

Sterben in Würde

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen

Stellungnahme der Bioethikkommission

Dying with dignity

Recommendations on assistance and care for persons in end-of-life situations and related issues

Opinion of the Austrian Bioethics Commission

ethnik

Sterben in Würde

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung
von Menschen am Lebensende und damit
verbundene Fragestellungen

Stellungnahme der Bioethikkommission

Dying with dignity

Recommendations on assistance and care for
persons in end-of-life situations and related
issues

Opinion of the Austrian Bioethics Commission

Kontakt / Contact

Geschäftsstelle der Bioethikkommission,
Ballhausplatz 2, A-1014 Wien;
Tel.: +43/1/53115-202987
Fax: +43/1/53109-202987
mailto: doris.wolfslehner@bka.gv.at
www.bundeskanzleramt.at/bioethik
www.bundeskanzleramt.at/bioethics

Impressum / Imprint

Herausgeber / Published by: Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Für den Inhalt verantwortlich / Contents: Geschäftsstelle der Bioethikkommission
Redaktion / Edited by: Dr. Doris Wolfslehner
Übersetzung / Translated by: Lingualex GmbH | 1010 Wien
Grafische Gestaltung / Layout: BKA | ARGE Grafik

Wien/Vienna, 2015

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| 1 Präambel | 9 |
| 2 Fragestellungen und Bezugspunkte | 11 |
| 2.1 Zum Begriff »Lebensende« | 11 |
| 2.2 Umstände und Orte des Sterbens | 11 |
| 2.3 Die Medikalisierung des Lebensendes | 12 |
| 2.4 Ethische Bezugspunkte | 12 |
| 2.5 Derzeitiger rechtlicher Rahmen | 13 |
| 2.6 Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen | 16 |
| 3 Zielvorstellungen zum Sterben in Würde | 18 |
| 3.1 Der Wertekanon in einer pluralistischen Gesellschaft | 18 |
| 3.2 Der betroffene Mensch im Mittelpunkt | 18 |
| 3.2.1 Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende | 18 |
| 3.2.2 Probleme am Lebensende | 19 |
| 3.2.3 Vorsorge und Fürsorge | 19 |
| 4 Der Tod ist kein Versagen der Medizin | 21 |
| 4.1 Sterben zulassen | 21 |
| 4.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende | 21 |
| 4.2.1 Therapieziel und Indikation | 21 |
| 4.2.2 Patientenwille | 22 |
| 4.2.3 Ursachen von unverhältnismäßiger Therapie | 22 |
| 4.2.4 Therapiezieländerung und Therapielimitierung | 22 |
| 5 Palliation am Lebensende | 24 |
| 5.1 Wesen und Zielsetzung palliativer Betreuung | 24 |
| 5.2 Bedeutung der Hospizbewegung und Palliativbetreuung | 24 |
| 5.2.1 Orte der palliativen Versorgung | 24 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2.2 | Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich..... | 24 |
| 5.2.3 | Qualifizierung in Palliative Care und Hospizarbeit..... | 25 |
| 5.3 | Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende..... | 25 |
| 6 | Unklare oder in Diskussion stehende Fragen..... | 26 |
| 6.1 | Palliative Sedierung..... | 26 |
| 6.2 | Assistierter Suizid..... | 26 |
| 6.3 | Tötung auf Verlangen..... | 28 |
| 7 | Empfehlungen der Bioethikkommission..... | 29 |
| 7.1 | Palliativ- und Hospizdienste..... | 29 |
| 7.1.1 | Recht auf Palliativ- und Hospizbetreuung..... | 29 |
| 7.1.2 | Ressourcen und Infrastruktur..... | 29 |
| 7.1.3 | Ausbildung und Forschung..... | 29 |
| 7.2 | Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung u.a.)..... | 29 |
| 7.3 | Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen..... | 30 |
| 7.4 | Assistierter Suizid..... | 30 |
| 7.5 | Abweichendes Votum zum Assistierten Suizid..... | 32 |
| 7.6 | Tötung auf Verlangung..... | 33 |
| 7.7 | Sondervotum zur Tötung auf Verlangen..... | 33 |
| 7.8 | Sondervotum zu einzelnen Punkten der Stellungnahme sowie zur Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen..... | 34 |
| 8 | Ausgewählte Literatur..... | 36 |

Contents

| | |
|--|-----------|
| 1 Preamble | 38 |
| 2 Issues and points of reference | 40 |
| 2.1 About the term “end of life” | 40 |
| 2.2 Circumstances and places of dying | 40 |
| 2.3 Medicalisation of end-of-life situations | 41 |
| 2.4 Ethical points of reference | 41 |
| 2.5 Current legal framework | 42 |
| 2.6 Guidance in the field of medical ethics | 45 |
| 3 Targets related to dying with dignity | 46 |
| 3.1 Canon of values in a pluralistic society | 46 |
| 3.2 The affected person at the centre | 46 |
| 3.2.1 Needs and desires in end-of-life situations | 46 |
| 3.2.2 Problems in end-of-life situations | 47 |
| 3.2.3 Advance care planning and care | 47 |
| 4 Death is not a failure of medicine | 49 |
| 4.1 Allowing death | 49 |
| 4.2 Medical end-of-life decisions | 49 |
| 4.2.1 Therapeutic goal and indication | 49 |
| 4.2.2 Patient’s will | 50 |
| 4.2.3 Causes for disproportionate treatment | 50 |
| 4.2.4 Change of therapeutic goal and limitation of therapy | 50 |
| 5 Palliative care in end-of-life situations | 52 |
| 5.1 Nature and objectives of palliative care | 52 |
| 5.2 Significance of hospice movement and palliative care | 52 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2.1 | Places of palliative care..... | 52 |
| 5.2.2 | Graded hospice and palliative care in Austria..... | 52 |
| 5.2.3 | Qualification in palliative care and hospice work..... | 53 |
| 5.3 | Artificial nutrition and hydration in end-of-life situations..... | 53 |
| 6 | Unclear or controversial issues..... | 54 |
| 6.1 | Palliative sedation..... | 54 |
| 6.2 | Assisted suicide..... | 54 |
| 6.3 | Euthanasia..... | 56 |
| 7 | Recommendations of the Bioethics Commission..... | 57 |
| 7.1 | Palliative care and hospice services..... | 57 |
| 7.1.1 | Right to palliative and hospice care..... | 57 |
| 7.1.2 | Resources and infrastructure..... | 57 |
| 7.1.3 | Education and research..... | 57 |
| 7.2 | Planning for end-of-life care decisions (living will, power of attorney, guardianship, etc.)..... | 58 |
| 7.3 | Prevention of disproportionate medical interventions..... | 58 |
| 7.4 | Assisted suicide..... | 59 |
| 7.5 | Dissenting opinion on assisted suicide..... | 60 |
| 7.6 | Euthanasia..... | 61 |
| 7.7 | Special vote on euthanasia..... | 61 |
| 7.8 | Special vote on individual aspects of the Opinion and on the prevention of disproportionate medical interventions..... | 62 |
| 8 | Selected literature..... | 64 |

1 Präambel

Das lange verdrängte Thema Lebensende ist in den letzten beiden Jahrzehnten zunehmend wieder zu einem Gegenstand des öffentlichen Diskurses mit sehr unterschiedlichen Perspektiven geworden. Die Komplexität des Themas und damit verbundene Begrifflichkeiten haben die Bioethikkommission im Jahr 2011 dazu veranlasst, eine einstimmige Empfehlung zur »Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende« zu veröffentlichen (<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>). Darin wurde festgehalten, dass abzusehen ist, dass in nächster Zeit eine weitere Bearbeitung erforderlich werden wird. Das vorliegende Dokument geht nun deutlich über die Befassung mit der Terminologie hinaus und beschäftigt sich mit dem Thema des Sterbens in Würde, konkret der Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundener Fragestellungen.

Das Thema Lebensende zieht sich wie ein roter Faden durch die Diskussionen der Kommission. So hat im Juni 2013 in Kooperation mit dem französischen Kulturinstitut, der österreichischen UNESCO-Kommission und dem Dialogforum der Stadt Wien »Wiener Vorlesungen« im Bundeskanzleramt ein Kolloquium zum Thema »Lebensende« stattgefunden. Ausgangspunkt der Veranstaltung war die sich verändernde Einstellung gegenüber dem Tod: Wenn der Tod früher als natürliches Ereignis zum Abschluss eines erfüllten Lebens empfunden wurde, ist dieses Bewusstsein durch die Handlungsmöglichkeiten der modernen Medizin enorm verändert worden. Medizinische Technologien, Organunterstützung, Organersatz sowie die Entwicklungen in der Transplantationsmedizin haben dazu beigetragen, dass das Lebensende keiner eindeutigen Begriffsdefinition im Sinne einer Diagnose unterliegt. In der Folge dieser Entwicklungen ist eine Pluralität von Wertvorstellungen und Wertpräferenzen entstanden, die für die medizinische Ethik eine wichtige und teilweise auch neue Herausforderung darstellt.

Diese internationale öffentliche Veranstaltung diente dazu, von weltanschaulichen und nationalen Wertvorstellungen ausgehend, die aktuelle Haltung zu Lebensende und Tod vergleichend zu diskutieren. Didier Sicard, der vom französischen Staatspräsidenten François Hollande beauftragte frühere Vorsitzende und nunmehriger Ehrenpräsident des französischen Comité Consultatif National d’Ethique (CCNE) stellte seinen Bericht über das »Lebensende« vor.

Nach der turnusmäßigen Neubestellung der Bioethikkommission im März 2014 wurde erneut mit einer Bearbeitung des Themas Lebensende begonnen. Ausgangspunkt war der Auftrag der Bundesregierung an die Kommission, sich mit der Frage eines Grundrechts auf Sterben in Würde zu befassen. Unter der inhaltlichen Führung der zum Thema eingerichteten Arbeitsgruppe wurde im April 2014 dazu ein Arbeitskonzept vorgestellt.

Im Mai 2014 war die Bioethikkommission in Straßburg beim Europarat im Rahmen einer internationalen Konferenz zur Vorstellung des Leitfadens zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende durch die Vorsitzende und das Mitglied Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin vertreten. Prof. Valentin war als österreichischer Experte in die Verfassung des Leitfadens federführend eingebunden.

Am 6. Oktober 2014 fand eine öffentliche Sitzung der Bioethikkommission statt, die auf großes Interesse gestoßen ist. Ziel der Veranstaltung war es, die wichtigsten europäischen Debatten zum Thema Lebensende abzubilden. Gian Domenico Borasio, Professor für Palliativmedizin, Universität Lausanne, referierte über »Selbst bestimmt sterben: Was es bedeutet, was uns daran hindert, wie wir es erreichen können«, Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und Professorin für Ethik und Theorie der Medizin, Universität Köln, hielt ein Referat zum Thema »Ethische Fragen der Beihilfe zum Suizid«, Ines de Beaufort, (Professor of health care ethics and head of the department of medical ethics and philosophy of medicine, Erasmus Medical Centre, Rotterdam, NL) redete zum Thema »Euthanasia in the Netherlands«. Im ab-

schließenden Vortrag stellte Andreas Valentin den Leitfaden des Europarats zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende vor.

Die nun vorliegenden Empfehlungen der Bioethikkommission sind das Ergebnis einer sorgfältigen und differenzierten Abwägung der verschiedenen Aspekte dieses Themas. Sie illustrieren einmal mehr, dass die genannten Fragestellungen keine einfachen Antworten auf Basis einer objektiven Wahrheit zulassen. Umso mehr erscheint es notwendig, abseits von allen prinzipiellen Überlegungen stets auch die individuelle Situation des betroffenen Menschen und der ihm nahestehenden Personen in das Zentrum der Überlegungen zu stellen.

2 Fragestellungen und Bezugspunkte

2.1 Zum Begriff »Lebensende«

Eine angemessene Sorge um Menschen am Lebensende setzt ein hinreichendes Verständnis vom Begriff »Lebensende« voraus. So universell das Lebensende alle Menschen betrifft, so schwierig ist es dennoch, eine allgemein gültige Definition davon auszumachen. Das Lebensende ist eine Phase, deren Beginn oft nur rückblickend zu beschreiben ist, während der Schlusspunkt – der Tod – nach heutigem Verständnis als unumkehrbares Ende der Existenz des menschlichen Individuums mit dem irreversiblen Verlust aller Hirnfunktionen definiert wird. Der Beginn des Lebensendes und der Tod können zeitlich auch fast ident sein (etwa bei einem tödlichen Unfall). Aufgrund der soziodemografischen, epidemiologischen und medizinischen Entwicklungen mehren sich heute jedoch die Verläufe, in denen akute oder chronische Erkrankungen verzögert zum Tod führen (»chronisch kritisch krank«) oder eine kontinuierlich fortschreitende Altersschwäche das Lebensende bestimmt.

Das Sterben kann als letzte, terminale Phase des Lebensendes verstanden werden (Lebensende im engeren Sinn). Meist weisen klinische Zeichen auf ein eintretendes Sterben bzw. den baldigen Tod hin, eine präzise Voraussage zum exakten Todeszeitpunkt eines konkreten Menschen ist jedoch auch in diesen Situationen unmöglich.

Die Feststellung, dass ein Mensch an seinem Lebensende angekommen ist bzw. sein Sterbeprozess begonnen hat, ist eine notwendige und erste Voraussetzung dafür, dass eine angemessene und effektive Sorge um diesen Menschen während des Sterbeprozesses geplant und vollzogen werden kann. Entscheidungen über medizinische und palliative Maßnahmen, zur psychosozialen und spirituellen Betreuung des Sterbenden und seiner Angehörigen können nur getroffen werden, wenn der Eintritt der letzten Lebensphase rechtzeitig erkannt und kommuniziert wurde.

2.2 Umstände und Orte des Sterbens

Die meisten Menschen haben den Wunsch, zu Hause zu sterben. Oft wird auch der Wunsch nach einem raschen Tod am unvermeidlichen Lebensende zum Ausdruck gebracht. Tatsächlich sterben aber fast 70% der Österreicher im Krankenhaus oder im Pflege- bzw. Altenwohnheim. Das Sterben ist nicht nur institutionalisiert, sondern meist ein längerer Prozess.

Laut Statistik Austria sind von den 2013 insgesamt 79.526 Sterbefällen 40.142 Menschen im Krankenhaus verstorben – das entspricht 50,5%. In Pflege- und Altenwohnheimen sind 13.872 (17,4%) verstorben, zu Hause waren es 21.430 (26,9%) und an »sonstigen Orten« 4.082 (5,1%). Es besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den Bundesländern, so sterben in Wien 61,2% in Krankenhäusern, im Bundesland Salzburg sind es 44,6%. In Wien sterben 17,6% zu Hause, im Burgenland sind es 35,7%. In Heimen sterben in Wien 14,5%, in Salzburg 23,3%. Regional unterschiedliche Sozial- und Versorgungsstrukturen dürften für diese Unterschiede die Erklärung liefern. Generell ist in den letzten Jahren ein Rückgang der Zahl der Menschen, die im Krankenhaus sterben, zu verzeichnen. Dies lässt sich durch eine kontinuierliche Zunahme der im Pflegeheim Verstorbenen erklären.

Das eigene Zuhause wird immer weniger Ort des Sterbens. Dazu tragen veränderte Wohnverhältnisse bei, genauso wie veränderte familiäre Strukturen und schwächere soziale Netzwerke der in einem hohen Lebensalter sterbenden Menschen. Die hohe Lebenserwartung bringt auch

ein größeres Risiko, die letzten Jahre des langen Lebens, noch deutlich vor dem Lebensende, funktionell sowohl körperlich als auch kognitiv so beeinträchtigt zu werden, dass eine institutionelle Langzeitbetreuung notwendig wird. Darüber hinaus wird in der Betreuung Sterbender immer mehr eine hohe Professionalität und Fachkompetenz erwartet. Diese Anforderungen können in einem familiären Umfeld rasch zu einer Überforderung führen.

Der Sterbeort allein sagt noch nichts darüber aus, ob »gut« oder »schlecht«, in Würde oder würdelos gestorben wird. Auch wenn das Krankenhaus als Sterbeort fortwährend kritisiert wird, gibt es aus der Praxis genauso die Erfahrung, dass engagierte, motivierte und empathische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Unterstützung adäquater Rahmenbedingungen auch in einem Krankenhaus den Bedürfnissen der betroffenen Menschen am Lebensende und ihrer Angehörigen durchaus Rechnung tragen können. Hingegen kann das Sterben eines alten Menschen in einer verwahrlosten häuslichen Umgebung und in Einsamkeit alles andere als würdevoll sein.

2.3 Die Medikalisierung des Lebensendes

Die Fortschritte der biomedizinischen Wissenschaften haben in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einem hohen Grad der Medikalisierung des Lebensendes geführt. Das Lebensende wird heute vorrangig als medizinisches Problem beschrieben und behandelt, das Sterben ist häufig ein gestalteter, medizinisch begleiteter Vorgang. Neben den unumstrittenen Errungenschaften der modernen Schmerz- und Palliativmedizin ergeben sich in den hoch entwickelten Bereichen der Akutmedizin aber auch neue Fragestellungen, wie etwa die Sinnhaftigkeit von Organersatzverfahren bei erkennbar aussichtsloser Prognose in der Intensivmedizin. So ist auch bei schwerstkranken Patienten mit aussichtsloser Prognose der konkrete Zeitpunkt des Sterbens häufig die Folge einer aus medizinischer Begründung getroffenen Entscheidung am Lebensende.

2.4 Ethische Bezugspunkte

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 werden in Österreich von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen. Insbesondere folgende Gesichtspunkte sind es, auf die in der Diskussion über den 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.

Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes, unbedingtes ethisches Prinzip, welches im Kontext des Lebensendes konkretisiert werden muss. Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung rein biologischer Körperfunktionen nach sich ziehen, unabhängig von den Krankheitsumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise Sterbensverlängerung und Leidenserfahrung zugemutet werden. Eine Mehrzahl von Menschen würde sich vermutlich mit einer relativen

Auslegung dieses Grundprinzips identifizieren: Die grundlegende Pflicht, Leben durch medizinische Interventionen zu erhalten, endet (neben jenen Situationen, in denen ein einsichts- und urteilsfähiger Patient die Lebenserhaltung ablehnt) jedenfalls dann, wenn die Lebenserhaltung gleichzeitig eine Verlängerung des nicht grundsätzlich umkehrbaren Sterbeprozesses bedeutet und damit den Patienten unverhältnismäßigen Belastungen aussetzt, die zu einem erheblichen Leidensdruck des Patienten führen können. Die Vorstellung vom Tod selbst als gelingender Endpunkt eines vollendeten Lebens wird in einer Fülle an Literatur artikuliert und variiert in einer geringen Bandbreite.

Anspruch auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen umfasst zwei Aspekte: Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur dann begonnen oder fortgesetzt 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. Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Patienten setzt die Kenntnis über den Patientenwillen und damit eine intensive Auseinandersetzung und fortwährende Kommunikation mit dem Patienten voraus. Sofern der Patient nicht mehr dazu in der Lage ist, seinen Willen mitzuteilen, sind Hilfsmittel der antizipierten Willensbekundung (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) heranzuziehen und ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlung im Einvernehmen mit dem erklärten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen erfolgt.

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 der Fürsorge am Lebensende.

Verteilungsgerechtigkeit

Die Behandlungsentscheidungen am Lebensende sollen sich, 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.

2.5 Derzeitiger rechtlicher Rahmen

Verfassungsrechtliche Ausgangslage

- Der österreichischen Rechtsordnung fehlt zwar eine dem deutschen Grundgesetz entsprechende Bestimmung zum Schutz der Menschenwürde. Die Menschenwürde wurde allerdings vom Verfassungsgerichtshof als »allgemeiner Wertungsgrundsatz« der österreichischen Rechtsordnung anerkannt, welcher sich z.B. in § 16 ABGB oder in Artikel 1 EU-Grundrechtecharta (GRC) widerspiegelt. Wie in Deutschland muss der Grundsatz des Schutzes der Menschenwürde jedoch in grundrechtlichen Normen konkretisiert werden.
- Das Recht auf Leben ist durch Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) in Österreich verfassungsrechtlich geschützt. Demnach darf eine »absichtliche

Tötung nicht vorgenommen werden«. Umgekehrt kann jedoch aus dieser Bestimmung keine »Pflicht zum Leben« abgeleitet und insofern keine zwingende Strafbestimmung gegen eine Suizidbeihilfe oder eine Tötung auf Verlangen gerechtfertigt werden. Dies folgt letztlich auch aus dem, in Österreich ebenfalls verfassungsrechtlich geschützten, Recht auf Selbstbestimmung, das in Artikel 8 EMRK normiert ist. Der Wille des Menschen ist für sich genommen Teil seiner Privatsphäre und damit Schutzgegenstand des genannten Grundrechts.

- Aus einer Zusammenschau von Artikel 2 und Artikel 8 EMRK resultiert, dass nur der Grundrechtsträger selbst über das Recht auf Leben disponieren kann. Fehlt ihm diese Selbstbestimmungsfähigkeit, scheidet ein Verhalten in Richtung Lebensverkürzung und damit letztlich auch eine Entscheidung zum Abbruch medizinisch indizierter lebenserhaltender Maßnahmen aus. Einzige Ausnahme vom Verbot des lebensbeendenden Eingriffs bei selbstbestimmungsunfähigen Patienten ist, dass der Betroffene ein solches Vorgehen vorab auf Basis einer gehörigen, hinreichend konkret auf die nun verwirklichte Situation bezogenen, ärztlichen Aufklärung festgelegt hat. Artikel 8 EMRK enthält eine Pflicht des Staats, aktiv für einen Schutz der geistig-körperlichen Integrität von Menschen einzutreten, denen die Selbstbestimmungsfähigkeit fehlt bzw. die diese verloren haben.

Strafrechtliche Regelung

Grundsatz: Strafbare Lebensbeendigung auch bei Willen des Betroffenen

- Das Leben wird von der österreichischen Strafrechtsordnung als indisponibles Rechtsgut angesehen. Der Rechtsgutsträger kann – im Unterschied etwa zum Rechtsgut der körperlichen Unversehrtheit – nicht darüber verfügen. Infolge dessen besteht im Hinblick auf den Willen des Betroffenen derzeit ein umfassender Lebensschutz, weil nicht nur die wunschgemäße Fremdtötung als »Tötung auf Verlangen« (§ 77 StGB) strafbar ist, sondern auch die Förderung bzw. Unterstützung von Selbsttötung (§ 78 StGB; Hilfeleistung im Rahmen der Handlungsförderung eines Suizidenten).

Unterlassen oder Beenden medizinischer Maßnahmen am Lebensende

- Entsprechend dem Willen des Betroffenen
Die österreichische Rechtsordnung anerkennt die Möglichkeit eines Patienten, medizinische Behandlungen abzulehnen, selbst wenn dies zu seinem Tod führen wird. Insbesondere durch eine Patientenverfügung (vgl. dazu die Regelungen des Patientenverfügungsgesetzes – PatVG) oder Vorsorgevollmacht (vgl. §§ 284f ff. ABGB) kann vorab eine Erklärung getroffen werden, welche den Arzt in seiner Behandlung begrenzt. Dabei wird je nach Qualität der Erklärung zwischen einer verbindlichen (vgl. §§ 4-7 PatVG) und einer beachtlichen Patientenverfügung (vgl. § 8 PatVG) differenziert. Im Gefolge der Anerkennung von beachtlichen Patientenverfügungen, bei der es weniger auf die Einhaltung formaler Kriterien als vielmehr auf den ermittelbaren Patientenwillen ankommt, gelangt auch der »mutmaßliche Patientenwille« zu immer stärkerer Bedeutung. Freilich ist dessen Feststellung mitunter schwierig, was zu rechtlichen Graubereichen führen kann. Im Unterschied dazu ist bei einer Vorsorgevollmacht, bei der überhaupt die Entscheidung über medizinische Behandlungen für den Fall künftiger Entscheidungsunfähigkeit auf einen Stellvertreter übertragen wird und dessen Entscheidungen dann im konkreten Fall für den behandelnden Arzt bindend sind, ein hohes Maß an Rechtssicherheit gegeben.
Durch die genannten Instrumente der Willenserklärung besteht in gewisser Weise auch eine Möglichkeit, im Ergebnis über das Rechtsgut Leben disponieren zu können. Dies entspricht letztlich auch der Strafrechtsordnung selbst, weil der Arzt in solchen Fällen nicht behandeln kann, ohne das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB) zu verwirklichen. Diese Strafnorm unterstützt somit den Grundsatz der Selbstbestimmung des Menschen in dem Sinne, dass ein Verbot zur Behandlung nicht nur bei fehlen-

der Einwilligung des Patienten existiert, sondern erst recht bei seinem ausdrücklichen »Behandlungsveto«.

- Bei nicht ermittelbarem Willen des Betroffenen
Trotz der dem Patientenwillen eingeräumten Bedeutsamkeit gibt es zahlreiche Fälle, in denen sich kein Patientenwille ermitteln lässt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie mit der Zurücknahme von Behandlungsmaßnahmen, die letztlich zum Tod führen, rechtlich umzugehen ist. Einigkeit besteht dahingehend, dass nur eine Rechtspflicht auf medizinisch sinnvolle Handlungen besteht. Folglich gibt es keine Pflicht zur weiteren Behandlung, wenn nach professionellem Ermessen der Sterbeprozess zwar noch nicht begonnen hat, aber unabwendbar erscheint, und vor diesem Hintergrund eine medizinische Maßnahme nicht mehr indiziert ist, mag durch sie der Tod auch noch für eine gewisse Zeit hinausgezögert werden können. Formal können auch durch solche Verhaltensweisen Tatbestände der allgemeinen Tötungsdelikte (§§ 75 ff. StGB) erfüllt werden, weil diese (Fremd-)Tötungsdelikte offen formuliert sind, sodass es letztlich nur auf die kausale Herbeiführung des Todes zu einem bestimmten Zeitpunkt ankommt. Dass der Tod bevorstand und ein Mensch kurz darauf ohnehin verstorben wäre, ist strafrechtlich grundsätzlich ohne Relevanz. Es gibt in der Strafrechtswissenschaft aber seit Jahrzehnten zu Recht Tendenzen, die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem bereits begonnenen oder auch nahe bevorstehenden Sterbeprozess aus dem Fokus der Strafbarkeit herauszunehmen, und zwar im Wesentlichen über den Gedanken der sozialen Adäquanz (d.h. der breiten gesellschaftlichen Akzeptanz) des gesetzten Verhaltens, gerade auch vor dem Hintergrund, dass in solchen Fällen der Beginn oder die Fortsetzung der Behandlung unverhältnismäßig sein würde. Nichts desto trotz besteht hier ein sehr breiter Argumentationsspielraum für die Herausnahme von Verhaltensweisen aus dem Bereich der Strafbarkeit im Einzelfall, der zum Teil auch zu einer erheblichen Unsicherheit im Behandlungsteam führt, die immer wieder eine »Übertherapie« verursacht, um sich keinesfalls auch nur dem Anschein einer allfälligen strafrechtlichen Relevanz des eigenen Verhaltens auszusetzen.

Offene Fragestellungen auf Verfassungsebene

- Das Recht auf Selbstbestimmung des Menschen ist generell aus Gründen des Artikel 8 Abs. 2 EMRK einschränkbar. Es ist folglich denkbar, eine Strafbestimmung gegen Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe unter dem Titel des »Schutzes der Moral« vorzusehen, um generell das Tabu der Fremdtötung oder Beihilfe zur Selbsttötung durch eine derartige Strafbestimmung zu verteidigen. Der Staat muss dies aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nicht tun. Im Gegenteil, solange und soweit es um den ernsthaften Todeswunsch einer selbstbestimmungsfähigen Person geht, wäre es auch mit der derzeitigen Verfassungsrechtslage vereinbar, eine Straffreiheit für Tötung auf Verlangen oder Suizidbeihilfe vorzusehen. Aus der EMRK lässt sich somit kein zwingender rechtlicher Handlungsbedarf ableiten. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die meisten Mitgliedsstaaten des Europarats sowohl die Tötung auf Verlangen als auch die Suizidbeihilfe gesetzlich verboten haben, einige Mitgliedsstaaten nur die Tötung auf Verlangen (z. B. Deutschland), andere Mitgliedsstaaten weder das eine noch das andere (z. B. die Niederlande). Die Frage liegt innerhalb des Ermessensspielraums des nationalen Gesetzgebers.

Offene Fragestellungen auf Ebene des Strafrechts

- Keine Möglichkeit für Rechtssicherheit im Vorfeld einer Entscheidung mit Bezug auf den »mutmaßlichen Patientenwillen«: Das Abstellen auf den mutmaßlichen Patientenwillen oder auch die Herausnahme einer Therapiereduktion aus dem Bereich der Strafbarkeit über den Gedanken der Sozialadäquanz eines Verhaltens führt zu rechtlichen Grauzonen.

Das Finden einer angemessenen Behandlungsentscheidung unter Beachtung des »mutmaßlichen Patientenwillens« bedeutet letztlich eine Verantwortungsübertragung an das medizinische Personal, mit der Gefahr einer allfälligen nachprüfenden Kontrolle durch die Strafverfolgungsbehörden, wenn eine »Fehlbeurteilung« im Raum steht. Es besteht derzeit faktisch keine Möglichkeit, sich im Vorfeld bei der Entscheidungsfindung entsprechend abzusichern, nachdem die höchstrichterliche (zivilrechtliche) Judikatur eine Einbindung des PflEGschaftsgerichts – wenn der Sachwalter seinerseits vom Gericht wissen will, was im Interesse des Wohls eines besachwalteten Patienten liegt – in diesem Punkt verneint hat.

- Keine Möglichkeit für Rechtssicherheit im Vorfeld einer Entscheidung mit Bezug auf »nicht (mehr) indizierte« lebenserhaltende Maßnahmen: Die professionelle Beurteilung der Frage, wie lange und wie umfassend lebenserhaltende Maßnahmen indiziert sind, sieht sich ebenfalls einer allfälligen nachprüfenden Kontrolle durch die Strafverfolgungsbehörden ausgesetzt. Eine womöglich vorliegende Fehlbeurteilung der Indikation wird hierbei von ärztlichen Gutachtern untersucht. Derzeit gibt es kein rechtlich sicheres Verfahren zur Indikationsstellung, dessen Einhaltung gegenüber Gutachtern oder Strafverfolgungsbehörden zu einer gleichsam »Anklagesperre« führen würde. Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen versuchen, dieses Manko auszugleichen, jedoch ohne jegliche Bindungswirkung für die Strafverfolgungsbehörden.

2.6 Medizinethische Leitlinien und Orientierungshilfen

In den letzten Jahren wurden etliche Orientierungshilfen für die Analyse und Entscheidungsfindung im Kontext der medizinischen Behandlung am Lebensende veröffentlicht. Beispielhaft kann ein Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs mit folgenden Kernaussagen angeführt werden, die auch auf andere medizinische Bereiche übertragbar sind:

- **Begrenzung nicht mehr begründbarer Therapien:** »Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden.« Eine intensivmedizinische Therapie wird als nicht mehr begründbar angesehen, wenn sie einen »irreversiblen Sterbeprozess lediglich verlängern würde und nicht mehr durch die Aussicht auf die Wiederherstellung autonomer Lebensfunktionen gerechtfertigt werden kann.«
- **Gleichwertigkeit von Verzicht und Beendigung:** »Ein primärer Therapieverzicht und ein sekundärer Therapieabbruch unterliegen [...] denselben medizinischen und ethischen Beurteilungen.« Alle Gründe, die einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch.
- **Typische Situationen für eine Begrenzung von oder einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen:** »Progredientes Multiorganversagen unter maximaler intensivmedizinischer Therapie ohne Aussicht auf kausalen therapeutischen Angriffspunkt; Terminales Versagen eines vitalen Organs ohne Aussicht auf Transplantation oder dauerhaften adäquaten Organersatz; Lebensbedrohliche interkurrente Erkrankung/Komplikation oder vollkommener Verlust autonomer Lebensfunktionen nach schwerster irreversibler zerebraler Schädigung; Terminales Stadium einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren chronischen oder malignen Erkrankung.«

- **Begrenzte Aufnahme auf Intensivstationen:** »Es ist [...] keinesfalls zu begründen, dass Patienten, denen nicht mehr geholfen werden kann, auf die Intensivstation verlegt werden, dass Patienten zum Sterben aufgenommen werden. [...] Die geplante Aufnahme an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden.«
- **Palliative Care auf Intensivstationen:** »Sobald einem lebensbedrohten Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität. [...] Auf jeder Ebene des Therapierückzugs muss die Würde des Patienten und seine Freiheit von Angst, Schmerz und Atemnot im Vordergrund stehen. [...] Auch nach einem Therapierückzug muss eine umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung des Patienten aufrechterhalten werden.«
- **Reevaluierung von Entscheidungen:** »Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen. [...] Gefällte Entscheidungen sollten nie unumstößlich sein, wenn sich die Situation ändert, eine überraschende Besserung des Zustands eingetreten ist, dann müssen Entscheidungen revidiert, modifiziert oder zurückgenommen werden.«
- **Gleichwertigkeit der zu entscheidenden Maßnahmen:** »[Es] sollte bewusst sein, dass scheinbar ›einfache‹ Maßnahmen, wie die Beendigung einer antibiotischen Therapie gleich zu bewerten sind, wie die Beendigung einer Organunterstützung, wie z.B. die Beendigung einer Beatmung.«

3 Zielvorstellungen zum Sterben in Würde

3.1 Der Wertekanon in einer pluralistischen Gesellschaft

Es besteht in der österreichischen Gesellschaft ein Konsens darüber, dass für alle Menschen ein gutes bzw. würdevolles Lebensende und Sterben erstrebenswert ist. Dieser vordergründige Konsens ist allerdings mit inhaltlichen Problemen behaftet. Die inhaltliche Bestimmung der Attribute »gut« und »würdevoll« ist in einer pluralistischen Gesellschaft nicht einheitlich. So wird beispielhaft der Begriff »Würde« sowohl von strikten Gegnern der Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe als auch von überzeugten Befürwortern dieser Handlungen als Legitimationsbegriff verwendet. Somit müssen die Attribute »gut« und »würdevoll« für die ethische Beurteilung von Fragen am Lebensende zumindest problematisiert werden.

Die inhaltliche Bestimmung des »guten« bzw. »würdevollen« Lebensendes und Sterbens muss in einer pluralistischen Gesellschaft offen für verschiedene Lebenskonzepte sein. Ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens besteht dahingehend, dass bedürfnis- und bedarfsgerechte palliative Angebote ein notwendiger Bestandteil und damit eine allgemeine Verantwortung gegenüber Menschen am Lebensende und im Sterben sind. Daraus ergibt sich ein klarer Auftrag an die Gesellschaft.

3.2 Der betroffene Mensch im Mittelpunkt

Auf einer individuellen pragmatischen Ebene streben Menschen, wenn sie von einem »würdevollen Sterben« sprechen, im Allgemeinen nach einer effektiven Symptomlinderung physischer Beeinträchtigungen (Schmerz, Atemnot, Übelkeit etc.), nach einer verantwortungsbewussten Indikationsstellung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen, nach einer achtsamen Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse, nach selbst gestaltbaren sozialen Beziehungen und nach Bewältigungshilfen für existenzielle Krisen. Insofern kann man sehr wohl von einer weit verbreiteten gemeinsamen Vorstellung vom guten bzw. würdevollen Lebensende und Sterben sprechen. Wesentliche Elemente dieser Zielvorstellungen werden von der Palliativ- und Hospizbewegung aufgegriffen und operationalisiert.

3.2.1 Bedürfnisse und Wünsche am Lebensende

Die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen am Lebensende betreffen physische, psychische, soziale und spirituelle Dimensionen:

- **Physische Dimension:** Die meisten Menschen haben das Bedürfnis, dass ihre basalen Körperfunktionen und ein gewisses Maß an Mobilität so lange und so weit wie möglich aufrecht erhalten werden. Dies kann als Wunsch nach leiblicher Autonomie verstanden werden. Umgekehrt ist es Menschen generell ein großes Bedürfnis, dass physische Belastungen am Lebensende so gut es geht gelindert werden. Dies betrifft v.a. Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Mattigkeit und Schwäche.
- **Psychische Dimension:** Ein zentrales Bedürfnis von Menschen am Lebensende besteht heute in der Aufrechterhaltung ihrer Selbstkontrolle. Die Möglichkeit, selbst über die großen und kleinen Dinge des Lebensvollzugs (mit) zu bestimmen, kann in diesem Sinn als wichtiger Wert für den Pflege- und Betreuungsprozess am Lebensende angesehen werden. Umgekehrt verursachen Kontrollverlust, (Phasen der) Bewusstlosigkeit, somatische Symptome (z. B. Delir) Stress und Angst, die es zu lindern gilt.

- Soziale Dimension: Menschen am Lebensende haben oftmals das Bedürfnis, ihre sozialen Beziehungen weiterhin zu pflegen bzw. zu einem Abschluss zu bringen. Zur sozialen Dimension des Menschseins zählt darüber hinaus die Aufrechterhaltung der persönlichen Selbstachtung, welche in einer Situation der körperlichen und kognitiven Verletzlichkeit besonders gefährdet sein kann. Umgekehrt gilt es, soziale Marginalisierung und Isolation von Menschen am Lebensende zu vermeiden.
- Spirituelle Dimension: Angesichts des Lebensendes ist es vielen Menschen ein Bedürfnis, ihrem Umfeld ein persönliches Vermächtnis zu hinterlassen, ihre wichtigen Angelegenheiten zu regeln, mit nahestehenden Menschen offene Dinge zu klären, ihnen Wichtiges zu vermitteln. Umgekehrt empfinden es Menschen am Lebensende mitunter als Belastung, wenn es keine Möglichkeit gibt, Sinn- und Existenzfragen adäquat aufzufangen.

3.2.2 Probleme am Lebensende

Probleme am Lebensende betreffen zum einen die personale Ebene der Sterbenden und ihres sozialen Umfelds, zum anderen die strukturelle Ebene der Sorge um die Betroffenen:

- Auf personaler Ebene sind die Sterbenden und die ihnen nahestehenden Personen oftmals mit jenen Problemen konfrontiert, die im vorangegangenen Abschnitt als physische, psychische, soziale und spirituelle Belastungen erwähnt wurden. So erschweren beispielsweise Kommunikationsdefizite zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten oder im Behandlungsteam selbst die angemessene Betreuung am Lebensende. Für zahlreiche dieser Herausforderungen hat die Palliative Care entsprechende Angebote der Linderung entwickelt. Dessen ungeachtet bleibt das Lebensende und das Sterben eine Aufgabe, deren Probleme im konkreten Fall niemals vollständig »wegoptimiert« werden können.
- Auf struktureller Ebene ist die Sorge um Menschen am Lebensende mit zahlreichen systemischen Problemen konfrontiert: Zum einen ist das Vorhaben, die Palliativ- und Hospizversorgung bedarfsgerecht aufzubauen und zu finanzieren nach wie vor nicht hinreichend umgesetzt. Zum zweiten sind aufgrund der Versorgungsdefizite für Menschen am Lebensende immer wieder Transfers von Sterbenden zwischen ihrem Zuhause oder dem Pflegeheim und dem Akutkrankenhaus zu beobachten, welche für die Sterbenden und ihre Angehörigen eine unnötige Belastung darstellen. Zum dritten fehlt es an einer hinreichenden institutionalisierten Qualitätssicherung für den Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung in den Regelversorgungseinrichtungen, v.a. was die Ergebnisqualität betrifft.

3.2.3 Vorsorge und Fürsorge

Die Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende steht angesichts der Unausweichlichkeit dieser Situation in der Verantwortung jedes Menschen. Das Recht sieht hierfür mehrere Instrumente vor, die dabei helfen sollen: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sachwalterverfügung.

Wie sich in den Jahren seit der gesetzlichen Konkretisierung dieser Hilfsmittel zeigte, werden die Instrumente in der Bevölkerung nur rudimentär wahrgenommen. Teilweise mag dies an pragmatischen Faktoren liegen: Die inhaltliche Qualität von Patientenverfügungen reicht oftmals nicht dazu aus, eine situationsbezogene konkrete Willensäußerung des Patienten zu erkennen; dies mitunter trotz ärztlicher und rechtlicher Aufklärung bei der Errichtung. Im medizinischen Alltag wird die mangelhafte zentrale Überprüfbarkeit des Vorhandenseins einer Vorausverfügung beklagt. Bei der Errichtung selbst sind (für die verbindliche Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) hohe formale Hürden zu nehmen, die mit entsprechenden Kosten verbunden sind.

Die pragmatischen Probleme sollten jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Vorsorge für Entscheidungen des eigenen Lebensendes häufig viel grundlegender an der mangelhaften Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Fragen scheitert. Eine bloße »technische« Verbesserung der formalen Rahmenbedingungen für die Hilfsinstrumente wird deshalb keine wesentliche Änderung in der Anwendung bringen. Zur Förderung der Vorsorge bedarf es komplexerer Initiativen der Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung, unter den Angehörigen der Gesundheits- und Sozialberufe und in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Solche (national forcierten und lokal verankerten) »Advance Care Planning«-Programme konnten international bereits eine verstärkte Vorsorge für das eigene Lebensende bewirken.

4 Der Tod ist kein Versagen der Medizin

Die ungeheuren Fortschritte der modernen Medizin haben nicht nur die Heilung oder Linderung vieler Erkrankungen möglich gemacht, sondern vielfach auch Erwartungen geweckt, die in einer konkreten Situation am Lebensende zu Unverständnis, Enttäuschung und Vertrauensverlust in die Medizin führen können. Die Verheißungen der modernen Medizin scheinen plötzlich nicht mehr gültig zu sein, die unaufhebbare Begrenzung jeder menschlichen Existenz wird zur nicht mehr möglich erscheinenden Niederlage der Medizin. Eine am Menschen ausgerichtete Medizin wird jedoch erst möglich, wenn der Tod nicht als Versagen der Medizin, sondern als mit dem menschlichen Leben verbundene Konsequenz akzeptiert werden kann.

4.1 Sterben zulassen

Sobald das medizinisch Machbare nicht mehr mit einem Nutzen für den Patienten, sondern lediglich einer Verlängerung des irreversibel ablaufenden Sterbeprozesses einhergeht, ist der Moment gekommen, in dem das Paradigma der Priorität des (biologischen) Lebens relativiert worden ist. Vielmehr tritt das Prinzip des »primum nihil nocere« (Nichtschadensprinzip) in den Vordergrund, dem mit dem Einsatz nutzloser oder nutzlos gewordener Maßnahmen und der damit verbundenen Verlängerung der Sterbephase widersprochen werden würde. Eine unter kurativer Therapiezielsetzung als »lebensverlängernd« bezeichnete medizinische Maßnahme muss daher 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, selbst wenn sie vom Behandlungsteam als »sinnvoll« erachtet würde. In dieser Situation des »Sterben Zulassens« ist dennoch eine palliativmedizinische Betreuung und palliative Unterstützung des Patienten immer erforderlich, sofern der Patient es wünscht.

4.2 Medizinische Entscheidungen am Lebensende

Am Lebensende stellen sich häufig in vielfacher Weise Fragen, die einer medizinischen Entscheidung bedürfen. Bereits die Deskription des Lebensendes erfordert das Erkennen klinischer Anzeichen, die unter Berücksichtigung medizinischen Wissens und ärztlicher sowie pflegerischer Erfahrung auf einen Prozess hinweisen, der innerhalb von Tagen oder Wochen zum Tode führt. Darüber hinaus stellen sich Fragen zur Begrenzung oder zum Absetzen kurativ ausgerichteter Maßnahmen ebenso wie zur Festlegung palliativer Ziele und Maßnahmen. Es erweist sich als unumstritten, dass diesen Entscheidungen immer und vorrangig fachliche Kriterien zugrunde liegen müssen. Eine medizinische Indikation vorausgesetzt, ist als zweites Kriterium für eine Entscheidung der Patientenwille zu nennen.

4.2.1 Therapieziel und Indikation

Die Indikation stellt ein auf naturwissenschaftlicher Basis erstelltes Urteil über die Wirksamkeit und Verhältnismäßigkeit einer Behandlungsmaßnahme im Hinblick auf ein definiertes Therapieziel dar. Dabei werden Nutzenpotenzial und Risiken bzw. Belastungen einer Behandlungsmaßnahme und ihrer Alternativen miteinander abgewogen. Neben der wissenschaftlichen Basis ist die ärztliche Erfahrung und die damit verbundene Gesamtsicht einer Situation eine wesentliche Komponente in der Erstellung einer Indikation.

Allgemein gelten im Hinblick auf die Indikation folgende Grundsätze: Behandlungen, die indiziert sind, sollen dem Patienten empfohlen werden. Lehnt er sie ab, sind sie zu unterlassen. Behandlungen, die nicht (mehr) indiziert sind, sollen unterbleiben bzw. reduziert oder beendet werden, selbst, wenn der Patient sie weiterhin wünscht. Behandlungen, deren Indikation fraglich ist, sollen besonders im Zusammenhang mit dem Patientenwillen geprüft werden. Diese Grundsätze der Indikation gelten auch für lebenserhaltende Maßnahmen. Wenn eine lebenserhaltende Maßnahme von vornherein nicht indiziert ist, ist es gerechtfertigt, auf sie zu verzichten, d.h. nicht mit ihr zu beginnen. Wenn sich im Laufe einer Behandlung herausstellt, dass eine lebenserhaltende Maßnahme nicht mehr indiziert ist, so ist es gerechtfertigt, sie zu reduzieren bzw. zu beenden. Daraus ergibt sich die ethische Gleichwertigkeit von primärem Verzicht und sekundärer Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen.

4.2.2 Patientenwille

Sowohl für die Therapiezielplanung als auch die darauf basierende Indikationsstellung ist die Einbeziehung des Patientenwillens notwendig, da nur dieser Aufschluss darüber geben kann, welche Therapieziele erstrebenswert sind und welche Risiken bzw. Belastungen in Kauf genommen werden sollen, um diese Ziele zu erreichen. Es gibt jedoch kein Recht auf medizinisch nicht begründbare Maßnahmen.

4.2.3 Ursachen von unverhältnismäßiger Therapie

Der Grundsatz, wonach eine nicht (mehr) indizierte Behandlung oder eine Behandlung, die der Patient ablehnt, nicht durchgeführt werden darf, ist klar und unumstritten. Aus unterschiedlichen Gründen kommt es dennoch zu Fällen von unverhältnismäßiger Therapie. Dabei werden diagnostische, therapeutische oder pflegerische Interventionen gesetzt, deren Nutzen für den konkreten Patienten äußerst fragwürdig sind und die unter Umständen mit Belastungen für den Patienten einhergehen, die problematisch sind. Die Ursachen für solche unverhältnismäßigen Behandlungen sind komplex und umfassen unter anderem folgende Aspekte:

- Therapeutischer Ehrgeiz
- (Begründete und unbegründete) Angst vor rechtlichen Konsequenzen
- Logik der Leistungsabrechnung im Krankenhaus
- Mangelhafte Kommunikation im Behandlungsteam
- Mangelhafte Kommunikation mit dem Patienten
- Wunsch von Angehörigen
- Wunsch des Patienten

Eine unverhältnismäßige Therapie steht insbesondere mit den ethischen Prinzipien des Nichtschadens und der Gerechtigkeit in Konflikt.

4.2.4 Therapiezieländerung und Therapielimitierung

Jede Behandlung muss ein definiertes Therapieziel verfolgen. Erst auf dessen Grundlage lässt sich die Indikation einer Behandlungsmaßnahme beurteilen. Grundsätzlich werden Therapieziele auf dem Kontinuum von kurativ zu rein palliativ definiert. Therapieziele können sich im Laufe eines Behandlungsprozesses mehrmals ändern bzw. adaptiert werden. Dabei ist stets eine Übereinstimmung zwischen fachlich Möglichem und vom Patienten als erstrebenswert bzw. zu vermeiden Angesehenem herzustellen.

Wenn am Lebensende von einer »Therapiezieländerung« die Rede ist, so ist in der Regel die bewusste, unter Umständen stufenweise vollzogene, Abkehr von einer kurativen Behandlung zu einer vornehmlich oder ausschließlich palliativen Sorge ausgedrückt. Eine solche Therapiezieländerung kann dahingehend verstanden werden, dass mit ihr dem Patienten der Beginn

des Lebensendes zugeschrieben wird. Je besser es gelingt, mit dem Patienten gemeinsam zu ergründen, welche Vorstellungen er vom Lebensende und Sterben hat, desto treffsicherer wird die Begleitung und Betreuung sein.

Eine Therapiezieländerung in Richtung »Sterben zulassen« (ohne dass damit determiniert wäre, ob, wann und wie ein Mensch stirbt) wird oftmals im Weg einer Therapielimitierung vollzogen: Dabei werden bestehende Behandlungsmaßnahmen auf bestehendem Niveau fortgesetzt, es wird allerdings vereinbart, sie bei einer weiteren Verschlechterung des Patienten nicht zu steigern bzw. keine zusätzlichen Interventionen zu setzen, die dem Therapieziel widersprechen würden. Ein solches Vorgehen des »Nicht-Eskalierens« wird von vielen Beteiligten besser mitgetragen als ein kompletter Rückzug von bestehenden lebenserhaltenden Behandlungsmaßnahmen.

Sowohl bei einer Therapiezieländerung in Richtung »Sterben zulassen« als auch bei deren Umsetzung durch eine Therapielimitierung oder einen Therapierückzug sind immer nur kurativ ausgerichtete Behandlungsmaßnahmen betroffen. Dagegen sind palliative Maßnahmen stets fortzusetzen, soweit sie vom Patientenwillen mitgetragen sind. In diesem Sinn ist die Rede von einem »Therapieabbruch« in ihrer Pauschalität irreführend, da niemals die gesamte Therapie abgebrochen wird.

5 Palliation am Lebensende

5.1 Wesen und Zielsetzung palliativer Betreuung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die umfassende palliative Versorgung am Lebensende – die Palliative Care – als einen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten (und ihrer Angehörigen), welche mit komplexen Problemen konfrontiert sind, die mit lebensbedrohlichen Erkrankungen einhergehen, die weit fortgeschritten sowie unheilbar sind. Sie umfasst die palliativmedizinische Behandlung und Gesamtbetreuung zum Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie von anderen Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.

Palliativversorgung ist in ihrem Ansatz multiprofessionell und interdisziplinär. Sie umfasst den Patienten, die Familie und deren Umfeld in verschiedenen Lebenskontexten (zu Hause, im Pflegeheim, im Akutkrankenhaus). Palliative Care soll nicht nur unmittelbar am Ende des Lebens stattfinden. Jede ärztliche und pflegerische Intervention sollte auch eine palliative Dimension berücksichtigen.

Palliative Care bejaht das Leben, sie sieht das Sterben als letztendlich normalen Prozess, den es zwar nicht zu beschleunigen, aber auch nicht zu behindern, zu verzögern gilt. Die optimale Lebensqualität gilt es bis zum Tod zu fördern und zu erhalten.

5.2 Bedeutung der Hospizbewegung und Palliativbetreuung

5.2.1 Orte der palliativen Versorgung

Die Mitglieder des Europarats haben sich 2003 verpflichtet, rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen zu schaffen, um adäquate Palliative Care für alle Menschen, die eine solche benötigen, rechtzeitig, ohne unnötigen bürokratischen Aufwand zu ermöglichen – und das in einem Rahmen, welcher den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen entspricht.

Es geht um ein Kontinuum der palliativen Betreuungsmöglichkeiten zwischen Angeboten der Primärversorgung bis zu spezialisierten Versorgungsstrukturen, die sich ausschließlich der Palliative Care widmen. Palliative Care kann als ein palliativer Betreuungsansatz in Strukturen aller medizinischen Fachrichtungen oder als Leistung dafür spezialisierter Strukturen angeboten werden.

Der überwiegende Anteil der Palliativversorgung wird durch nicht spezialisierte Versorgungsangebote geleistet. Diese müssen einen direkten, einfachen Zugang zu fachlicher Beratung und Unterstützung durch Spezialisten haben.

5.2.2 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) hat 2004 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung erstellt, welches 2014 aktualisiert wurde. Ausgehend von einer palliativen Grundversorgung in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens soll gemäß ÖBIG-Konzept die palliative Betreuung entsprechend dem individuellen Bedarf abgestuft durch spezialisierte Versorgungsangebote erfolgen.

Das Versorgungsangebot von Palliative Care und Hospiz sollte sich an alle Menschen, die es brauchen richten, auch wenn sie nicht in einer spezialisierten Struktur betreut werden, auf die sich die mediale und politische Aufmerksamkeit in Österreich vorrangig richtet. Dies stellt ein Problem im Sinne einer gewissen Verteilungsgerechtigkeit dar, die insbesondere Menschen, die an nicht onkologischen oder einigen neuromuskulären Erkrankungen sterben, betrifft, wie die meisten alten und hochbetagten Menschen, die in erster Linie in Krankenhäusern und Pflegeheimen oder auch zuhause sterben. Die Situation hochbetagter Menschen, die sich ja naturgemäß viel näher ihrem Lebensende befinden als alle anderen Bevölkerungsgruppen, wird zusätzlich durch den Mangel an (der demografischen Entwicklung entsprechend ausreichend dimensionierten) geriatrisch qualifizierten Versorgungsstrukturen benachteiligt.

Die im November 2014 aktualisierte Publikation des Konzeptes für die »Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung« für Erwachsene gibt den Umsetzungsgrad der einzelnen Versorgungsangebote in Österreich an. Es gibt diesbezüglich große regionale Unterschiede. Der größte Fehlbedarf besteht im Bereich der stationären Hospize im Langzeitbetreuungssektor.

Die Umsetzung einer spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene steht in Österreich noch in den Anfängen.

5.2.3 Qualifizierung in Palliative Care und Hospizarbeit

Die Mitglieder des betreuenden interdisziplinären und multiprofessionellen Teams in der spezialisierten Versorgung haben eine Reihe von Angeboten abgestufter multiprofessioneller Weiterbildungs- und Vertiefungslehrgänge zur Verfügung – verpflichtende Basislehrgänge bis zu Master-Studiengängen für Palliative Care.

5.3 Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende

Eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe wird über den Weg der Verabreichung definiert und ist nur mittels medizinischer Maßnahmen wie dem Legen eines intravenösen Zugangs, einer Ernährungssonde oder die subkutane Flüssigkeitsgabe möglich. Diese medizinische Intervention bedarf einer ärztlich begründeten Indikation und der Einwilligung des informierten Patienten bzw. des Vertretungs- (Entscheidungs-) bevollmächtigten (unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Patienten). In der terminalen Phase des Lebens und bei begonnenem Sterbeprozess ist eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr nicht nur ohne Nutzen für den betroffenen Patienten, sondern kann zu einer Verstärkung von leidvollen Symptomen (wie Atemnot und Schmerzen) führen. Aufgrund der Forschungsergebnisse ist daher, auch in der Palliativmedizin, eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende in der Regel nicht indiziert, da sie weder zu einer Lebensverlängerung noch zu einer Symptomlinderung führen. Davon abzugrenzen ist die Gabe von Flüssigkeit und Nahrung bei Patienten, die noch in der Lage sind, zu essen und zu trinken und dies auch wollen, sowie die palliative Symptombehandlung bei Mundtrockenheit (Befeuchtung der Mundschleimhaut).

Die Ernährung gegen den Willen des einwilligungsfähigen bzw. urteilsfähigen Patienten (»Zwangsernährung«) ist unzulässig.

6 Unklare oder in Diskussion stehende Fragen

6.1 Palliative Sedierung

Eine Sedierung wird durchgeführt, um das Bewusstsein des Patienten stufenweise einzutrüben (vom »Dämmer Schlaf« bis zur tiefen Narkose). Eine solche Intervention kann – zusätzlich zu Maßnahmen der Schmerzbekämpfung – angezeigt sein, wenn nicht kurierbare Symptome einen Patienten belasten und schädigen (z. B. Atemnot).

Die symptomlindernde Sedierung ist ein etabliertes Verfahren der Palliative Care, für welches es internationale Standards gibt. Die Tiefe und Dauer dieser »palliativen Sedierung« richtet sich nach dem Leidensdruck des konkreten Patienten, der dieser Intervention nach entsprechender Aufklärung genauso zustimmen muss wie anderen medizinischen Behandlungen. In vielen Fällen kann eine zeitweise, nicht tiefe Sedierung dazu beitragen, dass die belastenden Symptome effektiv gelindert werden und der Patient dadurch entlastet wird.

In manchen Fällen kann es angesichts der starken Symptome und des Leidensdrucks aber auch notwendig sein, eine anhaltende, tiefe Sedierung zu erwägen. Dabei wird der Patient unter Umständen bis zu seinem Tod in einen kontinuierlichen Tiefschlaf versetzt, der – wie bei jeder Sedierung – überwacht wird. Diese Form der Sedierung wirft die Frage auf, inwieweit zwischen der anhaltenden, tiefen Sedierung und einer Tötung (auf Verlangen) ethisch relevante Unterschiede bestehen. Hierzu lassen sich folgende Argumente anführen:

- Die Sedierung verfolgt das Ziel einer begleitenden Symptomlinderung. Im Unterschied zur Tötung (auf Verlangen) hat sie ihr Ziel nicht dann erreicht, wenn der Patient tot ist, sondern, wenn die für ihn belastenden Symptome effektiv gelindert sind. Dies wird durch eine stufenweise, moniterte Verabreichung der Sedativa erreicht (im Unterschied zu einer möglichst schnell zum Tod führenden Medikation).
- Die Verkürzung der Restlebenszeit ist damit nicht das Ziel, sondern allenfalls eine in Kauf genommene, nicht zu umgehende Nebenwirkung der Sedierung. In der Realität zeigt sich in diesem Zusammenhang, dass eine fachgerechte Sedierung die Restlebenszeit nicht verkürzt, sondern (im Vergleich zu nicht-sedierten Patienten) tendenziell verlängert, da sedierte Patienten einen verminderten physischen und psychischen Stress haben.

Wengleich also eine Differenzierung zwischen palliativer Sedierung und Tötung (auf Verlangen) argumentativ möglich ist, braucht es die Orientierung an und Einhaltung von entsprechenden fachlichen Standards, um die Unterscheidung auch praktisch plausibel zu machen.

6.2 Assistierter Suizid

Unter »Suizid« versteht die WHO einen Akt der vorsätzlichen Selbsttötung. Die ethischen Diskussionen zum Suizid haben im Wesentlichen zwei Lebenskontexte: Zum einen handelt es sich um Situationen, in denen sich Menschen ohne lebensbedrohliche Erkrankung das Leben nehmen, z. B. aus Verzweiflung über ihre finanzielle Verschuldung oder über eine Trennung von einem Partner. Diese »Suizide in der Mitte des Lebens« werden durchwegs als Unglücksfälle beurteilt, die es durch Suizidprävention zu vermeiden gilt. Zum anderen begehen Menschen Suizide angesichts einer schweren Erkrankung, mit ihrem dadurch bedingten Lebensende vor Augen. Die ethischen Debatten zum assistierten Suizid haben diesen Lebenskontext im Fokus. Dabei gibt es insofern einen gesellschaftlichen Konsens, als auch in diesen Situationen

Angebote der Suizidprävention zur Verfügung stehen müssen, um den Betroffenen Alternativen zu einer Selbsttötung aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang wird die Palliative Care als suizidpräventive Option angesehen, der ein grundsätzlicher Vorrang vor Suizidbeihilfe zukommt. Der ethische Dissens entsteht dort, wo Menschen trotz palliativer Angebote ihre Suizidabsicht nicht ändern und bei der Selbsttötung Unterstützung verlangen.

Unter »Suizidbeihilfe« wird die Beteiligung eines Dritten an der Selbsttötung eines Menschen verstanden. Die Beteiligung kann vielfältige Formen annehmen: Zum einen kann die Suizidbeihilfe darin bestehen, jemanden zur Selbsttötung zu verleiten, wobei der Suizident die Selbsttötung dann ohne weitere Mitwirkung eines Dritten ausführt. Zum anderen umfasst die Suizidbeihilfe verschiedene Arten der Mitwirkung (z. B. Beschaffung und Vorbereitung einer tödlichen Substanz oder auch Unterstützung eines Suizidwilligen bei dessen Reise in ein Land, in dem die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei ist). In den Fokus der Suizidbeihilfe gerät somit alles, was den Willen eines Suizidenten im Hinblick auf sein Vorhaben bestärkt bzw. seine Handlung in sonstiger Weise fördert.

Die Mitwirkung am Suizid ist in den meisten Ländern der EU explizit verboten, so auch in Österreich. In einigen Ländern (z. B. Schweiz, Luxemburg, Niederlande) ist die Suizidbeihilfe unter bestimmten Voraussetzungen straffrei, in anderen Ländern (v.a. Deutschland) derzeit überhaupt nicht gesetzlich normiert und daher auch ohne Voraussetzungen straffrei.

Die moderne rechtsethische Diskussion um den Umgang mit der Suizidbeihilfe reicht bis in die 1960er-Jahre zurück und beinhaltet folgende grundlegende ethisch relevante Fragestellungen:

- Wie ist der Suizid an sich ethisch und rechtlich zu beurteilen?
- Wie sind der Suizid und die Mitwirkung daran am Maßstab der Selbstbestimmung des Suizidwilligen und des Mitwirkenden ethisch und rechtlich zu beurteilen?
- Wie ist die Mitwirkung am Suizid von der Tötung auf Verlangen abzugrenzen?

Hinsichtlich aller dieser Fragestellungen herrscht in der österreichischen Gesellschaft ein grundsätzlicher Dissens: Zum einen wird mit dem Suizid moralisch teilweise ein Unrechtsgehalt verbunden, was sich nicht zuletzt im Strafrecht ausdrückt: Dort ist zwar der (gescheiterte) Suizidversuch nicht mehr strafbar, wohl aber die Mitwirkung am »Selbstmord«. Für diese moralische Beurteilung wurden und werden religiöse und säkular-weltanschauliche Argumente angeführt. Eine solche Argumentation ist in einer pluralistischen Gesellschaft jedoch nicht selbstredend. Daher wird in den (internationalen) Debatten zum anderen untersucht, welche Auswirkungen eine Legalisierung der Suizidbeihilfe haben kann: auf die Häufigkeit der Praxis, auf vulnerable Personengruppen (z. B. Menschen mit Depressionen, Menschen in sozialen Notlagen), auf Alternativangebote (v.a. der Palliative Care) sowie auf Angehörige und Ärzte. Nur wenn und insoweit eine rechtliche Regelung der Suizidbeihilfe diesen Prüfmaßstäben, für die es einen weitgehenden Konsens gibt, genügt, kann von einer ethisch gerechtfertigten Vorgehensweise entsprechend einem öffentlichen Vernunftgebrauch gesprochen werden.

Auf Basis dieser grundsätzlichen ethischen Fragen stellen sich solche nach Reaktionsmöglichkeiten auf gesetzlicher und vollziehender Ebene. Im internationalen Vergleich finden sich hierzu vielfältige Modelle: weit gehende strafgesetzliche Verbote (z. B. Österreich); strafgesetzliche Nichtregelung (z. B. Deutschland); Straffreistellung bei Fehlen bestimmter verpöner Motive (z. B. Schweiz) oder mehrerer Voraussetzungen und Sorgfaltskriterien (z. B. Niederlande); Verzicht auf Strafverfolgung bei Erfüllung bestimmter Bedingungen (z. B. England). In jedem Fall kann nur dann von einer rechtsethisch wohl begründeten Option gesprochen werden, wenn die zuvor angesprochenen grundlegenden ethischen Fragen

hinreichend diskutiert und beantwortet wurden, da sie die Bedingung für eine verantwortungsbewusste legislative Entscheidung darstellen.

6.3 Tötung auf Verlangen

Unter »Tötung auf Verlangen« versteht man eine Handlung, mit der ein Dritter jemanden auf dessen Wunsch hin tötet. Im Unterschied zur Suizidbeihilfe setzt dabei derjenige, der zu Tode kommt, nicht selbst die unmittelbare Tötungshandlung, sodass es sich begrifflich um eine Fremdtötung handelt. Das Verlangen desjenigen, der getötet werden möchte, muss freiwillig, ernst gemeint und eindringlich sein, um nach dem österreichischen Rechtsverständnis die Handlung als Tötung »auf Verlangen« zu qualifizieren.

7 Empfehlungen der Bioethikkommission

7.1 Palliativ- und Hospizdienste

Die Bioethikkommission sieht einen dringenden Bedarf für die Stärkung der Palliativ- und Hospizdienste in folgender Hinsicht:

7.1.1 Recht auf Palliativ- und Hospizbetreuung

- Ein Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizversorgung soll bundesweit sichergestellt werden.

7.1.2 Ressourcen und Infrastruktur

- Die Palliativ- und Hospizversorgung muss entsprechend den bereits vorhandenen Konzepten und Strukturplänen bundesweit flächendeckend ausgebaut werden, um den erwähnten Rechtsanspruch auch durchsetzen zu können. Der Zugang zu Palliative Care am Lebensende darf nicht vom Wohnort oder den finanziellen Möglichkeiten des Betroffenen abhängig sein.
- Die Zuständigkeiten für die Realisierung und die nachhaltige Finanzierung der Hospiz- und Palliativstrukturen in allen Settings müssen geklärt werden. Ebenso sollte eine einheitliche Regelfinanzierung für alle Leistungen der abgestuften, multiprofessionellen, mobilen und stationären Hospiz- und Palliativversorgung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche vereinbart und gesichert werden.

7.1.3 Ausbildung und Forschung

- Universitäre und außeruniversitäre Lehre und Forschung in Palliative Care sollen als ein Schwerpunkt priorisiert und ausreichend finanziell dotiert werden. Diese Schwerpunktssetzung soll sich zumindest in den Leistungsvereinbarungen zwischen Wissenschaftsministerium und Universitäten, in den Akkreditierungen von Lehrkrankenhäusern und in der Dotierung von Forschungsförderungseinrichtungen niederschlagen.
- In jeder ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Ausbildung sollen die grundlegenden Kenntnisse und Fähigkeiten in Palliative Care verpflichtend erworben werden. Den internationalen Beispielen folgend sollte im Rahmen dieser abgestuften Ausbildung die Schaffung einer medizinischen Weiterbildung »Palliativmedizin« den Stellenwert dieses Themas im Kanon der Medizinfächer stärken und die Versorgung der Menschen signifikant verbessern.

7.2 Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung u.a.)

Die Vorsorge für (medizinische) Entscheidungen am Lebensende soll durch folgende Initiativen gefördert werden:

- Die formalen und finanziellen Hürden für die Errichtung von (verbindlichen) Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sollen gesenkt werden.
- Für die ärztliche und juristische Aufklärung zur Errichtung einer (verbindlichen) Patientenverfügung sollen Qualitätsstandards und Qualifikationsnachweise definiert und überprüft werden.

- Das Verantwortungsbewusstsein für die Vorsorge soll in der Bevölkerung durch ein nationales Programm nach internationalen Vorbildern des Advance Care Planning gestärkt werden.

7.3 Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen

Medizinische Interventionen, die keinen Nutzen für einen Patienten erbringen oder deren Belastung für den Patienten größer ist als ein eventueller Nutzen und die am Lebensende zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen können, sind weder aus ethischer noch aus medizinischer Sicht zu rechtfertigen, da sie unverhältnismäßig sind. Die rechtlichen Bedingungen für komplexe Entscheidungen am Lebensende sollten diesem Umstand in einer Weise Rechnung tragen, dass sorgfältig abgewogene Entscheidungen ohne Furcht vor einer etwaigen Strafverfolgung getroffen werden können. Dazu sind die zwei folgenden Punkte von besonderer Bedeutung.

Die veraltete und nicht mehr ausreichend klare Terminologie der »aktiven und passiven Sterbehilfe« bedarf einer Aktualisierung entsprechend den Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Dies soll im Besonderen in den juristischen und medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildungen berücksichtigt werden.

Um das Vertrauen und damit eine ausreichende Rechtssicherheit in Fällen der Limitierung oder Beendigung nicht mehr gerechtfertigter medizinischer Maßnahmen zu gewährleisten, sollten diese Situationen unter folgenden Bedingungen aus dem Bereich der Strafbarkeit (§§ 75 ff. StGB) herausgenommen werden:

- Die Therapieentscheidung muss auf Basis eines nachvollziehbaren, begründeten und der individuellen Situation entsprechenden Entscheidungsfindungsprozesses erfolgen.
- Der Entscheidungsfindungsprozess hat sich an ethischen Standards und Leitlinien zu orientieren, wie sie international und national von Berufs- und Fachgesellschaften (z. B. Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs), akademischen Ethikeinrichtungen (z. B. Hastings Center) und supranationalen Institutionen (z. B. Europarat) entwickelt und publiziert werden.

Die entsprechend dokumentierte Einhaltung des Entscheidungsprozesses sollte zu keiner Strafverfolgung führen, sofern kein grober Missbrauch dieses Entscheidungsprozesses evident erscheint. Die Einhaltung von klaren Richtlinien sollte somit eine Vertrauensvermutung bewirken, die grundsätzlich einer Verfolgung durch die Strafjustiz entgegensteht (vgl. Legitimation durch Verfahren). Die dadurch mittelbar verbesserte Rechtssicherheit für die (be-)handelnden Mediziner wird wesentlich dazu beitragen, eine Übertherapie aus Angst vor einer allfälligen Strafverfolgung zu vermeiden.

7.4 Assistierter Suizid

Die Weite der österreichischen Regelung zur »Mitwirkung am Selbstmord« (§ 78 StGB), die als gleichwertige Begehungsformen das Verleiten zum Suizid sowie die Hilfeleistung beim Suizid durch Tun und Unterlassen für strafbar erklärt, stellt auch Angehörige, nahestehende Personen

und Ärzte unter Strafe, die aus Loyalität gegenüber der suizidwilligen Person eine Unterstützung leisten und kann damit zu erheblichen Gewissenskonflikten führen. Es wird daher eine Reform des § 78 StGB empfohlen, die sowohl dem Prinzip der Aufrechterhaltung der sozialen Norm der Suizidprävention, als auch dem Schutz vor Fremdbestimmung vulnerabler Personen Rechnung trägt, jedoch ebenso eine individuelle Hilfe in Ausnahmefällen zulässt. Das Prinzip der Suizidprävention muss auch für schwer kranke Menschen betont werden. Nicht zuletzt unter diesem Aspekt kommt der Palliativmedizin eine entscheidende Bedeutung zu.

Kriterien für die Reform des § 78 StGB sollte zum einen eine differenzierte Behandlung von Verleitung zum Suizid und Hilfeleistung beim Suizid sein. Die Verleitung zum Suizid sollte weiter unter Strafe stehen, um zu gewährleisten, dass vulnerable Menschen keinem Druck ausgesetzt werden können. Es erscheint aber angebracht, für Angehörige und persönlich nahe stehende Personen eine Strafflosigkeit vorzusehen, wenn sie einer an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidenden Person beim Suizid Hilfe leisten, sofern die Beweggründe der Hilfe auch für einen mit den rechtlich geschützten Werten verbundenen Menschen (vgl § 10 StGB) verständlich sind.

Darüber hinaus sollte die Hilfeleistung durch Ärzte beim Suizid in bestimmten Fällen entkriminalisiert werden, um es letztlich dem Patienten zu ermöglichen, offen mit dem Arzt über seine Situation zu sprechen, ohne gleich fürchten zu müssen, aufgrund akuter Selbstgefährdung zwangsweise untergebracht zu werden. Diese straffreie Hilfeleistung beim Suizid sollte in allen Fällen auf volljährige und einwilligungsfähige Personen begrenzt sein und deren ernsthaftes Verlangen erfordern. Um diese zu garantieren, ist eine ausreichende Aufklärung und eine angemessene Überlegungsfrist zwischen Aufklärung und Entscheidung nötig. Weiters sollte auch hier die straffreie Unterstützung beim Suizid auf Patienten begrenzt sein, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden. Da das Gewissen des behandelnden Arztes zu respektieren ist, darf kein Arzt zur Hilfeleistung bei der Selbsttötung verpflichtet sein. Andererseits darf er jedoch wegen einer Hilfeleistung auch nicht, in welcher Art auch immer, benachteiligt werden.

Votum wird unterstützt von:

- Dr. Christiane Druml
- Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger
- Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits
- Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer
- Assoc. Prof. Dr. Diana Bonderman
- Dr. Andrea Bronner
- Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter
- OA Dr. Thomas Frühwald
- Dr. Ludwig Kaspar
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl
- Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller, MPH
- Univ.-Prof. Dr. Arnold Pollak
- Prof. Dr. Barbara Prainsack, FRSA
- Dr. Anna Sporrer
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, MBA
- Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

7.5 Abweichendes Votum zum Assistierte Suizid

In der Debatte um die ethische Beurteilung der Suizidbeihilfe besteht zunächst ein weitgehender Konsens in Hinblick auf zwei Prinzipien: Die Suizidprävention muss auch für schwer kranke Menschen die soziale Norm darstellen. Vulnerable Personen (z. B. chronisch Kranke, sozial Schwache, Alleinstehende) müssen vor Fremdbestimmung geschützt werden. Palliative Care kann zur Verwirklichung beider Prinzipien beitragen und muss daher gefördert werden.

Dennoch kann es zu Situationen kommen, in denen ein Mensch nach Suizidbeihilfe verlangt. Das ernsthafte und eindringliche Verlangen eines Menschen nach Suizidbeihilfe angesichts einer terminal verlaufenden Krankheit ohne Heilungschance – wie auch die möglicherweise daraus entspringende Tat – entzieht sich zunächst einer eindeutigen ethischen Beurteilung von außen. Bei Angehörigen oder betreuenden Ärzten der suizidwilligen Person kann ein solcher Suizidwunsch zu gravierenden Gewissenskonflikten führen, nicht zuletzt aufgrund von Unkenntnis der geltenden Rechtslage bzw. irrtümlicher Annahme einer Strafbarkeit. Eine solche Gewissensnot ist in der ethischen und rechtlichen Urteilsbildung in Fällen von Suizidbeihilfe bei Angehörigen und bei Ärzten zu berücksichtigen.

Für die Frage, inwieweit die derzeitige österreichische Rechtsordnung bei einem Fall von verlangerter Suizidbeihilfe eine solche Gewissensnot in Rechnung stellt, genügt es nicht, bloß § 78 StGB in den Blick zu nehmen. Die Beurteilung, ob überhaupt ein rechtswidriges Verhalten vorliegt, ob es gegebenenfalls schuldhaft ist und inwieweit durch ein Nichteinschreiten eine Garantenpflicht verletzt wird, sind allesamt Fragen, die schon jetzt beim Vorwurf einer Suizidbeihilfe anhand der Kriterien des Allgemeinen Teils des StGB zu prüfen sind. Sie bieten die Möglichkeit, die Gewissensnot in der konkreten Lage angemessen zu berücksichtigen und so dem besonderen Fall einer Suizidbeihilfe durch Angehörige oder Ärzte in bestimmten Fällen gerecht zu werden.

Eine Abänderung des § 78 StGB durch Ausnahmetatbestände, die zu einer Straffreiheit der Suizidbeihilfe in bestimmten Fällen führen sollen, sieht sich dagegen mit mehreren schwerwiegenden Problemen konfrontiert: Die Begriffe der Ausnahmetatbestände weisen notgedrungen Randunschärfen auf (z. B. »begrenzte Lebenserwartung«). Eine Ex-ante-Überprüfung, ob die Ausnahmetatbestände vorliegen, bräuchte auch für den Fall einer Suizidbeihilfe unter Angehörigen ein ärztliches Zeugnis. Jede Suizidbeihilfe wäre weiterhin einer Ex-post-Überprüfung durch die Strafverfolgungsbehörden zugänglich, welche nach einer Anzeige zu beurteilen hätten, ob die Ausnahmetatbestände und Sorgfaltskriterien im konkreten Fall erfüllt wären.

Eine Änderung des § 78 StGB, die einfach bestimmte Ausnahmetatbestände einfügt, ohne gleichzeitig all diese Folgeprobleme in den Blick zu nehmen, würde damit dem ethischen Kernanliegen, nämlich Angehörige und Ärzte in einer gegebenenfalls vorhandenen Gewissensnot zu entlasten – nicht gerecht werden. Nach wie vor würden diese in rechtliche Verfahren verwickelt, wenn das Vorliegen der Ausnahmetatbestände auch ernsthaft geprüft werden soll. Im Gegenteil signalisiert eine Straffreistellung der Suizidbeihilfe auf gesetzlicher (d.h. allgemein-abstrakter) Ebene, dass es sich bei der Suizidbeihilfe um einen Normalfall der Sterbebegleitung handelt. Die gesellschaftlichen Wirkungen eines solchen Signals sind bislang nicht ausreichend analysiert worden (vgl. dazu die offenen Fragen aus Abschnitt 6.3 der Stellungnahme).

Es wird daher empfohlen, keine Abänderung des § 78 StGB vorzunehmen.

Vor dem Hintergrund etwaiger Gewissensnot könnten als ein differenzierteres, kontextsensitiveres und mit weniger Problemen belastetes rechtliches Instrumentarium seitens des Justizministeriums bindende Richtlinien für die Strafverfolgungsbehörden entwickelt werden, in denen eine ethisch fundierte Prüfung konkreter Vorwürfe von Suizidbeihilfe vorgegeben wird (vgl. dazu die »Policy for Prosecutors in respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide« des englischen Crown Prosecution Service, 2014, insbes. Pkt. 43 ff.). Dies würde die Rechtssicherheit im bestehenden Gesetzesrahmen deutlich erhöhen und könnte den komplexen Fallkonstellationen leichter gerecht werden als allgemeine Gesetzesbestimmungen.

Es wird daher empfohlen, die Entwicklung von verbindlichen Richtlinien für die Strafverfolgungsbehörden in Fällen des Verdachts auf Suizidbeihilfe zu prüfen.

Abweichendes Votum wird unterstützt von:

- Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck
- Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
- Dr. Maria Kletečka-Pulker
- Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA
- Dr. Stephanie Merckens
- Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp
- Dr. Klaus Voget
- Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

7.6 Tötung auf Verlangung

Die Tötung auf Verlangen nach § 77 StGB unterscheidet sich von § 78 StGB in dem Sinne, dass hier eine Tötung durch fremde Hand vorliegt. Unter ethischen Gesichtspunkten ist eine gegenüber dem assistierten Suizid differenzierte Regelung sachgerecht. Daher wird die Beibehaltung der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen entsprechend den derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen empfohlen. Damit sollen vulnerable Gruppen auch mit den Mitteln des Strafrechts hinreichend geschützt werden.

7.7 Sondervotum zur Tötung auf Verlangen

Da der Unterschied zwischen Tun und Unterlassen aus ethischer Perspektive eine Grauzone aufreißt, innerhalb derer für alle Betroffenen schwerste Gewissenskonflikte entstehen können, sollten die Kriterien für die Reform des assistierten Suizids (§ 78 StGB) auch auf die Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) übertragen werden. Insofern erscheint es angebracht, für Angehörige und persönlich nahe stehende Personen eine Strafflosigkeit vorzusehen, wenn sie eine Tötung auf Verlangen gegenüber einer an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidenden Person vornehmen.

Darüber hinaus sollte eine Tötung auf Verlangen durch Ärzte in bestimmten Fällen entkriminalisiert werden. Eine straffreie Tötung auf Verlangen sollte auf volljährige und einwilligungsfähige Personen begrenzt sein und deren ernsthaftes Verlangen erfordern. Um dieses zu garantieren, ist eine ausreichende Aufklärung und eine angemessene Überlegungsfrist

zwischen Aufklärung und Entscheidung nötig. Die straffreie Tötung auf Verlangen sollte weiters auf Patienten begrenzt sein, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung oder an einer unheilbaren, nach eigenem Ermessen untragbaren Erkrankung leiden. Da das Gewissen des behandelnden Arztes zu respektieren ist, darf kein Arzt zur Tötung auf Verlangen verpflichtet sein. Andererseits darf er jedoch wegen einer Tötung auf Verlangen auch nicht in welcher Art auch immer benachteiligt werden.

Sondervotum wird unterstützt von:

- Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits

7.8 Sondervotum zu einzelnen Punkten der Stellungnahme sowie zur Vermeidung von unverhältnismäßigen medizinischen Interventionen

Überwiegend werden die allgemeinen Ausführungen der Stellungnahme mitgetragen und begrüßt. Da allerdings in wenigen, aber wichtigen Punkten keine konsensuale Formulierung gefunden werden konnte, werden diese wie folgt in einem Sondervotum angeführt:

In der laufenden Debatte um Fragen am Lebensende ist es essentiell zu unterscheiden, dass die meisten Fällen, in denen der Wunsch nach einem Lebensende geäußert wird, nicht gleichgesetzt werden können mit einer tatsächlichen Absicht, sich das Leben nehmen zu wollen. Es wird nicht bestritten, dass es Situationen gibt, in denen jemand frei und selbstbestimmt die Absicht hat (und diese auch umsetzt), sich das Leben zu nehmen. In der überwältigenden Zahl der Fälle wollen aber Menschen, die ein Lebensende herbeisehnen, ihren Leidensdruck artikulieren und kommunizieren und eine Verbesserung ihrer Lebenssituation erreichen.

Die Unterscheidung von Suiziden »aus der Mitte des Lebens«, die als Unglücksfälle bewertet werden, von Suiziden bei lebensbedrohlicher Erkrankung ist abzulehnen. Hier wird betont, dass jeder Suizid – egal ob mit oder ohne schwerer Erkrankung – ein tragischer Schlusstrich ist und deutlich macht, dass es – wem auch immer – nicht gelungen ist, eine alternative Lebensperspektive für den Betroffenen zu entwickeln. Es sollte daher immer und egal in welcher Situation gesellschaftliche Aufgabe sein, Suizide zu vermeiden. Eine unterschwellige Unterscheidung in »Unglücksfälle mitten im Leben« und »nachvollziehbare Fälle am Ende des Lebens« ist irreführend. Ebenso abgelehnt wird auch eine behauptete Vorrangstellung der Suizidprävention zur Suizidbeihilfe, weil diese beiden Begriffe nicht in einem Verhältnis zu einander gesehen werden, sondern glaubwürdige Suizidprävention die Option der Suizidbeihilfe ausschließt.

Grundsätzlich wird die Absicht der Empfehlung 7.3 unterstützt, dass unverhältnismäßige medizinische Interventionen vermieden werden sollen. Auch die Verdeutlichung der Begriffe »Sterbebegleitung«, »Therapie am Lebensende« und »Sterben zulassen« wird begrüßt, allerdings wird festgehalten, dass diese Begriffe sich zwar überschneiden, aber nicht deckungsgleich sind mit den bisherigen Begriffen der passiven und aktiven Sterbehilfe. Während »Sterbebegleitung«, »Therapie am Lebensende« und »Sterben zulassen« allesamt Prozesse beschreiben, die strafrechtlich nicht relevant sind – und in diesem Zusammenhang auch bekannter gemacht werden müssen – umfassen die Begriffe der passiven und aktiven Sterbehilfe auch Handlungen bzw. Unterlassungen die durchaus unter das geltende Verbot der Tötung auf Verlangen bzw. der Beihilfe zum Selbstmord fallen und daher Unrechtscharakter haben.

Bezweifelt wird weiters die Erfolgsaussicht der Empfehlung unter Punkt 7.3.2, da grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass die Strafverfolgungsbehörden sich bei der Prüfung, ob eine medizinische Indikation für eine Aufrechterhaltung von medizinischen Maßnahmen gegeben ist, immer an ethischen Standards und Leitlinien orientieren, wie sie international und national von Berufs- und Fachgesellschaften etc. entwickelt und publiziert werden. Insofern besteht schon heute eine gewisse Legitimation durch Verfahren bzw. durch die Einhaltung von Entscheidungsprozessen, die durch von den einschlägigen Fachgesellschaften gemeinsam publizierten Leitlinien noch unterstützt werden kann. Eine besondere Vertrauensvermutung bzw. Herausnahme aus der Strafbarkeit wird daher nicht als notwendig erachtet.

Sondervotum wird unterstützt von:

- Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
- Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA
- Dr. Stephanie Merckens
- Dr. Klaus Voget

8 Ausgewählte Literatur

Berlinger N, Jennings B, Wolf SM. The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. 2011. Abrufbar unter:
<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>

Bundesärztekammer [DE]. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl. 2011 Feb 18;108(7):A-346-348.

Ellershaw J, Wilkinson S, editors. Care of the dying: A pathway to excellence. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Europarat, Ausschuss für Bioethik. Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende. Straßburg 2014. Abrufbar unter:
http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20deutsch.pdf

In der Schmitt J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung: Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten®. Z med Ethik. 2013;59(3):229-243.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und –beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr 2004;116:763-767.

Janssens U, Burchardi H, Duttge G et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Anaesthesist 2013;62:47-52.

Jox RJ. Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg: Edition Körber Stiftung; 2011.

Lipp V, Brauer D. Behandlungsbegrenzung und »Futility« aus rechtlicher Sicht. Z Palliativmed. 2013;14(3):121-126.

Kompanje EJ, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. Curr Opin Crit Care 2013;19(6):630-635.

Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177(8):912-927.

Oehmichen F, Ballmer PE, Druml C, et al. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der Künstlichen Ernährung. Aktuel Ernährungsmed. 2013;38:112-117.

Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DM et al. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration is forgone. Arch Intern Med. 2005 Aug 8-22;165(15):1729-35.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
Intensivmedizinische Massnahmen. Basel 2013. Abrufbar unter:
<http://www.samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>

Sterckx S, Raus K, Mortier F, editors. Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

Vyjeyanthi S, Periyakoil. Do Unto Others: Doctors' Personal End-of-Life Resuscitation Preferences and Their Attitudes toward Advance Directives. PLoS One. 2014;9(5):e98246. doi: 10.1371/journal.pone.0098246. eCollection 2014.

1 Preamble

The end of life is an issue that has long been avoided in the public debate, but over the past two decades has again become increasingly discussed from very different perspectives. The complexities of this issue and its related terminology prompted the Bioethics Commission in 2011 to release a unanimous recommendation for the “terminology of medical decisions in end-of-life situations” (<http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>). In that recommendation it was already suggested that a further amendment would be needed in the near future. The present document goes well beyond the scope of terminology and deals with the issue of dying with dignity, or more specifically, with the assistance and care for persons in end-of-life situations and related issues.

The topic of end-of-life care runs like a red thread through the Commission’s debates. In June 2013, the Bioethics Commission - in cooperation with the French Culture Institute, the Austrian UNESCO Commission and the City of Vienna’s dialogue platform “Wiener Vorlesungen”—hosted a colloquium on “end of life” at the Austrian Federal Chancellery. The starting point of discussion was the changing attitude towards death. While in former times death was perceived as a natural process that ends a fulfilled life, this perception has dramatically changed with the widening scope of practices of modern medical science. With the advent of medical technologies, the support of vital organs, organ replacement and new developments in the field of transplant medicine, the end of life is no longer clearly defined by means of a diagnosis. In the wake of these developments, a multitude of moral concepts and preferred values have emerged which all present an important and partly also new challenge to medical ethics.

This international public event served as a platform of debate to compare contemporary attitudes towards the end of life and death on the basis of ideological and national moral concepts. Didier Sicard, the former Chair and now Honorary President of the French National Ethics Advisory Committee (Comité Consultatif National d’Éthique/CCNE), presented his “end-of-life” report drawn up on behalf of the French President François Hollande.

After the regular election of new members into the Bioethics Commission in March 2014, the end-of-life issue was again adopted into the agenda. The starting point for the Commission to take action was the request from the Federal Government to look into the issue of a fundamental right to dying with dignity. Under the lead of a working group established to deal with this issue, a work plan was presented in April 2014.

In May 2014, the Bioethics Commission, represented by the Chair and the Commission Member Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, was invited to attend an international conference held at the headquarters of the Council of Europe in Strasbourg to launch the “Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations”. Prof. Valentin was the Austrian expert who had a leading role in the development of this guide.

On 6 October 2014, the Bioethics Commission organised a public meeting which attracted great interest. The purpose of the meeting was to portray the main European debates on the “end-of-life” issue. Gian Domenico Borasio, Professor of Palliative Medicine at the University of Lausanne, spoke about the meaning, obstacles and potentials of self-determination and the right to die; Christiane Woopen, Chair of the German Ethics Council and Professor of Ethical Theory and Medical Ethics at the University of Cologne, gave a lecture on the ethical aspects of assisted suicide; and Ines de Beaufort, Professor of Health Care Ethics and Head of the Department of Medical Ethics and Philosophy of Medicine at the Erasmus Medical Centre in Rotterdam (the Netherlands), addressed the issue of euthanasia in the Netherlands. In the closing speech, Andreas Valentin presented the Council of Europe’s “Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations”.

The present recommendations of the Bioethics Commission are the result of a diligent and differentiated pro-and-con analysis of the different aspects related to this issue. They illustrate once again that the relevant issues do not allow for simple answers to be given based on an objective truth. Apart from all considerations of principle, it therefore seems all the more important to place the individual situation of those affected and of the persons close to them at the centre of the debate.

2 Issues and points of reference

2.1 About the term “end of life”

Providing adequate care for persons in an end-of-life situation is based on the proper understanding of the term “end of life”. While the “end of life” is universal to all persons, it is rather difficult to formulate a generally valid definition. While the end of life is a phase the beginning of which can often only retrospectively be described, our modern understanding defines its end point—death—as the irreversible end of existence of a human individual associated with the irreversible loss of all brain functions. The beginning of the end of life and death may be almost identical in time (such as in a fatal accident). But due to the socio-demographic, epidemiological and medical developments, the number of cases where an acute or chronic disease has a delayed fatal outcome (“chronically critically ill”) or where the end of life is determined by progressing age-related weakness is growing.

Dying can be understood as the last, terminal phase of the end of life (end of life in a narrower sense). In most cases, clinical symptoms serve as indicators of imminent or approaching death; but even in such situations it is impossible to accurately predict the exact moment of a specific person’s death.

The conclusion that a human being has reached the end of life or that the dying process has begun is a necessary and first precondition for planning and executing adequate and efficient care for this human being during the dying process. Decisions on medical and palliative measures, and on psycho-social and spiritual assistance provided to the dying person and their relatives, can only be made if the person’s entrance into their last phase of life has been timely recognised and communicated.

2.2 Circumstances and places of dying

Most people wish to die at home. They often also wish for a quick death when the end of life is inevitable. In fact, however, nearly 70 % of the Austrian population dies in hospital, in a nursing home, or in a home for the elderly. Dying has not only become institutionalised, it is in many cases also a lengthy process.

According to Statistics Austria, 40,142 out of a total of 79,526 people dying in 2013 died in hospital, which corresponds to 50.5 %. 13,872 people (17.4 %) died in a nursing home or home for the elderly, while 21,430 people (26.9 %) died at home and 4,082 (5.1 %) in other places. Percentages differ considerably among the federal provinces, with 61.2 % of deaths in Vienna occurring in hospital, as against 44.6 % in Salzburg. In Vienna, 17.6 % of those dying die at home, while in Burgenland the percentage is 35.7 %. Those who die in nursing or retirement homes account for 14.5 % in Vienna and 23.3 % in Salzburg. It is assumed that the cause for these differences lies in the different social and healthcare structures at regional level. In recent years, the number of people who die in hospital has generally decreased. This can be explained by the concurrent steady increase in the number of people who die in nursing homes.

Dying at home is becoming less common these days. Factors which contribute to this trend include changes in living conditions and family structures, but also the fact that people who die at an advanced age tend to have weaker social networks. The high life expectancy bears an increased risk that people in the last years of their long life—long before the end of life—suffer from a level of functional, physical and cognitive impairment which makes institutional long-

term care necessary. There is also a growing expectation for professionalism and competence in end-of-life care. In a family setting, such a high level of care may quickly result in an overburden for family carers.

The place where people die does not yet allow to draw conclusions as to a “good death”, “bad death”, “death with dignity” or “death without dignity”. Even though the hospital is perpetually criticised as a place of dying, practical experience shows that committed, motivated and empathic employees and supportive framework conditions may truly cater to the needs of people in end-of-life situations and their relatives. Contrarily, an elderly person may die forgotten and lonely in a negligent home environment without any dignity at all.

2.3 Medicalisation of end-of-life situations

In the second half of the 20th century, progress in biomedical sciences led to a high level of medicalisation of end-of-life care. Today, end-of-life situations are primarily described and treated as a medical problem, and dying is often a controlled, medically assisted process. Aside from the undisputed achievements of modern pain and palliative medicine, new issues have emerged in the highly developed fields of emergency medicine, such as the purpose of performing organ transplants in persons with no hope of recovery in intensive care. Even for terminally ill patients with no hope of recovery, the specific moment to die often results from a deliberate decision made in an end-of-life situation for a medical reason.

2.4 Ethical points of reference

Decisions which are made in the special context of terminally ill and dying persons should be based on fundamental norms and values. In Austria, these norms and values are backed up by broad social consensus. Aspects which are constantly referred to and also need to be taken into consideration in the debate on end-of-life care include in particular: the protection of life, the right to self-determination, the principle of solidarity and beneficence as well as the principle of distributional justice.

Protection of life

The protection of life is a fundamental and unconditional ethical principle which needs to be specified in the context of end-of-life situations. A radical interpretation of this principle would result in all medical and technical possibilities being fully exploited to preserve the affected person's purely biological body functions, irrespective of their individual health condition, and possibly exposing the person to prolonged dying and increased suffering. The majority of people would presumably identify themselves with a relative interpretation of this fundamental principle: The fundamental obligation to preserve life through medical intervention ends (in addition to situations where a patient with the ability of decision-making and judgement refuses to accept life-sustaining measures) in any case when the preservation of life is tantamount to a prolongation of a basically irreversible dying process, and therefore disproportionately burdens the patient and potentially causes them considerable pain and suffering. The idea of death as a successful end point of a fulfilled life is extensively discussed in the literature with only marginal variations.

Right to self-determination

The right to self-determination in the context of medical interventions comprises two aspects: A medically indicated action may only be initiated or continued if the affected person gives his consent. Concurrently, self-determination includes the right to refuse support, even if such refusal may be difficult to grasp by others. A precondition for respecting a patient's right to self-determination is to know a patient's will and to closely engage and communicate with the patient. In the event that patients are no longer able to express their will, it becomes necessary to resort to advance decisions (e.g. living will, power of attorney) and to examine whether treatment is performed in tune with the patient's expressed or presumed will.

Principle of solidarity and beneficence

Dying or terminally ill persons have a special right to receive support from their fellow humans and solidarity from society because of being helpless and vulnerable. It has to be guaranteed that terminally ill persons in an end-of-life situation enjoy the level of protection that assures their rights as a person, possibly promotes their self-determination capacity and allows them to die with dignity. The objective to reduce suffering is an important element of end-of-life care.

Distributional justice

All end-of-life treatment options shall, as long as there is a medical indication, be exclusively governed by the individual patient's wellbeing and will. The requests for distributional justice are not generally contradictory to the respect of an individual's autonomy and dignity and need to be carefully aligned with the concept of dying with dignity.

2.5 Current legal framework

Constitutional basis

- Unlike German constitutional law, Austrian law has no legal provision for the protection of human dignity. But the Constitutional Court acknowledges human dignity as a “general principle of evaluation” of the Austrian legal system, which is also reflected, for instance, in § 16 of the Austrian General Civil Code (ABGB) or in Article 1 of the Charter of Fundamental Rights of the European Union. Similar to Germany, the principle of the protection of human dignity needs to be specified in fundamental norms.
- In Austria, the right to life is protected under constitutional law through Article 2 of the European Convention on Human Rights (ECHR). In this context, “intentional killing is prohibited”. Conversely, this provision does not imply that there is an “obligation to life”, and thus a mandatory penal provision against rendering assistance in suicide or against termination of life on request is not justified. This eventually also results from the right to self-determination, which in Austria is also protected under constitutional law and established in Article 8 of the European Convention on Human Rights. The will of a human being in itself is part of their personal privacy and thus a subject matter protected by the aforementioned fundamental right.
- A combined view of Article 2 and Article 8 of the ECHR reveals that only the bearer of a fundamental right can dispose of his own right to life. If he lacks the ability of self-determination, any intervention targeted at shortening the lifespan - and therefore also the decision to discontinue a medically indicated life-sustaining measure - is excluded. There is only one exemption from the prohibition of a life-ending intervention in patients without the ability of self-determination: the patient must have declared in advance that he wishes such an intervention, having been duly informed by a physician with sufficiently

specific reference to the current situation. Article 8 of the EHRC contains an obligation of the state to actively support the protection of the mental and physical integrity of persons who have no ability of self-determination or have lost such ability.

Penal provisions

Principle: Ending a person's life is a criminal offence even if done in conformity with the person's will.

- Austrian criminal law regards life as a non-negotiable object of legal protection. In contrast to physical integrity, which is also an object of legal protection, its bearer cannot dispose of it. With regard to the patient's will, comprehensive protection of life is thus currently in place, because not only the requested killing by another person in the form of euthanasia ("termination of life on request") (§ 77 Penal Code (StGB)) is punishable by law, but also the promotion or assisting of suicide (§ 78 StGB; assistance within the scope of promoting the action of a suicider).

Omission or termination of medical treatment in an end-of-life situation

- In accordance with the patient's will
The Austrian legal system recognizes an option for the patient to refuse medical treatment, even if such refusal leads to the patient's death. A living will, particularly in the form of an advance directive (compare the provisions of the relevant law on advance directives—PatVG) or a power of attorney on health-care questions (compare §§ 284f ff. ABGB), may restrict the physician in his or her ability to perform a treatment. Depending on the quality of such a directive, a distinction is made between a "legally binding directive" ("verbindliche Patientenverfügung", compare §§ 4-7 PatVG) and a "notable (noteworthy) directive" ("beachtliche Patientenverfügung", compare § 8 PatVG). With the recognition of notable (noteworthy) declarations, where the determinable will of a patient is more important than adherence to formal criteria, the concept of a "patient's presumed will" also assumes increasing importance. Since the latter may at times be difficult to determine, this may result in legal "grey zones". The power of attorney on health-care questions, in contrast, provides a much higher degree of legal certainty. Here, the decision on medical treatments in the future case of a patient's loss of decision-making ability is transferred to a representative, and the treating physician would then be bound by the representative's decisions.
- The aforementioned tools of expressing one's will to some extent also provide the possibility to dispose the legally protected right to life. This eventually also conforms to criminal law, because in such cases the physician is unable to treat the patient without committing an offence of unauthorised curative treatment (§ 110 StGB). This penal provision supports the human right to self-determination in the sense that treatment is not only prohibited in the absence of the patient's consent, but even more so if the patient explicitly "vetoes" treatment.
- If the patient's will cannot be identified
Regardless of the significance that is attributed to the patient's will, there are numerous cases where the patient's will cannot be identified. In such a situation the question arises how to legally handle the withdrawal of treatment measures, which will eventually lead to the person's death. There is unanimous agreement that medical care is only a statutory obligation when it is reasonable. Hence there is no obligation for continued treatment when, at professional discretion, the process of dying has not yet begun but appears inevitable, and medical treatment is no longer indicated under these conditions, even though it may serve to delay death for a certain period of time. From a formal point of view,

such mode of conduct may constitute an offence which falls under the general category of homicide (§§ 75 ff. StGB), because these acts of homicide are openly formulated, so that only the causation of death at a certain point of time is of relevance. The fact that death was imminent and a person would have died shortly thereafter, anyway, is basically of no relevance under criminal law. Quite rightly, however, there has been a decade-long trend in criminal science to exempt the termination of life-sustaining measures from punishment in cases where the dying process is about to begin or has already begun; the underlying idea is that such a mode of conduct is socially adequate (i.e. meets with broad social acceptance), especially so when taking into account that in such cases the onset or continuation of treatment would be disproportionate. Nevertheless, there is ample leeway for arguments why in individual cases certain actions should be exempted from punishment. As such leeway may lead to considerable uncertainty among the members of the health-care team treating the patient, there is a tendency to opt for “overtreatment” in order to avoid even the appearance of possibly having committed a criminal offence.

Open issues at the constitutional level

- The human right to self-determination may generally be restricted for reasons as laid down in Paragraph 2 of Article 8 of the ECHR. It is therefore conceivable to envisage a penal provision against euthanasia or assisted suicide under the title of “protection of morality” in order to generally defend the taboo of homicide or of assisting suicide through such a penal provision. However, the state is not obliged to take this step under constitutional law. Quite on the contrary: as long as and as far as this concerns a person with the ability of self-determination who expresses the sincere request to die, it would also be compatible with current constitutional law to envisage an exemption from punishment for euthanasia or assisted suicide. Accordingly, a compelling need for legal action cannot be deduced from the ECHR. This is also reflected in the fact that in most member states of the Council of Europe both euthanasia and assisted suicide are prohibited by law, whilst some member states only prohibit euthanasia (e.g. Germany) and others prohibit neither of the two (e.g. the Netherlands). This issue is left to the discretion of the national legislators.

Open issues at the level of criminal law

- No possibility of legal certainty prior to a decision with respect to the “patient’s presumed will”: Focussing on the patient’s presumed will or exempting a therapy reduction from punishment on the grounds of social adequacy leads to legal “grey zones”. Postulating an adequate decision regarding treatment with due consideration of the “patient’s presumed will” eventually means transferring responsibility to the healthcare personnel, with the latter risking a review by the law enforcement authorities if there is any question of “incorrect assessment”. In fact, there is currently no possibility of seeking indemnification prior to making a decision, as the Supreme Court (on civil procedures) has ruled against the involvement of the guardianship court on this matter (in case the guardian asks the court about what lies in the best interest of a patient under guardianship).
- No possibility of legal certainty prior to a decision as to life-sustaining measures “not being indicated” or “no longer being indicated”: The professional assessment of the question as to how long and in what scope life-sustaining measures are indicated may also be at risk of being reviewed by the law enforcement authorities. In this case, a potential “incorrect assessment” of the indication is reviewed by medical assessors. There is currently no legally certain indication procedure which would guarantee “indemnity from prosecution” by medical assessors or law enforcement authorities. Guidelines and orientation guides on medical ethics seek to compensate this deficiency, but have no binding effect for the law enforcement authorities.

2.6 Guidance in the field of medical ethics

In recent years, several orientation guides for analysis and decision-making in the context of end-of-life medical care have been published. One example to be noted is a consensus paper published by the Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine. It contains the following core conclusions, which can also be adopted for other medical fields:

- **Limitation of therapies that are no longer justifiable:** “A therapy for which no ground can be given is not ethically justified, and can represent bodily harm if thereby irreversible processes are only prolonged.” An intensive care therapy is no longer deemed justifiable if it only prolongs an “irreversible process of dying and the measure cannot be justified on the basis of expecting to restore autonomous vital functions.”
- **Equivalence of non-initiation and discontinuation:** “A primary withholding and a secondary withdrawal of therapy are [...] subject to the same medical and ethical criteria.” All reasons justifying a non-initiation of life-sustaining measures also legitimise their discontinuation.
- **Typical situations for a limitation or non-initiation of life-sustaining measures:** “Progressive multi-organ failure under maximal intensive care medical therapy with no prospect of successful treatment of the cause; Terminal failure of vital organs with no prospect of transplantation or adequate long-lasting organ substitution; Life-threatening intercurrent disease/complication or complete loss of autonomous vital functions after irreversible cerebral damage; Terminal stage of chronic or malignant diseases that no longer can be influenced by any therapy.”
- **Limited admission to intensive care units:** “There is no justification [...] for transferring to ICU [intensive care unit] those patients who can no longer be helped, i.e. admitting patients to ICU simply for them to die there. [...] A planned admission to ICU is to be based on the existence of a positive prospect of patient survival.”
- **Palliative care in intensive care units:** “As soon as it is clear that a patient with a life-threatening condition cannot be helped with intensive care medicine, the highest priority is to ensure that the patient is enabled to have death with dignity. [...] At every stage of therapy withdrawal, maintaining the dignity of the patient and assuring freedom from anxiety, pain and dyspnoea must be of primary concern. [...] Even after therapy withdrawal, the patient must receive comprehensive medical and nursing care.”
- **Reevaluation of decisions:** “The goals of critical care medical measures and the question whether they can be achieved are to be constantly reviewed during the treatment process. [...] Decisions should never be irrevocable; if the situation changes, e.g. if a surprising improvement of the patient’s condition occurs, then the decision should be revised, modified or retracted.”
- **Equivalence of selected measures:** “It must be kept in mind that apparently ‘simple’ measures such as stopping antibiotic therapy are to be considered as being at the same level as discontinuation of organ-supporting measures such as artificial respiration.”

3 Targets related to dying with dignity

3.1 Canon of values in a pluralistic society

In the Austrian society there is consensus that a good end of life and death with dignity are desirable goals for all human beings. Yet this ostensible consensus is burdened with problems regarding content. A pluralistic society does not have uniform definitions of “good” and “dignity”. The term “dignity”, for example, is used as legitimation by people who are strictly opposed to the concept of termination of life on request and assisted suicide as well as by people who are strong supporters of such acts. Thus, at the very least, the issue of what the terms “good” and “dignity” mean must be raised when it comes to analysing end-of-life issues from an ethical perspective.

In a pluralistic society, the content-related definition of a “good end of life” and “death with dignity” must be open to a variety of life concepts. There is broad social consensus that palliative treatment options which cater to the needs of those affected must be an integral part and therefore a general responsibility towards persons in end-of-life situations. This results in a clear mandate for society.

3.2 The affected person at the centre

At the individual pragmatic level, when people speak of “dying with dignity” they generally strive for efficient relief of the symptoms of physical impairment (pain, shortness of breath, nausea etc.), a responsible indication of medical treatment and care, a regardful involvement in decision-making processes, individualised social relationships, as well as support for mastering existential crises. In this context, one can truly say that there is a widespread common idea of a “good end of life” and “dying with dignity”. Essential components of this idea are adopted and operationalised by the palliative and hospice care movement.

3.2.1 Needs and desires in end-of-life situations

The needs and desires of persons in end-of-life situations have a physical, mental, social and spiritual dimension.

- **Physical dimension:** Most people feel the need to sustain their basal body functions and a certain degree of mobility as long and as well as possible. This can be interpreted as a desire for physical autonomy. On the other hand, people generally feel a need to minimise the physical burden at the end of their lives. This mostly relates to symptoms like pain, shortness of breath, nausea, fatigue, and weakness.
- **Mental dimension:** Today a central need of persons in end-of-life situations is to maintain self-control. In this context, the possibility to (co-)determine the big and small things in life may be regarded as a valuable asset in the process of end-of-life care and assistance. On the other hand, loss of control, (phases of) loss of consciousness and somatic symptoms (e.g. delirium) may cause stress and anxiety, which need to be reduced.
- **Social dimension:** Persons in end-of-life situations often feel the need to keep up their social relationships or bring these relationships to a close. The social dimension of humanness also involves that persons preserve their self-esteem, which may be particularly at risk in a situation of physical and cognitive vulnerability. On the other hand, it is important to avoid social marginalisation and isolation of persons in end-of-life situations.

- Spiritual dimension: When facing the end of their lives, many people feel the need to leave a personal legacy to family and friends, settle their affairs, clarify things with their loved ones and give them something of importance. On the other hand, persons in end-of-life situations often perceive it as a burden when they receive no answer to the crucial questions in life.

3.2.2 Problems in end-of-life situations

Problems in end-of-life situations affect the personal level of the dying person as well as their social environment, but also the structural level of care provided to those affected:

- At the personal level, dying persons and their relatives are often confronted with problems which were referred to as a physical, mental, social, and spiritual burden in the previous chapter. Communication difficulties between the patient and his healthcare team or within the healthcare team may prevent an adequate level of care in an end-of-life situation. Palliative care has developed a range of relief concepts to tackle many of these challenges. Nevertheless, end-of-life situations and the dying process remain challenges which are associated with specific problems that can never be “optimally” solved.
- At the structural level, end-of-life care is faced with numerous system-related problems: Firstly, the project of tailoring palliative care and hospice services to real needs and providing adequate funding has not been adequately implemented in practice. Secondly, on account of deficiencies in the care of persons in end-of-life situations, it often happens that dying persons are transferred from their home or the nursing home to an emergency hospital, which constitutes an unnecessary burden for the dying person and their relatives. Thirdly, there is a lack of institutionalised quality assurance for the field of hospice and palliative care in regular healthcare institutions, especially as far as the quality of the outcome is concerned.

3.2.3 Advance care planning and care

In light of the inevitability of this situation, advance planning of end-of-life decisions remain the responsibility of the individual. There are several legal instruments that provide assistance: living will, power of attorney, and guardianship.

Throughout the years since these instruments were given more specific form by the legislator, it has been shown that they are hardly perceived by the general public. This may be partly due to pragmatic factors: The quality of the content of living wills is often inadequate to identify a patient’s specific will in reference to a situation, sometimes even in spite of medical and legal information being provided at the time the living will is established. In the daily medical practice, healthcare professionals complain that the existence of an advance directive cannot be verified in any kind of centralised register. When establishing a legally binding living will or power of attorney on health-care questions, major formal hurdles need to be overcome and high costs are incurred.

However, pragmatic problems should not conceal the fact that failure to plan for end-of-life care decisions often, and more fundamentally, results from a lack of readiness to deal with the related issues. This is why a simple “technical” improvement of the formal framework for such aids will not really change the frequency of their use. The promotion of advance care planning requires more complex awareness-raising initiatives targeted at the general public, healthcare and social care professionals, and healthcare and social care institutions. Such (nationally promoted and locally established) advance care planning programmes have already successfully raised advance planning of end-of-life decisions at the international level.

4 Death is not a failure of medicine

The enormous progress achieved in modern medicine to date not only allows to cure or mitigate many diseases, but has generally also aroused expectations which in a specific end-of-life situation may lead to a lack of understanding, disappointment and loss of trust in medicine. The promises of modern medicine suddenly seem to have lost their validity, the inevitable limitation of human existence is perceived as a seemingly impossible failure of medicine. However, medicine can only be adjusted to the needs of human beings when death is not perceived as a failure of medicine, but accepted as an inevitable consequence of human life.

4.1 Allowing death

As soon as the available medical options are no longer compatible with a benefit for the patient, but only lead to a prolongation of the irreversible dying process, the moment has come where the paradigm of priority of (biological) life has been put into perspective. Now the principle of nonmaleficence (“primum nihil nocere”) moves into the foreground, which would be contradicted by the application of measures which are of no use or which are no longer of use and which prolong the dying process. It is therefore important to abandon a “life-prolonging” medical measure with a curative goal if the progression of disease makes any further treatment unreasonable and/or if it extends the dying process. This also applies to the case where a patient no longer authorises treatment, even if it would “make sense” to the treating physicians. However, in this situation of “allowing death” palliative medical care and palliative assistance are always required, if the patient so wishes.

4.2 Medical end-of-life decisions

At the end of life, a variety of questions tend to arise that require a medical decision. The description of an end-of-life situation requires recognition of clinical signs which, in consideration of medical knowledge and the experience of healthcare professionals, point to a process that leads to death within days or weeks. Questions also arise with respect to the limitation or discontinuation of curative measures and the determination of palliative goals and measures. There is no doubt that these decisions always and primarily need to be based on technical criteria. Subject to a medical indication, the second criterion on which a decision should be based is the patient’s will.

4.2.1 Therapeutic goal and indication

The indication represents a scientifically based assessment of the efficacy and proportionality of a treatment measure with regard to a defined therapeutic goal. The potential benefits and risks as well as the burden of a treatment measure and its alternatives are carefully weighed against each other. In addition to the scientific basis, another key component when defining an indication is the experience of the treating physician and the holistic view of a situation.

With respect to an indication, the following general principles apply: Indicated treatments should be recommended to the patient. If the patient refuses them, they should be abandoned. Treatments which are not (or no longer) indicated should not be initiated, or should be reduced or terminated, even if the patient wishes them to be continued. Treatments where the indication is questionable should be reviewed, especially in context with the patient’s will. These

principles of indication also apply in the case of life-sustaining measures. If a life-sustaining measure is not indicated in the first place, it is justified not to initiate it. If in the course of treatment it becomes evident that a life-sustaining measure is no longer indicated, it is justified to reduce or terminate it. This results in the ethical equivalence of the primary non-initiation and the secondary discontinuation of life-sustaining measures.

4.2.2 Patient's will

The patient's will is necessary for planning a therapeutic goal and defining an indication based on that goal; only the patient's will can determine which therapeutic goals are desirable and what risks and burdens shall be accepted in order to achieve these goals. However, there is no right to not medically justifiable measures.

4.2.3 Causes for disproportionate treatment

It is a clear and undisputed principle that treatments which are not (or no longer) indicated or treatments which the patient refuses must not be performed. For a variety of reasons, however, there are still cases where disproportionate treatment is initiated. This results in diagnostic, therapeutic or care-related interventions whose benefit for the individual patient is highly questionable and which may expose the patient to a stressful situation that becomes problematic. The causes for such disproportionate treatment are complex and include the following aspects:

- Therapeutic ambition
- (Justified and unjustified) fear of legal consequences
- Service invoicing logistics at the hospital
- Lack of communication within the healthcare team
- Lack of communication between healthcare team and patient
- Relatives request therapy
- Patient requests therapy

Disproportionate treatment is incompatible with two ethical principles, the principle of non-maleficence and the principle of justice.

4.2.4 Change of therapeutic goal and limitation of therapy

Any treatment must pursue a clearly defined therapeutic goal. Only on the basis of such a therapeutic goal can the indication for a treatment be assessed. Therapeutic goals are basically defined on a continuum ranging from curative to purely palliative. Therapeutic goals may be changed or adapted various times throughout the course of treatment, always seeking to reconcile what is medically feasible with what the patient wishes for or wishes to avoid.

When at the end of life a "change of therapeutic goal" is suggested, reference is usually made to an intentional and possibly graded withdrawal from curative treatment in favour of a primarily or exclusively palliative care. Such a change of therapeutic goal may be interpreted as the beginning of a patient's end of life. The more successful we are in working out together with the patients their wishes and expectations regarding the end of their lives and the process of dying, the more accurately we can tailor assistance and care to their needs.

A change of therapeutic goal towards "allowing death" (however, without determining if, when, and how a person dies) is often made in the course of a limitation of therapy. This means that ongoing treatment continues on the same level, but it is agreed that in case the patient's condition deteriorates, treatment shall not be increased and no more interventions shall be added which would be incompatible with the therapeutic goal. By many of those concerned,

such a “non-escalation” approach is more readily accepted than a complete withdrawal of existing life-sustaining treatment measures.

When a therapeutic goal is changed towards “allowing death” and also when this change is effected by a limitation or withdrawal of therapy, this only affects curative treatment. Palliative measures need to be continued, to the extent that they are accepted by the patient. In this context, it would be misleading to use the generalizing term “discontinuation of therapy”, as the entire therapy is never discontinued.

5 Palliative care in end-of-life situations

5.1 Nature and objectives of palliative care

The World Health Organisation (WHO) defines palliative care as an approach that improves the quality of life of patients (and their families) who are facing complex problems associated with advanced and incurable life-threatening illnesses. It encompasses palliative medical treatment and holistic care for the prevention and relief of suffering by early diagnosis, careful assessment and management of pain as well as other complaints of a physical, psycho-social and spiritual nature.

Palliative care follows a multi-professional and interdisciplinary approach. It comprises the patient, the family and their environment in a variety of life contexts (at home, in the nursing home, at the emergency hospital). Palliative care should not only be provided in an immediate end-of-life situation. Any intervention by a doctor or nursing staff should also involve palliative measures.

Palliative care is a life-affirming approach that views dying as a normal process that, while it should not be accelerated, ought not to be impeded or prolonged either. The aim is to foster and sustain an optimal quality of life until death.

5.2 Significance of hospice movement and palliative care

5.2.1 Places of palliative care

In 2003, the members of the Council of Europe agreed to establish a legal and organisational framework to facilitate timely and unbureaucratic access to palliative care for all persons in need of such care - in an environment that caters to the individual needs and desires of persons affected.

A continuum of palliative care options is needed, ranging from primary care to specialised healthcare structures that are exclusively dedicated to palliative care. Palliative care can be offered in the form of a palliative care approach provided in the structures of all medical specialties, or in the form of a service provided in specialised structures.

The majority of palliative care services is provided in the form of non-specialised care. Those persons and/or facilities providing it must have direct and easy access to specialist medical consultation and support from specialists.

5.2.2 Graded hospice and palliative care in Austria

In 2004, the Austrian Federal Institute for Health Care (ÖBIG) developed a graded hospice and palliative care scheme on behalf of the Federal Ministry of Health, which was updated in 2014. Based on a basic palliative care programme in existing healthcare and social care facilities, palliative care shall be “graded” into specialised medical care services, depending on individual patient needs.

The range of hospice and palliative care services should be targeted at all persons who need them, regardless of whether or not they are cared for in a specialised institution which receives priority attention from Austrian media and politics. This poses a certain problem with distributional justice, which in particular affects people who do not die from oncological or

certain neuromuscular diseases, such as most people of old age who either die in hospital and nursing homes or at home. People of old age, who are naturally much closer to an end-of-life situation than all other population groups, are placed at an additional disadvantage by the lack of institutions specialising in geriatrics (which are underdimensioned in proportion to the demographic development).

The publication of the concept of “graded hospice and palliative care” for adults, which was updated in November 2014, reflects the level of implementation of the individual healthcare services in Austria. It reveals huge regional differences. The greatest lack is found in the area of in-patient hospice services in long-term care.

The practical implementation of a specialised hospice and palliative care programme for children, adolescents and young adults is still in its infancy in Austria.

5.2.3 Qualification in palliative care and hospice work

The members of the interdisciplinary and multi-professional specialised healthcare team are offered a range of graded multi-professional training and specialisation seminars, ranging from compulsory basic seminars to master courses for palliative care.

5.3 Artificial nutrition and hydration in end-of-life situations

Artificial nutrition and hydration are defined by the route of administration, and are only possible through medical interventions such as the insertion of an intravenous line, a nasal feeding tube, or subcutaneous hydration. Such a medical intervention may only be performed on the basis of a physician-approved indication and with the informed consent of the patient or the patient’s authorised representative (taking account of the patient’s presumed will). In the terminal phase of life, and when the dying process has already begun, artificial nutrition and hydration are of no benefit to the affected patient and may even enhance distressing symptoms (shortness of breath and pain). Based on research results, artificial nutrition and hydration are usually not indicated in an end-of-life situation, including in palliative care, because these measures do not prolong life nor mitigate symptoms. This has to be distinguished from feeding and hydrating patients who are still able to eat and drink and also want this, as well as palliative symptomatic treatment in case of a dry mouth (keeping the oral mucosa moist).

Feeding patients capable of giving their consent/of making a proper judgement against their will (“force-feeding”) is not permissible.

6 Unclear or controversial issues

6.1 Palliative sedation

Sedation is performed in order to “blur” the patient’s consciousness step by step (ranging from “twilight sleep” to deep narcosis). Such an intervention may be indicated on top of pain-killing measures if the patient is burdened or compromised by incurable symptoms (e.g. shortness of breath).

Sedation that mitigates the symptoms is an established procedure in palliative care, for which there are international standards. The intensity and duration of such palliative sedation depends on the level of suffering the specific patient is undergoing. But the patient’s consent, after being duly informed, is still needed for such an intervention just like for any other medical treatment. In many cases, a temporary, shallow sedation may help to effectively mitigate the burdensome symptoms, thus providing the patient with some sort of relief.

In some cases, however, when the symptoms and the suffering are severe, it may be necessary to consider a persistent, deep sedation. At times, it may be necessary to put the patient into a persistent deep sleep, which is of course closely monitored like any other form of sedation, until their death. This form of sedation raises the question as to any ethically relevant differences between persistent, deep sedation and the termination of life (on request). In response to this question, the following arguments may be provided:

- The aim of sedation is to provide adjuvant treatment to mitigate the symptoms. In contrast to the termination of life (on request), sedation has not reached its goal when the patient is dead, but when the patient’s burdensome symptoms have been effectively mitigated. This is achieved by a closely monitored step-by-step administration of sedatives (in contrast to a medication that leads to death as quickly as possible).
- The shortening of the remaining lifespan is therefore not the goal, but at best accepted as an unavoidable side-effect of sedation. In real-life situations it has been shown, however, that sedation - when professionally administered - does not shorten but rather tends to prolong the remaining lifespan (in comparison to non-sedated patients) as sedated patients are exposed to less physical and mental stress.

Even though there may be sound arguments for a distinction between palliative sedation and termination of life (on request), orientation and adherence to technical standards is required to make this distinction practically plausible.

6.2 Assisted suicide

The WHO defines “suicide” as the act of deliberately killing oneself. Ethical debates on suicide are mainly centred on two life contexts. On one hand, there are situations where persons who do not suffer from a life-threatening disease commit suicide, for instance because they are desperate due to financial problems or due to a break-up with a partner. These “mid-life suicides” are viewed mostly as the result of tragic events and as best to be tackled and avoided by suicide prevention programmes. In other situations, persons commit suicide in the face of a serious illness, where they are directly confronted with the end of their lives. Ethical debates on assisted suicide focus on this life context. There is social consensus that suicide prevention programmes must also be available in these situations to help those affected realise that there

is an alternative to killing themselves. In this context, palliative care is regarded as an option of suicide prevention which must generally have priority over assisted suicide. Ethical disagreement occurs where persons do not change their intention of committing suicide despite being offered palliative care and demand assistance in killing themselves.

We speak of “assisting suicide” when a third party actively assists a person to kill him or herself. There can be different forms of assistance. Assisting suicide may consist in encouraging a person to kill herself and the person then commits suicide without further engagement of a third person. Alternatively, assisting suicide also comprises different forms of active involvement (e.g. procuring and preparing a lethal substance or supporting the person who intends to commit suicide on their journey to a country where suicide assistance is not regarded as a criminal offence). Suicide assistance therefore comprises all actions and interventions that encourage the person willing to commit suicide in their undertaking or support such an undertaking in any other way.

Assisting suicide is explicitly prohibited in most EU states, including Austria. While in some countries (e.g. Switzerland, Luxembourg, the Netherlands) assisting suicide is not punishable by law under certain conditions, in other countries (in particular Germany) it is not regulated by legal norms and therefore unconditionally exempted from legal punishment.

Modern debate on legal ethics regarding assisted suicide dates back to the 1960s and encompasses the following fundamental and ethically relevant questions:

- How should suicide as such be assessed from an ethical and legal perspective?
- How should suicide and assisting suicide be assessed from an ethical and legal perspective in light of the self-determination of the person willing to commit suicide and the person providing assistance?
- Where to draw the line between assisted suicide and euthanasia?

There is basic disagreement in the Austrian society with regard to all these questions. On one hand, suicide is to a certain extent morally associated with an unjust behaviour. This also finds expression in criminal law, where an (unsuccessful) suicide attempt is not punishable by law, whereas assisting in the ‘suicide’ is. This moral judgement is, and has been, based on religious and secular-philosophical arguments. In a pluralistic society, however, such arguments are not self-evident. This is why, on the other hand, it is (internationally) debated what implications the legalisation of assisted suicide may have: on the frequency of its use in practice, on vulnerable groups of persons (e.g. persons with depression, persons suffering social hardships etc.), on alternative methods (especially palliative care), and on the patient’s relatives and treating physicians. Only if and to the extent that a legal regulation regarding assisted suicide satisfies these criteria, on which there is broad consensus, one can speak of an ethically justified procedure which corresponds to a public use of reason.

On the basis of these fundamental ethical questions, questions arise as to possible responses at the level of the legislative and executive authorities. At international level, a variety of different models are available: extensive prohibitions under criminal law (e.g. Austria); non-regulation under criminal law (e.g. Germany); exemption from punishment in the absence of unworthy motives (e.g. Switzerland) or several preconditions and due diligence criteria (e.g. the Netherlands); non-prosecution when certain criteria are met (e.g. England). In any case, one can only speak of a well-founded solution at the level of legal ethics if the aforementioned fundamental ethical questions are adequately discussed and answered, since they are prerequisite to a responsible legal decision.

6.3 Euthanasia

“Euthanasia” is an act where one person kills another person at the latter’s request. In contrast to assisted suicide, the person who dies does not commit the act of killing him or herself, so that - by definition - it is an act of homicide. The person who asks to be killed must voluntarily, seriously and explicitly formulate their request to qualify such an act as “euthanasia” under Austrian law.

7 Recommendations of the Bioethics Commission

7.1 Palliative care and hospice services

The Bioethics Commission identifies an urgent need to strengthen palliative and hospice services in the following respects:

7.1.1 Right to palliative and hospice care

- The right to palliative care and hospice services needs to be established on a national basis.

7.1.2 Resources and infrastructure

- Palliative care and hospice services need to be expanded on a nationwide basis in accordance with the existing concepts and structural plans to enforce the aforementioned right. Access to palliative care in an end-of-life situation must not depend on the affected person's domicile or financial possibilities.
- Responsibilities and competencies for the establishment and sustainable financing of hospice and palliative structures need to be clarified in all settings. Moreover, a uniform regular funding scheme for all graded, multi-professional, mobile and stationary hospice and palliative care services for adults, children and adolescents shall be established and secured.

7.1.3 Education and research

- Academic and extra-mural training and research programmes for palliative care should be prioritised and receive sufficient funding. This prioritisation should find expression at least in the performance agreements between the Ministry of Science and the universities, in the accreditation programmes of training hospitals and in the funding of research promotion facilities.
- Basic knowledge and skills in palliative care should become an integral part of all education and training programmes for medical doctors, nursing staff and therapists. In pursuit of international role models, a post-graduate programme in palliative medicine should be established for these different education and training levels, thus strengthening the role of this discipline in the canon of medical education and leading to a significant improvement of healthcare.

7.2 Planning for end-of-life care decisions (living will, power of attorney, guardianship, etc.)

Advance planning of (medical) end-of-life decisions shall be promoted through the following initiatives:

- reducing the formal and financial hurdles to the establishment of (legally binding) living wills and powers of attorney on health-care questions;
- defining and checking quality standards and qualifications to assure proper information of healthcare and legal professionals with a view to the establishment of a (legally binding) living will;
- raising public awareness through a national programme based on international role models in advance care planning;

7.3 Prevention of disproportionate medical interventions

Medical interventions which provide no benefit for the patient or which are more burdensome than potentially beneficial to the patient, and which may lead to a prolongation of the dying process in end-of-life situations, are ethically and medically unjustified because they come at a disproportionate burden. The legal conditions for complex end-of-life decisions should take due account of this fact to allow for carefully weighed decisions without fear of criminal prosecution. The two following aspects are of crucial importance:

The outdated and imprecise terms “active and passive euthanasia” need to be revised in accordance with the “Recommendations for the terminology of medical decisions in end-of-life situations” released by the Bioethics Commission. This shall be taken into particular account in the education and training programmes for the legal and medical professions.

To establish trust and sufficient legal certainty in cases of limitation or discontinuation of medical measures which are no longer justified, such situations shall be exempted from legal punishment (§§ 75 ff. StGB) under the following conditions:

- The therapeutic decision must be based on a decision-making process that is comprehensible, substantiated and corresponds to the individual situation.
- The decision-making process needs to conform to ethical standards and guidelines as they are developed and published by professional associations (e.g. Federation of Austrian Societies of Intensive Care Medicine), academic ethical institutions (e.g. Hastings Centre) and supranational institutions (e.g. Council of Europe) at the national and international level.

Well documented adherence to the decision-making process should not be punishable by law unless there is evidence that the decision-making process is grossly misused. Compliance with clear guidelines should lead to the presumption of trust, which is basically contradictory to criminal prosecution (also compare “legitimation by procedure”). This indirectly improves legal certainty for the treating physician and helps to avoid overtreatment for fear of being criminally prosecuted.

7.4 Assisted suicide

The broadness of the Austrian regulation on assisted suicide (§ 78 StGB), which puts the encouragement to commit suicide and suicide assistance through action and omission on the same level of prosecution, also penalises relatives, friends and treating physicians who offer assistance to the person willing to commit suicide out of loyalty; this may lead to a substantial conflict of conscience. It is therefore recommended to amend § 78 of the Austrian Penal Code (StGB) in such a way as to maintain the social norm of suicide prevention, protect vulnerable persons from heteronomy and admit individual assistance in exceptional cases. The principle of suicide prevention also needs to be defended for seriously ill people. Especially from that point of view, palliative medicine takes on a crucial role.

Criteria for the reform of § 78 StGB should include a differentiated treatment of the encouragement to commit suicide and suicide assistance. Encouragement to commit suicide should

remain punishable by law to assure that vulnerable persons cannot be put under pressure. It is deemed appropriate, though, to exempt relatives and closely related persons from punishment if they assist a person to commit suicide who is suffering from an incurable and terminal disease with limited life expectancy, to the extent that the motives for such assistance are also comprehensible to a law-abiding person (compare § 10 StGB).

Moreover, suicide assistance by treating physicians should also be exempted from punishment in certain cases so as to allow the patient to openly discuss the situation with the doctor without fear of compulsory hospitalisation for being at risk of self-endangerment. This non-punishable form of suicide assistance should in all cases be restricted to persons of full legal age and persons able to give consent, always subject to their serious request. To assure this condition, it is necessary to provide adequate information and allow for a sufficient reflection period between the receipt of information and decision-making. Also in this case, the exemption of assisted suicide from punishment should be restricted to patients suffering from an incurable and terminal disease with limited life expectancy. Since the conscience of a treating physician needs to be respected, physicians must not be compelled to assist in self-killing. On the other hand, the physician must not be placed at a disadvantage for any type of assistance provided.

Vote supported by:

- Dr. Christiane Druml
- Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger
- Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits
- Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer
- Assoc. Prof. Dr. Diana Bonderman
- Dr. Andrea Bronner
- Univ.-Prof. Dr. Christian Egarter
- OA Dr. Thomas Frühwald
- Dr. Ludwig Kaspar
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Meinhard Kneussl
- Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller, MPH
- Univ.-Prof. Dr. Arnold Pollak
- Prof. Dr. Barbara Prainsack, FRSA
- Dr. Anna Sporrer
- Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, MBA
- Univ.-Prof. Dr. Ina Wagner

7.5 Dissenting opinion on assisted suicide

In the discussion about the ethical assessment of assisted suicide, there is broad initial consensus on two principles: suicide prevention must also be the social norm for seriously ill people, and vulnerable persons (e.g. chronically ill, socially disadvantaged, singles) must be protected against heteronomy. Palliative care can contribute to the realisation of both principles and must therefore be promoted.

Yet there may be situations where a person asks for assisted suicide. The serious and urgent request of a person seeking suicide assistance in the face of a terminal illness without hope of recovery—as also the act possibly resulting therefrom—cannot be accurately assessed from an ethical viewpoint by a third person. Relatives or treating physicians of a person willing to commit

suicide may be under a serious conflict of conscience when confronted with such a request, not least because they are unaware of the applicable law or erroneously assume that it constitutes a punishable offence. Such moral distress must be taken into consideration when making an ethical or legal judgement in the case of relative-assisted or physician-assisted suicide.

To be able to answer the question to what extent current Austrian law takes such moral distress into account in cases of request for assisted suicide, it is not enough to refer to § 78 StGB alone. Whether an unlawful conduct exists, whether it is culpable, and to what extent non-intervention violates a guarantor's obligation—these aspects already need to be assessed under current law on the basis of the criteria established in the General Part of the Penal Code (StGB) when someone is charged with assisted suicide. They provide the possibility to take due account of moral distress arising in a specific situation and adequately deal with the specific case of suicide assistance by relatives or treating physicians under certain circumstances.

An amendment to § 78 StGB through derogations, for the purpose of exempting assisted suicide from punishment under certain circumstances, would lead to several serious problems. The terms of the derogations are, as a matter of course, somewhat imprecise (e.g. “limited life expectancy”). For an ex-ante evaluation to identify whether derogations exist, a medical certificate would be needed even in the case of assisting suicide by relatives. Any case of assisted suicide would still be accessible for an ex-post evaluation by the law enforcement authorities, who in case of a charge would have to assess whether in this specific case the formal requirements for derogation and the due diligence criteria are fulfilled.

An amendment to § 78 StGB which simply adds certain derogations without looking at the resulting problems would not take account of the ethical core purpose, which is to relieve relatives and treating physicians from any existing moral distress. They would still be involved in legal proceedings if the existence of derogations were to be thoroughly assessed. The exemption of assisted suicide from punishment at the legal (i.e. general-abstract) level, however, signals that assisting suicide is a normal case of end-of-life care. The social implications of such a signal have not been sufficiently analysed to date (also see open questions in Section 6.3 of this Opinion).

It is therefore recommended not to amend § 78 StGB.

To provide a more differentiated, more context-sensitive and less problematic legal instrument for dealing with the problem of moral distress, the Ministry of Justice could develop mandatory guidelines for the law enforcement authorities in which a well-founded ethical review of specific charges of assisted suicide is suggested (also compare the “Policy for Prosecutors in respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide” of the English Crown Prosecution Service, 2014, in particular item 43 ff.). This would dramatically increase legal certainty within the existing legal framework and would be more appropriate for the complex case structures than general legal provisions.

It is therefore recommended to consider the development of mandatory guidelines for law enforcement authorities in respect of suspected cases of assisted suicide.

Dissenting opinion supported by:

- Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck
- Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
- Dr. Maria Kletecka-Pulker
- Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA
- Dr. Stephanie Merckens

- Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp
- Dr. Klaus Voget
- Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

7.6 Euthanasia

Euthanasia pursuant to § 77 StGB differs from § 78 StGB in that the person's life is terminated by another person. From an ethical viewpoint, it is deemed appropriate to regulate this matter in a different way than assisted suicide. It is therefore recommended that euthanasia remains a punishable offence under current applicable law. This shall help to sufficiently protect vulnerable groups through the means available under criminal law.

7.7 Special vote on euthanasia

Since, from an ethical viewpoint, the difference between action and omission opens up a “grey zone” within which all involved players may be exposed to very serious conflicts of conscience, the criteria on which the reform of assisted suicide (§ 78 StGB) is based should also apply to euthanasia (§ 77 StGB). It is therefore deemed appropriate to exempt relatives and closely related persons from punishment if they terminate the life of a person who is suffering from an incurable and terminal disease with limited life expectancy on request.

Additionally, euthanasia by physicians should, in certain cases, also be exempted from punishment. The exemption of euthanasia from punishment should be restricted to persons of full legal age and persons able to give consent, subject to their serious request. To assure this condition, it is necessary to provide adequate information and allow for a sufficient reflection period between the receipt of information and decision-making. The exemption of the termination of life on request from punishment should moreover be restricted to patients suffering from an incurable and terminal disease with limited life expectancy, or from an incurable illness which is deemed unbearable at the person's own discretion. Since the conscience of a treating physician needs to be respected, physicians must not be compelled to practice euthanasia. On the other hand, the physician must not be placed at any disadvantage for practicing euthanasia.

Special vote supported by:

- Univ.-Prof. Dr.h.c. Dr. Peter Kampits

7.8 Special vote on individual aspects of the Opinion and on the prevention of disproportionate medical interventions

The general explanations provided in the Opinion are for the most part supported and welcomed. But since on a few yet crucial items no consensual formulation could be reached, these items shall be listed in a special vote as follows:

In the ongoing debate regarding end-of-life issues, it is essential to make a distinction and consider that in most cases where a person expresses the wish for an end of life it is not the same as the real intention to terminate one's life. There is no denying that in some situations persons voluntarily and self-determinedly intend to commit suicide (and also put this intent into practice). In the great majority of cases, however, persons who wish to end their lives only want to express and communicate their suffering and improve their living conditions.

A distinction between “mid-life suicides”, which are regarded as accidents, and suicides in connection with life-threatening illness cannot be approved. It needs to be noted that any suicide—with or without an underlying serious illness—is a tragic final line which makes it clear that it has not been possible—for whoever—to help the affected person to develop an alternative perspective on life. Regardless of the situation, it should therefore always be a social responsibility to prevent suicide. A subliminal distinction between “mid-life accidents” and “comprehensible end-of-life cases” is misleading. Likewise, the argument that suicide prevention has priority over assisted suicide must be rejected on the grounds that these two terms are not viewed in relation to each other; credible suicide prevention excludes the option of assisted suicide.

In principle, the intention of recommendation 7.3 to avoid disproportionate medical interventions is supported. The clarification of the terms “end-of-life care”, “end-of-life treatment” and “allowing death” is also welcomed, although it is noted that these terms overlap, but are not exactly identical with the previous terms of “passive and active euthanasia”. While “end-of-life care”, “end-of-life treatment” and “allowing death” are terms which describe processes that have no relevance under criminal law—and in this context also need to become more widely known—the terms “passive and active euthanasia” also encompass actions and omissions which may well fall under the current prohibition of “euthanasia” and “assisted suicide” and are therefore of an unlawful nature.

It is also doubted that the recommendation under item 7.3.2 has a chance of success as it is generally assumed that the law enforcement authorities, in their assessment whether a medical indication for continuing medical treatment exists, always refer to ethical standards and guidelines as they are developed and published by professional associations at national and international level. In this respect, a certain degree of legitimation is already provided by procedures or adherence to decision-making processes, which can be further substantiated through guidelines jointly published by the relevant professional associations. A particular presumption of trust or exemption from punishment is therefore not deemed necessary.

Special vote supported by:

- Univ.-Prof. Dr. Lukas Kenner
- Univ.-Prof. Dr. Johannes Gobertus Meran, MA
- Dr. Stephanie Merckens
- Dr. Klaus Voget

8 Selected literature

Berlinger N, Jennings B, Wolf SM. The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. 2011. Download: <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=46713>

Bundesärztekammer [DE]. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Ärztebl. 2011 Feb 18;108(7):A-346-348.

Council of Europe, Committee on Bioethics. Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations. Strasbourg 2014. Download: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20E.pdf

Ellershaw J, Wilkinson S, editors. Care of the dying: A pathway to excellence. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.

In der Schmitt J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung: Neue Wege mit Advance Care Planning am Beispiel von beizeiten begleiten®. Z med Ethik. 2013;59(3):229-243.

Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr 2004;116:763-767.

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, et al. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Anaesthesist 2013;62:47-52.

Jox RJ. Sterben lassen: Über Entscheidungen am Ende des Lebens. Hamburg: Edition Körber Stiftung; 2011.

Lipp V, Brauer D. Behandlungsbegrenzung und “Futility” aus rechtlicher Sicht. Z Palliativmed. 2013;14(3):121-126.

Kompanje EJ, Piers RD, Benoit DD. Causes and consequences of disproportionate care in intensive care medicine. Curr Opin Crit Care 2013;19(6):630-635.

Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. Am J Respir Crit Care Med 2008;177(8):912-927.

Oehmichen F, PE Ballmer PE, Druml C, et al. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte der Künstlichen Ernährung. Aktuel Ernährungsmed. 2013;38:112-117.

Pasman HR, Onwuteaka-Philipsen BD, Kriegsman DM, et al. Discomfort in nursing home patients with severe dementia in whom artificial nutrition and hydration is forgone. *Arch Intern Med*. 2005 Aug 8-22;165(15):1729-35.

Swiss Academy of Medical Sciences. Intensive-care interventions. Basel 2013. Download: <http://www.samw.ch/en/Ethics/Guidelines/Currently-valid-guidelines.html>

Sterckx S, Raus K, Mortier F, editors. *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

Valentin A, et al. Recommendations on the therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med*. 2008;34(4):771-6. doi: 10.1007/s00134-007-0975-6.

Vyjayanthi SP, et al. Do Unto Others: Doctors' Personal End-of-Life Resuscitation Preferences and Their Attitudes toward Advance Directives. *PLoS One*. 2014;9(5):e98246. doi: 10.1371/journal.pone.0098246. eCollection 2014.

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

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

Bioe