

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN UND AUTONOMIE IM KRANKENHAUS

11. Jänner 2010

DIE RADIODOKTOR-INFOMAPPE

Ein Service von:

ORF

A-1040 Wien, Argentinierstraße 30a

Tel.: (01) 50101/18381

Fax: (01) 50101/18806

Homepage: <http://oe1.ORF.at>

Österreichische Apothekerkammer

A-1091 Wien, Spitalgasse 31

Tel.: (01) 404 14-600

Fax: (01) 408 84 40

Homepage: www.apotheker.or.at

Gesundheitsressort der Stadt Wien

A-1082 Wien, Rathaus

Homepage: www.wien.at

RADIODOKTOR – MEDIZIN UND GESUNDHEIT

Die Sendung

Die Sendereihe „Der Radiodoktor“ ist seit 1990 das Flaggschiff der Gesundheitsberichterstattung von Ö1. Jeden Montag von 14.20 bis 15.00 Uhr werden interessante medizinische Themen in klarer informativer Form aufgearbeitet und Ö1-Hörerinnen und -Hörer haben die Möglichkeit, telefonisch Fragen an das hochrangige Expertenteam im Studio zu stellen.

Wir über uns

Seit September 2004 moderieren Univ.-Prof. Dr. Manfred Götz, Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos, Univ.-Prof. Dr. Markus Hengstschläger und Dr. Christoph Leprich die Sendung.

Das Redaktionsteam besteht aus Walter Gerischer-Landrock, Mag. Nora Kirchschrager, Uschi Mürling-Darrer, Dr. Doris Simhofer, Dr. Ronny Tekal-Teutscher und Dr. Christoph Leprich.

Das Service

Seit dem 3. Oktober 1994 gibt es das, die Sendereihe flankierende, Hörserservice, das auf größtes Interesse gestoßen ist.

Unter der Wiener Telefonnummer 50 100 ist „Der Radiodoktor“ mit Kurzinformationen zur aktuellen Sendung die ganze Woche per Tonband abrufbar. Die zu jeder Sendung gestaltete Infomappe mit ausführlichen Hintergrundinformationen, Buchtipps und Anlaufstellen komplettiert das Service und stellt in der Fülle der behandelten Themen eigentlich bereits ein kleines Medizin-Lexikon für den Laien dar.

Die Partner

Ermöglicht wird die Radiodoktor-Serviceleistung durch unsere Partner: das Gesundheitsressort der Stadt Wien und die Österreichische Apothekerkammer. An dieser Stelle wollen wir uns ganz herzlich bei unseren Partnern für die Zusammenarbeit der letzten Jahre bedanken!

Wir bitten um Verständnis, dass wir aus Gründen der besseren Lesbarkeit in dieser Infomappe zumeist auf die weiblichen Endungen, wie z.B. PatientInnen, ÄrztInnen etc. verzichtet haben.

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN UND AUTONOMIE IM KRANKENHAUS

Mit Univ.-Prof. Dr. Karin Gutiérrez-Lobos

11. Jänner 2010, 14.03 Uhr, Ö1

Redaktion und Infomappe: Dr. Ronny Tekal-Teutscher

INHALTSVERZEICHNIS

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN UND AUTONOMIE IM KRANKENHAUS	6
Sterben – Teil des Lebens?!	6
Sterben wird „ausgelagert“	6
Patientenverfügung – Ihr Wille zählt	7
Palliativmedizin und Hospizbewegung – Begleitung bis zuletzt	7
Sterbekultur in Österreich	7
Steigende Lebenserwartung führt zu ethischen Problemen	8
Lebensverlängerung oder Sterbeverlängerung?	9
Was bedeutet Menschenwürde bis zuletzt?	9
Autonomie im Krankenhaus	9
Recht auf Autonomie	10
Patientenverfügungsgesetz Österreich	11
Zwei Arten der Patientenverfügung	11
Was geschieht im Notfall?	12
Erste Erfahrungswerte mit der Patientenverfügung	12
Umsetzung noch verbesserungswürdig	12
Problematik der Patientenverfügungen	13
Neue Zugänge erforderlich	13
Vorsorgevollmacht als Alternative?	13
Gesunde und kranke Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse	14
Aktuelle Studie über die Wünsche von Patienten mit maligner Erkrankung im Krankenhaus	14
Die Palliativmedizin	14
Wichtige Maßnahmen	15
Die Hospiz-Bewegung	15
Der Beginn in Österreich	15
Die Familienhospiz-Karenz	16
Extremfall Euthanasie	17
Die Situation in Österreich	17
Die Situation in der Schweiz	18
QUELLEN UND LINKS	19
BUCH-TIPPS	20
ANLAUFSTELLEN	21
ERREICHBARKEITEN DER STUDIOGÄSTE	23

ÜBER DEN UMGANG MIT STERBEN UND AUTONOMIE IM KRANKENHAUS

Im Schatten der Diskussionen um die Euthanasie steht das ganz normale Sterben im Krankenhaus.

Sterben – Teil des Lebens?!

Es ist nicht nur ein Kampf um Leben und Tod, sondern auch ein Kampf zwischen den Interessen der Patienten, der Ärzte und der Angehörigen. Wobei die Schwerkranken in vielen Fällen nicht das letzte Wort haben.

Die Furcht, alleine zu sterben, ausgeliefert zu sein, bringt Woody Allen auf den Punkt:

*„Ich habe keine Angst vor dem Sterben.
Ich will nur nicht dabei sein, wenn es passiert“*

Sterben ist Teil des Lebens. Selbst in Österreich, wo der Tod als gesellschaftliches Ereignis eine sehr lange traditionsreiche Kultur hat, sich die Bundeshauptstadt mit einer morbiden Vorliebe zur „schönen Leich“ brüstet, wird das Sterben tabuisiert. Im Endeffekt werden in der ethischen Diskussion die Beteiligten in den Institutionen mit ihren Entscheidungen alleine gelassen.

„Am Ende des Lebens steht der Tod und nicht der Versuch, das Sterben zu verhindern. Der atemberaubende Fortschritt der Wissenschaft in unserem Jahrhundert hat dazu geführt, dass unsere Gesellschaft hier falsche Akzente setzt. Der Sterbende muss im Drama des Todes als Hauptfigur wieder in den Mittelpunkt rücken.“ (Sherwin B. Nuland)

Sterben wird „ausgelagert“

War es früher noch durchaus üblich, im Kreis der Familie die letzten Atemzüge zu tun, so wird das Sterben vermehrt in Institutionen „ausgelagert“. Über zwei Drittel aller Menschen in Österreich verbringen die letzten Tage ihres Lebens im Krankenhaus oder Pflegeheim.

Daher werden auch Diskussionen um die Autonomie der Todkranken, die nicht zu Statisten ihres eigenen Sterbens degradiert werden sollen, immer häufiger.

Patientenverfügung – Ihr Wille zählt

Das Recht auf Leben - sollte nicht, wie Ethiker meinen - zu einer Pflicht zum Leben werden. Rechtlich gibt es in Österreich seit dem Jahr 2006 mit dem Patientenverfügungsgesetz die Möglichkeit, seine Vorstellung über die letzte Zeit nicht nur kundzutun, sondern diese auch rechtlich bindend umgesetzt zu wissen.

Dabei kann entweder eine verbindliche Patientenverfügung, über Rechtsanwalt, Notar oder Patientenanwaltschaft oder eine beachtliche Verfügung erstellt werden. Diese müssen von den behandelnden Ärzten akzeptiert werden. Der Wille des Patienten ist unter allen Umständen zu respektieren.

Es gibt allerdings noch keine standardisierten Übergabe-Prozeduren, sodass noch nicht sicher festgestellt werden kann, ob für einen nicht mehr ansprechbaren Menschen eine derartige Verfügung vorliegt. Hier soll in Zukunft ein zentrales Register geschaffen werden.

Eine weitere rechtliche Möglichkeit besteht darin, in einer Vorsorgevollmacht eine Person des Vertrauens mit Entscheidungen für den Fall des Falles zu beauftragen.

Je schlechter eine Gesellschaft mit dieser Thematik umzugehen versteht, desto heftiger werden auch die Rufe nach einer liberaleren Gesetzgebung hinsichtlich der Euthanasie. Die aktive Sterbehilfe ist in Österreich verboten.

Palliativmedizin und Hospizbewegung – Begleitung bis zuletzt

Die Palliativmedizin sieht sich als Absage an die aktive Sterbehilfe. Dieser Zweig der Medizin hat sich der Betreuung unheilbar kranker Menschen verschrieben, um diesen einen würdevollen Abschied zu ermöglichen.

Auch die Hospizbewegung hat in Österreich einen fixen Platz in der Versorgungsstruktur eingenommen. Zudem besteht immer öfter die Möglichkeit für Angehörige, ihre Verwandten – ob zu Hause oder in Institutionen – durch diese Lebensphase zu begleiten. Mit der Familienhospiz-Karenz hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen dafür geschaffen.

All diese Maßnahmen dienen dazu, dass Sterbende mit ihren Bedürfnissen wieder in den Mittelpunkt rücken.

STERBEKULTUR IN ÖSTERREICH

Im Jahr 2001 gab es in Österreich insgesamt 74.767 Todesfälle. Dabei starben 55,3 Prozent der Menschen im Spital, 11,6 Prozent in Alten- und Pflegeheimen, 27 Prozent an der Wohnadresse, 0,3 Prozent beim Transport zu einer Klinik.

Zum Vergleich verstarben in der Großstadt Wien von 16.943 Menschen 70,5 Prozent im Spital, 8,7 Prozent in Heimen, 14,9 Prozent an der Wohnadresse, 0,4 Prozent beim Transport und 5,8 Prozent unter sonstigen Umständen.

Generell kann man daher sagen, dass in Wien nur halb so viele Menschen wie in den überwiegend ländlichen Bundesländern in den eigenen vier Wänden sterben. Auch die Zahl derer, die im Heim versterben, ist signifikant niedriger als in den Bundesländern. Sterben in der Stadt bedeutet in den meisten Fällen Sterben im Krankenhaus.

Obwohl acht von zehn Menschen in den Großstädten in Institutionen sterben, sind die Spitäler teilweise eher mangelhaft darauf vorbereitet, auch wenn mittlerweile Angehörige immer öfter eingebunden werden. Nur zu einem geringen Prozentsatz geschieht die Sterbebegleitung in Hospizen.

Wirklich zu Hause sterben nur wenige Menschen. Dies hat sicherlich mit der gesellschaftlichen Entwicklung zu tun. Wir haben keine Großfamilien mehr, sondern Kleinfamilien, die einem wachsenden ökonomischen Druck ausgesetzt sind. Die Betreuung eines Sterbenden ist dadurch immer schwieriger geworden.

STEIGENDE LEBENSERWARTUNG FÜHRT ZU ETHISCHEN PROBLEMEN

Die steigende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt führen zu neuen Erscheinungsformen des Sterbens, die auch ethisch neue Probleme aufwerfen. Die Zahl der hochbetagten Menschen nimmt beständig zu.

Dem Tod geht oftmals eine längere Phase intensiver Pflegebedürftigkeit voraus. Mit der höheren Lebensdauer steigt die Zahl der Menschen, die an einer progredienten Demenzerkrankung mit starker Persönlichkeitsveränderung leiden.

Die Phase des Sterbens zieht sich im Vergleich zu früheren Epochen also immer mehr in die Länge.

Außerdem schiebt sich zwischen die Lebensphasen von weitgehender körperlicher und geistiger Gesundheit und die Sterbephase eine eigene Lebensphase, welche grundlegende Fragen nach unserer Identität im Leben und im Sterben aufwirft.

Lebensverlängerung oder Sterbeverlängerung?

Die Grenze zwischen Lebensverlängerung und Sterbeverlängerung ist nicht klar definiert. Dies gilt vor allem für die Intensivmedizin. Ein Sterbender ist ein Patient, bei dem lebensverlängernde Maßnahmen keinen Sinn mehr haben und unterbleiben sollen, weil sie bei nach Stand des Wissens aussichtsloser Grunderkrankung für den Patienten keine Hilfe mehr bedeuten, sondern nur noch das Leiden verlängern und den unvermeidlichen Eintritt des Todes verhindern wollen. „Sterben“ ist so betrachtet also die Phase zwischen Abbruch der Behandlung aufgrund negativer Prognose und dem Eintritt des Todes. In dieser Phase sollten nur mehr palliative, also das Leiden lindernde Komfort-Maßnahmen gesetzt werden.

Was bedeutet Menschenwürde bis zuletzt?

In kaum einem anderen Bereich der Medizinethik prallen die verschiedenen Wertevorstellungen so hart aufeinander wie in der Debatte um ein menschenwürdiges Lebensende, um das Sterben und den Tod. Was letztendlich „richtig“ oder „falsch“ ist - da kann auch die Ethik keine Rezepte liefern, wie auch der Philosoph und Ethiker Univ.-Prof. Dr. Peter Kampits betont. Doch ein Vorgehen anhand der Lebensgeschichte des Patienten, seiner bekannten Lebenseinstellung - „ist er tiefgläubig, oder will er über das Ende seines Lebens selbst verfügen“ - sei ratsam. „Doch letztendlich wird jede Entscheidung am Ende fragwürdig sein.“

Der Begriff Würde taucht in der Geriatrie aber schon viel früher auf und nicht erst dann, wenn sich das Ende abzeichnet. Gerade angesichts dementer Patienten stellt er speziell Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen vor große Herausforderungen: „Ein Respektieren der Würde und Autonomie ist nicht leicht durchzuhalten, wenn Patienten sich nicht waschen lassen, die Einnahme von Medikamenten verweigern oder durch Herumirren und Entwenden von Gegenständen andere Bewohner belästigen“, meint Kampits. Als Leitlinie, wann eingegriffen werden darf, ohne die Würde des Einzelnen zu verletzen, gibt Kampits den Rat, dass der Mensch niemals zum Objekt werden dürfe.

Autonomie im Krankenhaus

Es ist gesetzlich geregelt, dass es nicht nur eine Würde im Leben gibt, sondern auch im Sterben. Sie schützt den Menschen davor, zum Objekt der Menschenwürde-Definitionen anderer zu werden.

Dazu der Philosoph und Ethiker Univ.-Prof. Dr. Peter Kampits: *„Da stehen die Pflegepersonen und die Ärztinnen täglich vor neuen Herausforderungen. Wie kann man der Definition bei z.B. demenzkranken Patienten, Patienten mit Alzheimer oder mit bestimmten psychischen Krankheiten treu bleiben? Wie soll man mit Menschen umgehen, die auf ihre Autonomie beharren und sich nicht waschen bzw. waschen lassen*

wollen? Um im Sinne Kants zu bleiben: Die eigene Autonomie findet ihre Grenze an der Autonomie des anderen.“

Zur Selbstbestimmung der Person gehört die Gewissheit, dass diese ihr auch in hilfloser Lage nicht genommen wird - nicht von Ärzten, nicht von Geistlichen, nicht von Angehörigen.

„Boshaft formuliert meine ich, dass weder der Staat noch sonst eine Institution an meinem Sterbebett etwas zu suchen hat. Ich würde eine gesetzliche Regelung befürworten, die die Entscheidungsfähigkeit dem Einzelnen überlässt. Es gibt sicher ein Recht auf Leben, aber dieses Recht auf Leben kann doch nicht - unter allen Umständen - zu einer Pflicht auf Leben gemacht werden. Man muss den Menschen Freiheitsrechte einräumen und diese respektieren.“ (Kampits)

Dass die Autonomie von Patienten im Krankenhaus jedoch nur bedingt mit der Unabhängigkeit gesunder Menschen vergleichbar ist, zeigt Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner vom Wiener Institut für Ethik und Recht in der Medizin in einer Stellungnahme: *„Es ist aus ethischer Sicht höchst problematisch, die Würde des Menschen an ein nacktes Autonomieprinzip zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt, sodass umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere Menschen als narzisstische Kränkung angesehen wird.“*

Neben einer ethisch motivierten Vorgehensweise des Krankenhauspersonals ist man auch an gesetzliche Bestimmungen gebunden, die die Autonomie eines jeden Patienten schützen.

Recht auf Autonomie

Rechtlich gibt es dazu zwei relevante Paragraphen aus dem Österreichischen StGB:

1) Einwilligung des Verletzten (sprich Kranken)

§ 90. (1) Eine Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit ist nicht rechtswidrig, wenn der Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt und die Verletzung oder Gefährdung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt.

und

2) Eigenmächtige Heilbehandlung

§ 110. (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft behandelt, ist mit einer Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit einer Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

Diese Bestimmungen haben naturgemäß nicht nur für den Bereich der Palliativmedizin und die medizinische Betreuung am Lebensende ihre Gültigkeit, sondern sichern die generelle Selbstbestimmung jedes Patienten ab.

PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ ÖSTERREICH

Der Nationalrat hat am 29. März 2006 ein neues Gesetz über Patientenverfügungen beschlossen. Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein verbrieftes Patientenrecht. Daher kann jeder Mensch zu einer medizinischen Behandlung einwilligen oder sie ablehnen. Um den Willen eines Menschen aber auch dann berücksichtigen zu können, wenn er sich in der Sterbephase befindet oder sich nicht mehr äußern kann, besteht die Möglichkeit einer schriftlichen Patientenverfügung. Diese dient als klare Willensäußerung und muss vom Arzt beachtet werden. Die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen/ Mitwirkung am Selbstmord) bleibt auch weiterhin verboten.

Eine Patientenverfügung beschreibt damit eine klare Willensäußerung, mit der Patienten bestimmte Behandlungen ablehnen, für den Fall, dass sie zu diesem Zeitpunkt nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind oder sich nicht mehr äußern können. Sie darf nur persönlich und nicht von einem Stellvertreter, auch nicht von einem Sachwalter, errichtet werden und kann jederzeit formlos widerrufen werden.

Zwei Arten der Patientenverfügung

Das Gesetz unterscheidet zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen.

Voraussetzung für verbindliche Patientenverfügung ist, dass die abgelehnten Maßnahmen ganz konkret beschrieben werden. Sie muss schriftlich, unter Angabe des Datums, vor einem Anwalt, einem Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung erstellt werden. Die verbindliche Patientenverfügung gilt jeweils für fünf Jahre und muss dann nach den gleichen strengen Kriterien wieder bestätigt werden. Die beachtliche Patientenverfügung ist die „light“-Variante und hat keine spezielle Form. Sie soll bei ihrer Errichtung mit einem Arzt besprochen werden, um klar zu beschreiben, aufgrund welcher Argumente eine bestimmte medizinische Maßnahme abgelehnt wird. Auch sie muss in die Entscheidungsfindung der Ärzte einfließen.

Was geschieht im Notfall?

Das Patientenverfügungsgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit von Patient/innen ernstlich gefährdet.

In den Erläuterungen zum neuen Patientenverfügungsgesetz wird auch ausdrücklich festgehalten, dass die Einleitung und Verabreichung künstlicher Ernährung medizinische Handlungen sind und daher abgelehnt werden können.

Übrigens, in Deutschland gibt es erst seit September 2009 ein derartiges Gesetz: Auch dort müssen künftig Menschen eine Patientenverfügung schriftlich aufsetzen, damit sie wirksam wird. Ihr müssen die betreuenden Angehörigen und der Arzt folgen, unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung.

Erste Erfahrungswerte mit der Patientenverfügung

Auch drei Jahre nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes bilden Patientenverfügungen noch immer eine Ausnahme. Knapp vier Prozent der Bevölkerung haben bereits eine Verfügung errichtet. Der Anteil der verbindlichen Verfügungen beläuft sich auf etwa ein Drittel dieser Patientenverfügungen.

Die größte Gruppe derer, die eine Verfügung errichten, ist zwischen 60 und 69 Jahre alt. 58 Prozent der Befragten geben an, sich mit dem Thema Patientenverfügungen noch gar nicht befasst zu haben. Bei den unter 30-jährigen sind es sogar 71 Prozent.

Dazu Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin: *„Aus rechtlicher Sicht kann man dennoch sagen, dass sich das Patientenverfügungsgesetz bewährt. Der in den Medien mitunter gezogene Rückschluss von der noch geringen Zahl tatsächlich errichteter Patientenverfügungen auf eine geringe Akzeptanz in der Bevölkerung ist voreilig.“*

Umsetzung noch verbesserungswürdig

Probleme gibt es aber noch immer bei der praktischen Umsetzung. Generell wird davon ausgegangen, dass der Patient eine Bringschuld hat, was das Auffinden seiner Patientenverfügung betrifft. An Schnittstellen wie denen zwischen Heim und Spital oder zwischen Stationen stellt sich die Frage, wer jeweils über die Patientenverfügung informiert.

Dafür gibt es noch keine standardisierten Übergabe-Prozeduren. Für Ärzte ist die Dokumentation des Patientenwillens in der Krankengeschichte noch nicht Routine. Ärzte klagen über Zeitmangel und Überlastung. Zwar gibt es bereits Register für

verbindliche Patientenverfügungen (z.B. bei den Patientenanwaltschaften und der Notariatskammer), diese werden aber in der Regel von den Ärzten nicht abgefragt. Eine zentrale Dokumentation fehlt bislang. Daher wird von der Patientenanwaltschaft ein zentrales und jederzeit erreichbares Register gefordert, das dann von den Medizinerinnen und Medizinern auch abgefragt werden muss.

Gefordert ist eine Gestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse, aber auch der Medizin und der Pflege in Krankenanstalten und Pflegeheimen, welche die Würde des Menschen im Leben wie im Sterben achtet.

Problematik der Patientenverfügungen

Es wird jedoch auch Kritik geäußert, dass ein selbstbestimmtes Sterben einseitig mit der Propagierung von Patientenverfügungen in Verbindung gebracht wird. Auf diese Weise wird nämlich der ohnehin fortgeschrittenen Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses Vorschub geleistet, in der man ein Symptom einer tiefgreifenden Vertrauenskrise der modernen Medizin und ihrer Institutionen sehen kann.

Das Instrument der Patientenverfügung kann daher im Einzelfall durchaus sinnvoll sein. Einseitig propagiert kann es aber bei vielen Menschen zu neuer Verunsicherung führen - als ob diejenigen, die noch keine Patientenverfügung aufgesetzt haben, sich in einem Zustand größerer Rechtsunsicherheit und Schutzlosigkeit befinden.

Neue Zugänge erforderlich

Die Frage lautet also, was Mediziner und Institutionen tun können, um eine neue Kultur des Vertrauens aufzubauen, die nicht mit Bevormundung und Paternalismus zu verwechseln ist. Vielmehr soll es ein echtes partnerschaftliches Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten sein, das hier gelebt wird.

Gerade Mediziner und Pflegende, wie überhaupt alle, die Sterbende begleiten, sind dabei auf Unterstützung und öffentliche Solidarität, aber auch auf qualifizierte medizinethische Aus- und Fortbildung angewiesen. Dazu gehören auch praktische Maßnahmen zur Beseitigung von personellen, räumlichen und strukturellen Engpässen in der Pflege, sowie eine gesellschaftliche, aber auch finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs.

Vorsorgevollmacht als Alternative?

Ein weiteres Tool ist die Vorsorgevollmacht. Damit kann man einem beliebigen Menschen die Verantwortung für etwaige gesundheitliche Belange übertragen. Diese Vertrauensperson übernimmt somit die Entscheidungen. Der große Vorteil liegt darin, dass das behandelnde Team im Krankenhaus auch einen Gesprächspartner hat und in vielen Detailfragen nicht auf Mutmaßungen angewiesen ist.

Gesunde und kranke Menschen haben unterschiedliche Bedürfnisse

Gesunde und kranke Menschen haben völlig unterschiedliche Ansichten und Vorstellungen hinsichtlich ihres Lebensabends.

Auf die Frage „Wo würde ich lieber sterben?“ antworten Gesunde: „Zu Hause, in vertrauter Umgebung“. Schwerkranke sehen hingegen die Institution Krankenhaus oder Pflegeanstalt als letzte Rettungsanker. Hier herrscht eine große Diskrepanz.

Auch hinsichtlich der Patientenverfügung.

Aktuelle Studie über die Wünsche von Patienten mit maligner Erkrankung im Krankenhaus

Die an der Universität Wien durchgeführte und im internationalen Support Care Cancer Journal 2009 publizierte Studie untersuchte den Umgang mit Patientenverfügungen im Bereich einer Palliativstation.

Lediglich 5 Prozent der tödlich an Krebs erkrankten Patientinnen und Patienten hatten bereits eine Patientenverfügung. 85 Prozent der Befragten wollte auch keine solche erstellen lassen. Als Gründe gaben die meisten an, einerseits vollstes Vertrauen in die behandelnden Ärzte zu haben, andererseits auch zum Zeitpunkt der Befragung einem solchen Schrieb keine Relevanz beizumessen.

Zudem zeigte sich, dass tendenziell depressivere Patienten eine Verfügung wünschen. Diese Studie wurde jedoch im speziellen Bereich einer Palliativstation durchgeführt. Inwieweit dies repräsentativ für andere Patienten ist, bleibt offen.

Gesunde handeln aus der vollen Sicherheit ihrer Gesundheit und geistigen Kapazität heraus. Wenn man jedoch schwer krank ist und in eine unvermeidliche Abhängigkeit kommt, sind die Wünsche anders.

Genauere Informationen zur Studie finden Sie unter:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19484481>

DIE PALLIATIVMEDIZIN

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Palliativmedizin als Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung aufgrund einer nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Hauptziel der Begleitung ist die (subjektiv empfundene) Lebensqualität.

Dabei reicht die palliative Betreuung weit über den eng definierten Bereich der medizinischen Versorgung hinaus.

Wichtige Maßnahmen

Ausgangspunkt von Palliative Care ist eine wirksame Schmerzbekämpfung und Kontrolle der Symptome. So kann durch schmerzstillende Maßnahmen eine Lebensverkürzung möglicherweise in Kauf genommen werden. Dies soll auch kein Grund sein, die Schmerzstillung zu unterlassen, sind sich auch die Medizinethiker einig. Zwar hat die Palliativmedizin wissenschaftlich mittlerweile einen sehr hohen Standard erreicht, die Umsetzung in der Praxis gestaltet sich jedoch schwierig. Auf spezialisierten Abteilungen wird nach palliativmedizinischen Richtlinien gearbeitet, in den regulären Krankenanstalten ist man mit dieser Thematik in vielen Fällen überfordert und es mangelt an ausreichend qualifiziertem Personal. Hier muss letztlich die Gesellschaft entscheiden, inwiefern sie finanzielle Ressourcen für derartige Bereiche zur Verfügung stellen möchte.

Palliativmedizin und Palliative Care sind eine Absage an Sterbehilfe im Sinne der Tötung auf Verlangen, nicht aber an selbstbestimmtes Sterben. Vielmehr versucht Palliative Care Menschen bei einem selbstbestimmten Sterben zu begleiten und zu unterstützen. Was Sterbende brauchen und wünschen, steht im Zentrum der Sterbebegleitung.

Selbstbestimmung oder Autonomie sind die Angelpunkte in der allgemeinen Diskussion über menschenwürdiges Sterben.

DIE HOSPIZ-BEWEGUNG

Hospize waren im Mittelalter von Ordensgemeinschaften geführte Herbergen und standen dem Kranken und Sterbenden, der Frau in den Wehen, dem bedürftigen Armen oder dem Waisenkind offen. Schutz, Erfrischung, Fürsorge und Beistand waren die Grundidee dieser Einrichtungen.

Das erste stationäre Hospiz wurde 1967 in London von Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Hospizidee, eröffnet. Die Idee griff in Großbritannien und ab 1974 auch in den USA schnell um sich. Im Lauf der Zeit entwickelte sich der Begriff „Hospiz“ vom rein stationären Haus zu einem Gesamtkonzept für die Begleitung Schwerkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen.

Der Beginn in Österreich

In Österreich entstanden erst 1987 die ersten mobilen Hospize.

Damals beschäftigte sich eine Expertengruppe erstmals mit der Idee, in Wien ein stationäres Hospiz zu errichten. 1989 nahm das erste mobile Hospiz von der Caritas der

Erzdiözese Wien seine Arbeit auf. Vom Mobilen Hospiz der Caritas Wien wurden damals ca. 80 Patienten betreut. 1992 wurden die ersten stationären Einrichtungen dieser Art eröffnet.

Die Ziele dieser Einrichtungen sind: Das Sterben in der Gesellschaft zu enttabuisieren und durch interdisziplinäre Arbeit zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Psychologen Schmerzen, Ängste oder Unsicherheiten der Patienten zu lindern. Darüber hinaus werden auch Angehörige bei der Pflege ihrer Lieben tatkräftig unterstützt. Aus diesen Grundsätzen und den Anliegen der Hospizbewegung entstand letztendlich die „Palliativmedizin“.

1995 wurde im Geriatriezentrum am Wienerwald im Rahmen eines Modellversuchs ein stationäres Hospiz mit zunächst 20 Betten eröffnet, das im Jahr 2002 mit einer Kapazität von 14 Betten an das städtische Krankenhaus Lainz angegliedert wurde. Im selben Jahr eröffnete die Caritas Socialis das Hospiz Rennweg.

Mittlerweile umfasst die Hospiz-Bewegung über 200 ambulante und stationäre Hospiz-Dienste in allen Bundesländern.

In Österreich sind Träger von Hospizeinrichtungen und Palliativstationen seit Jahren bemüht, eine Situation zu schaffen, die es dem Patienten ermöglicht, seine Lebensqualität auch im letzten Lebensabschnitt zu erhalten. Hospize als auch Palliativstationen erfüllen dabei gleichermaßen den hohen Anspruch an medizinisch-pflegerischer und sozialer Versorgung und Betreuung.

Die Familienhospiz-Karenz

In Österreich wurde 2002 die so genannte Familienhospiz-Karenz eingeführt. Demnach haben Berufstätige das Recht, sich von ihrem Arbeitgeber für eine Zeit von drei bis sechs Monaten freistellen zu lassen, um einen sterbenden Angehörigen zu pflegen. Anspruchsberechtigt sind Ehepartner, Eltern, Kinder, Enkelkinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Schwiegerkinder und Schwiegereltern, Lebensgefährten und Geschwister. Die Karenzierung erfolgt zunächst für drei Monate und kann bei Bedarf auf insgesamt bis zu sechs Monate verlängert werden. Teilzeitbeschäftigung ist dabei ebenso möglich wie eine Vollkarenz. Diese Regeln gelten auch für die Begleitung schwerst erkrankter Kinder.

Genauere Informationen zur Familienhospiz-Karenz finden Sie unter:
<http://www.help.gv.at/Content.Node/44/Seite.440300.html>

EXTREMFALL EUTHANASIE

Seit vielen Jahren wird auf nationaler Ebene, aber auch in der Europäischen Union über die Euthanasie debattiert. Berührende Einzelschicksale führen in regelmäßigen Abständen zu einem Aufflammen der Diskussion.

Im Jahr 2002 sorgte etwa der Fall Diane Pretty international für Aufsehen. Die Britin wollte beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte erwirken, dass ihr Mann straffrei ausgehen solle, falls er ihr Beihilfe zur Selbsttötung leiste. Frau Pretty litt unter der unheilbaren und tödlich verlaufenden Amyotrophischen Lateralsklerose (ALS), die zu fortschreitender Lähmung führt. Die Klägerin war daher zur Selbsttötung physisch nicht mehr in der Lage.

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte entschied jedoch, unter Berufung auf Artikel 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention, dass das Recht auf Leben nicht das Recht auf Suizid oder Tötung auf Verlangen einschließe. Andernfalls müsste nämlich argumentiert werden, dass Patientinnen oder Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu töten, ein Benefit vorenthalten werden würde. Mit dieser Argumentation wäre dann letztlich auch die nichtfreiwillige Euthanasie zu rechtfertigen. Dies aber ist ethisch wie rechtlich unzulässig. Generell lässt sich festhalten, dass aus der Straffreiheit des Suizids und auch aus der Straffreiheit der Beihilfe zum Suizid in manchen Ländern kein Recht auf Sterbehilfe abzuleiten ist.

Die Situation in Österreich

Verboden ist in Österreich lediglich die aktive, direkte Sterbehilfe. Die „passive Sterbehilfe“ ist hingegen nicht nur erlaubt, sondern bei eindeutigen Patientenwillen sogar geboten.

Dazu auch hier zwei relevante StGB-Paragrafen:

§ 77: Tötung auf Verlangen: Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen

und

§ 78: Mitwirkung am Selbstmord: Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

Die Situation in der Schweiz

In der Schweiz wiederum ist zwar die Tötung auf Verlangen verboten, nicht jedoch - jedenfalls nicht generell - die Beihilfe zu Selbsttötung, die übrigens auch in Deutschland nicht unter Strafe steht. Während die Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft die Mitwirkung von Ärzten am Suizid schwerkranker Menschen nach wie vor ablehnt, gibt es eine Reihe von Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS, die in der Schweiz legal Beihilfe zum Suizid leisten.

In jedem Fall besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben, aus welchem das gesetzlich verankerte Verbot jeder absichtlichen Tötung folgt.

QUELLEN UND LINKS

Informationen rund um das Thema Sterbehilfe in Österreich und anderen Ländern

<http://www.service4u.at/links.php?nr=72>

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben

<http://www.dghs.de/>

Informationen zum Thema Familienhospizkarenz

<http://www.help.gv.at/Content.Node/8/Seite.080740.html>

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz zum Thema „Familienhospizkarenz“

<http://www.bmsg.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0142>

Umfangreiche Informationen zum Thema Patientenverfügung

<http://www.patientenanwalt.com/publikationen/expertenletter/expertenletter-zum-thema-patientenverfuegung.html>

Zum Patientenverfügung-Bestellformular

<http://www.patientenanwalt.com/bestellformular-patientenverfuegung.html>

(Die neueste Patientenverfügung/Willenserklärung (Vorlage) ist bei der Patientenanwaltschaft des jeweiligen Bundeslandes oder bei Hospiz Österreich direkt online (www.hospiz.at) oder telefonisch unter (01) 803 98 68 bestellbar.)

Informationen zum Thema Vorsorgevollmacht

<http://www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html>

BUCH-TIPPS

Ursel Fuchs

Gewissensfrage Sterbehilfe – Die Kontroverse um den selbstbestimmten Tod

Kreuz-Verlag 2009

ISBN 978-3-7831-3194-9

Philippe Ariès

Geschichte des Todes

DTB Verlag 1999

ISBN-13: 978-3423301695

Dietrich Engelhardt (Hrsg), Ulrich Körtner (Hrsg.)

Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen: Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik

Neukirchener Verlag 2009

ISBN-13: 978-3788721732

Ulrich Körtner

Das Österreichische Patientenverfügungsgesetz - Ethische und rechtliche Aspekte

Verlag Springer Wien 2008

ISBN-13: 978-3211708767

ANLAUFSTELLEN

Hospiz Österreich – Dachverband von Palliativ- und Hospiz-Einrichtungen

Argentinierstraße 2/3

A-1040 Wien

Tel.: +43/1/803 98 68

Fax : +43/1/803 25 80

E-Mail: dachverband@hospiz.at

Homepage: <http://www.hospiz.at/>

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)

Albrechtskreithgasse 19-21

A-1160 Wien

Tel. und Fax: +43/1/804 22 21

Homepage: www.palliativ.at

Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand (IGSL)

Thaliastrasse 159/1/R2

A-1160 Wien

Tel. und Fax: +43/1/969 11 66

E-Mail: info@igsl-hospizbewegung.at

Homepage: www.igsl-hospizbewegung.at

Forum Medizin Ethik

Dr. Michael Peintinger

Grinzingerstrasse 26

A-1190 Wien

Tel.: +43/676/3208013

E-Mail: michael.peintinger@meduniwien.ac.at

Homepage: <http://www.medethik.at/>

Caritas Österreich

Albrechtskreithgasse 19

A-1160 Wien

Tel.: +43/1/488 31 – 431

E-Mail: j.marte@caritas-austria.at

Homepage: www.caritas.at

Österreichisches Rotes Kreuz

Wiedner Hauptstraße 32

A-1040 Wien

Tel.: +43/1/58 900 – 0

E-Mail: wild@redcross.or.at

Homepage: www.roteskreuz.at

Österreichische Diakonie

Trautsongasse 8

A-1080 Wien

Tel.: +43/1/409 8001 – 12

E-Mail: diakonie@diakonie.at

Homepage: www.diakonie.at

ERREICHBARKEITEN DER STUDIOGÄSTE

In der Sendung Radiodoktor – Medizin und Gesundheit vom 11. Jänner 2010 waren zu Gast:

Univ.-Prof. i. R. Dr. Peter Kampits

Institut für Philosophie der Universität Wien
Universitätsstraße 7 (NIG), Zimmer A0306
A-1010 Wien
Tel.: +43/1/4277/47440
Handy: +43/664/602 77-474 40
E-Mail: peter.kampits@univie.ac.at

Univ.-Prof. Dr. Herbert Watzke

Allgemeinstation mit Palliativmedizin
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Medizinische Universität Wien
AKH Wien
Währinger Gürtel 18-20
A- 1090 Wien
Tel.: +43/1/40400 4455
E-Mail: herbert.watzke@meduniwien.ac.at
Homepage: <http://www.meduniwien.ac.at/innere-med-1/palliativstation/index.html>

Dr. Gerald Bachinger

Sprecher der Patientenanwaltschaft Österreich
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
Rennbahnstrasse 29 (Glaswürfel)
Tor zum Landhaus
A- 3109 St. Pölten
Tel.: +43/2742/9005-15575
Fax: +43/2742/9005-15660
E-Mail: post.ppa@noel.gv.at
Homepage: www.patientenanwalt.com