

Einheitliche Nomenklatur für die Situationen am Lebensende *Therapiezieländerung - Sterbehilfe - assistierter Suizid*

Barbara Friesenecker, Gabriele Werner-Felmayer, Georg Gasser und Elisabeth Medicus

Version 6.2.2023

Einheitliche „moderne“ Nomenklatur zur Therapiezieländerung:

Im Folgenden wird auf die Wichtigkeit der Verwendung einer einheitlichen Nomenklatur für die Situationen am Lebensende hingewiesen. Es wird erläutert, warum auf die alten, durchaus noch gebräuchlichen Begriffe wie „*Therapie-Beendigung*“, *Therapie-Abbruch*, *Therapie-Rückzug* verzichtet werden sollte, da sie verwirrend und missverständlich sind, weil es bei der Betreuung schwerst kranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase (Ziel: „*gutes Leben am Ende des Lebens*“) und schlussendlich auch im Rahmen der Sterbebegleitung (Ziel: „*Sterben in Würde*“) noch sehr viel zu tun gibt. „Beendigung“, „Abbruch“, „Rückzug“ sind daher unpassende Begriffe, da sie nur die Beendigung einer auf Heilung ausgerichteten Therapie implizieren und den notwendigen Fokus hin zu folgend palliativmedizinischer Behandlung außer Acht lassen.

Therapiezieländerung ist bei fortgeschrittener, schwerer Erkrankung eine Änderung des Behandlungszieles von **Heilung** Richtung **Palliativmedizin** - entweder aufgrund einer fraglichen Indikation/fraglichen Therapieziels oder entsprechend der Wünsche, Wertvorstellungen und Lebensziele einer Patient*in, die eine Weiterführung der Behandlung Richtung Heilung ablehnt. Beim Übergang einer kurativen zu einer palliativen Zielsetzung wird der Fokus von *Heilen* auf *Wohltun* gerichtet, um ein ‚*gutes Leben am Ende des Lebens*‘ und ein ‚*Sterben in Würde*‘ unter bestmöglicher Symptomkontrolle (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot) unter ärztlicher und pflegerischer Begleitung zu ermöglichen.

Es sei hier der Vollständigkeit halber erwähnt, dass sich basierend auf dem „Recht auf Autonomie“ das „Recht auf Unvernunft“ begründet. Dies bedeutet, dass Menschen eine technisch mögliche Behandlung ohne Angabe von Gründen ablehnen dürfen, selbst wenn diese im Sinne von Lebenserhaltung indiziert wäre.

Die für die **korrekte Dokumentation** der Durchführung einer Therapiezieländerung notwendigen Begriffe werden im Folgenden erläutert:

Begrifflichkeiten der Therapiezieländerung (TZÄ)¹:

DNR: Do not resuscitate (mechanisch; medikamentös; elektrisch)

DNE: Do not escalate (laufende Therapie nicht steigern; Therapiebegrenzung hinsichtlich bestimmter Maßnahmen, z.B. Antibiose, Katecholamine, Gerinnungsfaktoren etc...)

RID (Re-evaluate indication and deescalate): *Indikation und Therapieziel überdenken und deeskalieren*

WITHHOLD: Therapie nicht beginnen (CPR, Intubation, Aufnahme ad Intensiv, OP, Hämofiltration, Antibiose etc...)

WITHDRAW: Therapie beenden (Antibiose, HF, Beatmung/Tubus, Katecholamine, ECMO etc...)

CTC: Comfort Terminal Care (palliativmedizinische Betreuung in der Sterbephase)*

AND: Allow natural death - ungeeignet für intensivmedizinische Behandlung, aber evtl. verwendbarer Begriff für *Normalstation*

Einheitliche „moderne“ Nomenklatur zur ‚Sterbehilfe‘ und zum ‚assistierten Suizid‘:

Im folgenden Textabschnitt wird erläutert, warum auch hier die alten Begriffe **direkte, indirekte und passive Sterbehilfe NICHT** mehr weiterverwendet werden sollen, da sie **missverständlich** und **verwirrend** sind. Diese Empfehlung folgt der Stellungnahme der österreichischen Bioethik Kommission zum Thema „Sterben in Würde“³, die ebenfalls die Benutzung dieser alten Begrifflichkeiten ablehnt.

„**Sterbehilfe**“ ist ein mittlerweile missverständlicher Begriff, den wir daher für medizinische Handlungen am Lebensende nicht mehr verwenden, obwohl wir sehr wohl Menschen in der letzten Phase ihres Lebens dabei „helfen“, nicht leiden zu müssen und unter guter Symptomkontrolle (ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot) „in Würde sterben“ zu können. Der Fokus liegt angesichts großer medizinischer Machbarkeit bei fortgeschrittener Erkrankung auf guter und rechtzeitiger medizinischer Entscheidungsfindung mit dem Ziel, den Sterbeprozess nicht hinauszuzögern und Leiden nicht zu verlängern, um dadurch Übertherapie und deren Folge, die chronisch kritische Erkrankung, zu vermeiden.

Assistierter Suizid bezeichnet die Unterstützung einer Suizidhandlung durch eine helfende Person, wobei die sterbewillige Person die letzte zum Tode führende Maßnahme selbst durchführen muss (z.B. das Präparat selbst einnehmen; die Perfusorspritze selbst starten etc...).

Ärztlich assistierter Suizid: Verschreibung des tödlichen Präparates und/oder andere Formen der Mitwirkung/Unterstützung (Beihilfe) durch eine Ärzt*in (z.B. Legen einer intravenösen Leitung/Magensonde, Vorbereitung der Präparation etc...).

* **Comfort Terminal Care** (CTC; Komforttherapie) ist die ärztliche und pflegerische Begleitung in der **Sterbephase**. Im Rahmen der CTC werden nur mehr therapeutische Handlungen vorgenommen, die wohltun. Es kann und darf auf jegliche ärztliche/pflegerische Standard-Routine verzichtet werden. Es geht darum, ein „Sterben in Würde“ möglich zu machen, das heißt ein begleitetes Sterben ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot. Dabei wurde das im Jahr 2018 novellierte Ärztegesetz (§49) mit einem Zusatz ergänzt: „Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“². Dies gilt der rechtlichen Absicherung palliativmedizinisch tätiger Kolleg*innen für den Fall, dass es durch eine zur ausreichenden Symptomkontrolle notwendigen Steigerung nebenwirkungsreicher Medikamente (meist Opioide und Benzodiazepine) zu einer Verschlechterung der Atemfunktion, des Schluckaktes, des Hustens etc... und dadurch unter Umständen zu einem früheren Todeseintritt kommt.

Anmerkung: Die ärztliche Aufklärung oder die Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung ist keine ‚Hilfeleistung‘ im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes⁴.

Tötung auf Verlangen: Einem Menschen wird auf seinen Willen hin ein Präparat durch eine dritte, Beihilfe leistende Person verabreicht (z.B. über intravenöse Leitung, Magensonde etc...) mit der Absicht, den Tod herbeizuführen (z.B. Barbiturate, Muskelrelaxantien um Bewusstlosigkeit und Atemstillstand herbeizuführen).

In englischsprachigen Ländern wird die Tötung auf Verlangen als *euthanasia*⁵ bezeichnet.

Warum der Begriff ‚Aktive Sterbehilfe‘ nicht mehr gut ist:

Der Begriff „aktive Sterbehilfe“ ist missverständlich, weil etwa bei einer Therapiezieländerung z.B. im Rahmen eines Withdraws (RID = reevaluate indication and deescalate/withdraw) ‚aktive‘ ärztliche Handlungen notwendig sind, um dem geänderten Therapieziel gerecht zu werden (z.B. Umstellen/Einstellen der maschinellen Beatmung, Beendigung der Hämodilution, Abschalten der Katecholamintherapie, Adaptation der Sedierungstherapie). Bei der TZÄ geht es aber nicht um die aktive Tötung eines Menschen (das wäre Mord), sondern darum, das Sterben zuzulassen, indem technisch machbare Maßnahmen beendet werden um Leiden nicht zu verlängern und Sterben nicht künstlich hinauszuzögern, was sowohl ethisch als auch rechtlich nicht geboten/verboten wäre. Dies, weil es entweder keine Indikation für eine technisch machbare therapeutische Handlung gibt oder Patient*in diese ablehnt – durch einen selbst geäußerten, mündlichen und/oder verschriftlichten Willen (Patient*innenverfügung) oder einen überbrachten, also mutmaßlichen Patient*innenwillen.

Warum der Begriff ‚Passive Sterbehilfe‘ nicht mehr gut ist:

Der Begriff der *passiven Sterbehilfe* ist missverständlich, weil die Begrenzung einer Therapie (DNE, Withhold) im Rahmen einer Therapiezieländerung meist eine aktive ärztliche Entscheidung und/oder aktives ärztliches Handeln notwendig macht (s.o.), um Sterben zuzulassen, wenn es keine Indikation/sinnvolles Therapieziel gibt oder Patient*in eine technisch machbare medizinischen (Be-)handlung ablehnt (z.B. Dialyse bei Nierenversagen nicht beginnen, keine CPR, ‚Einfrieren‘/Abschalten der Katecholamintherapie, Anpassung/Abschaltung der Beatmungstherapie oder keine Operation trotz Blutung etc...).

Warum der Begriff ‚Indirekte Sterbehilfe‘ nicht mehr gut ist:

Der Begriff der *indirekten Sterbehilfe* ist missverständlich, weil damit inhaltlich nicht die *Leidenslinderung* als medizinische Entscheidungsgrundlage in den Vordergrund gerückt wird (deren Folge dann auch irgendwann der Tod ist), sondern Sterben das Handlungsziel ist. Therapien am Lebensende sind zu indizieren und durchzuführen wie alle anderen Therapien auch - am Lebensende mit dem Fokus auf bestmögliche Symptomkontrolle, um Leiden zu lindern und ein Sterben ohne Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot möglich zu machen. Therapien am Lebensende benötigen - wie jede andere Therapie auch - ein Therapieziel und müssen fachlich kompetent indiziert und durchgeführt werden.

Es gilt die Regel des **Doppelleffektes**: Eine nützliche Handlung mit möglicherweise schädigenden Nebenwirkungen ist unter bestimmten Umständen berechtigt, wenn das Ziel der Symptomlinderung (und damit die Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens) im Vordergrund steht und hierfür unvermeidbare negative Nebenwirkungen (in der Sterbephase ist das der frühere Tod) in Kauf genommen werden dürfen (§ 49a ÄrzteG; s.o.). Die Regel, dass *Schaden durch Nebenwirkungen* in Kauf genommen wird (z.B. Chemotherapie), weil dem der größere Nutzen des Gewinns von Lebenszeit mit guter Qualität gegenübersteht, wird in vielen anderen Bereichen der Medizin angewandt – mit dem Unterschied, dass das Therapieziel dann meistens die Lebenserhaltung/Heilung ist und bei Eintreten einer schädigenden Nebenwirkung dann alles zu tun ist, um das Leben zu erhalten. Das ist beim sterbenden Menschen nicht angezeigt.

Sonderform: Palliative Sedierungstherapie

Die Palliative Sedierungstherapie (PST)⁶ ist eine wichtige und ethisch akzeptierte Therapie in der Versorgung von ausgewählten, schwerst kranken/sterbenden Menschen, welche aufgrund therapierefraktärer Symptome (Symptome, die ohne Einschränkung des Bewusstseins nicht ausreichend kontrolliert werden können) für sie unerträgliches Leiden erleben. Palliative Sedierung wirft ethische Fragen auf. Ihr Einsatz bedarf daher der Einhaltung definierter Kriterien und Regeln.

Anmerkung: Die im Text zur Verwendung vorgeschlagenen Begriffe rund um die Therapiezieländerung und Sterbehilfe lehnen sich eng an die von der **Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes** vorgeschlagene Terminologie an.³

Literatur:

¹Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfausler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2013 Apr;48(4):216-23

²Quelle: § 49a ÄrzteG:

<https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html>,
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html>

³ Vgl. auch: Empfehlungen der Bioethikkommission zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende (2011); Bioethikkommission des Bundeskanzleramts. Sowie: Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen (2015). Bioethikkommission des Bundeskanzleramts.

www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html.

⁴ Die ärztliche Aufklärung oder die Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung ist keine Hilfeleistung. (StVG, §3, Abs. 4)

⁵ In deutschsprachigen Ländern wird unter Euthanasie i.A. der systematische Mord von Menschen im Dritten Reich verstanden.

⁶ [Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie \(Langversion\) | springermedizin.de](https://www.springermedizin.de/leitlinie-zur-palliativen-sedierungstherapie-langversion)