

Vorläufige Ausgabe

**Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden**

Empfehlung 1418 (1999)(1)

(Auszug aus der Official Gazette of Europe - Juni 1999)

---

1. Die Berufung des Europarates ist es, die Würde aller Menschen und die daraus ableitbaren Rechte zu schützen.
2. Der Fortschritt der Medizin gestattet es neuerdings, viele bisher unheilbare oder tödliche Krankheiten zu heilen; die Verbesserung medizinischer Methoden und die Entwicklung von Wiederbelebungsmaßnahmen ermöglichen es, ein Menschenleben zu verlängern, den Zeitpunkt des Todes hinauszuzögern. In der Folge wird jedoch die Lebensqualität der Sterbenden oft vernachlässigt und Einsamkeit und Leiden von Patienten, aber auch von deren Familienangehörigen und Pflegepersonen ignoriert.
3. In seiner Resolution 613 aus dem Jahre 1976 erklärte sich die parlamentarische Versammlung *"überzeugt, daß der größte Wunsch sterbender Patienten darin besteht, in Friede und Würde zu sterben, wenn möglich mit dem Trost und der Unterstützung von Familie und Freunden"*; in seiner Empfehlung 779 fügte es hinzu: *"...die Verlängerung des Lebens sollte nicht das einzige Ziel medizinischer Praxis sein, die sich in demselben Maße mit der Linderung von Leiden befassen sollte"*.
4. Seither hat die "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" wichtige Grundlagen formuliert und Vorarbeiten geleistet, ohne jedoch ausdrücklich auf die speziellen Bedürfnisse von Todkranken und Sterbenden Bezug zu nehmen.
5. Die Verpflichtung, die Würde eines Todkranken oder Sterbenden zu achten und zu schützen, leitet sich aus der Unverletzlichkeit menschlicher Würde in allen Phasen des Lebens ab. In der Bereitstellung eines geeigneten Umfeldes, das es einem Menschen ermöglicht in Würde zu sterben, finden diese Achtung und dieser Schutz ihren Ausdruck.
6. Insbesondere zum Nutzen der verletzlichsten Mitglieder der Gesellschaft muß diese Aufgabe erfüllt werden, eine Tatsache, die durch die vielen Erfahrungen von Leiden in Vergangenheit und Gegenwart belegt wird. So wie ein Mensch, dessen Leben eben erst begonnen hat, und der schwach und abhängig ist, benötigt auch der Sterbende Schutz und Hilfe.
7. Die grundlegenden Rechte, die sich aus der Würde des Todkranken oder Sterbenden ergeben, sind heute durch eine Vielzahl von Faktoren bedroht:
  - i. den unzureichenden Zugang zu Palliativpflege und guter Schmerzkontrolle;
  - ii. die oft mangelhafte Behandlung körperlichen Leidens und die fehlende Berücksichtigung psychologischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse;
  - iii. die künstliche Verlängerung des Sterbevorgangs durch unverhältnismäßige medizinische Maßnahmen oder durch ein Fortsetzen der Behandlung ohne die Zustimmung des Patienten;
  - iv. den Mangel an Weiterbildung und psychologischer Unterstützung für das in der Palliativmedizin tätige Pflegepersonal;
  - v. die unzureichende Unterstützung von Verwandten und Freunden des todkranken oder sterbenden Patienten, um das menschliche Leiden in seinen verschiedenen Formen zu lindern;
  - vi. die Angst des Patienten, seine Selbständigkeit einzubüßen und Verwandten oder Institutionen durch seine völlige Abhängigkeit zur Last zu fallen;
  - vii. das Fehlen oder die Unzulänglichkeit eines sozialen und institutionellen Umfeldes, das es erlaubt, in Frieden von Freunden und Verwandten Abschied zu nehmen;

viii. die unzureichende Zuteilung finanzieller Mittel und Ressourcen zur Pflege und Unterstützung Todkranker und Sterbender;

ix. die mit Schwäche, Sterben und Tod gegebene soziale Diskriminierung.

8. Die parlamentarische Versammlung fordert die Mitgliedsstaaten auf, in ihrer Gesetzgebung den notwendigen sozialen und gesetzlichen Schutz gegen diese besonderen Gefahren und Ängste, mit denen todkranke oder sterbende Personen konfrontiert werden, zu verankern; insbesondere gegen:

i. ein Sterben, das mit unerträglichen Symptomen (z. B. Schmerzen, Ersticken usw.) verbunden ist;

ii. eine Verlängerung des Sterbevorgangs eines Todkranken oder Sterbenden gegen dessen oder deren Willen;

iii. Einsamkeit und Vernachlässigung während des Sterbeprozesses;

iv. ein Sterben in der Angst, eine soziale Last darzustellen;

v. eine Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen aus wirtschaftlichen Gründen;

vi. eine unzureichende Bereitstellung finanzieller Mittel und Ressourcen zur angemessenen Pflege und Unterstützung des Todkranken oder Sterbenden.

9. Aus diesem Grund empfiehlt die parlamentarische Versammlung dem Ministerrat, die Mitgliedsstaaten des Europarates dazu anzuhalten, die Würde von Todkranken oder Sterbenden in jeder Hinsicht zu achten und zu schützen:

a. durch die Anerkennung und den Schutz des Anrechts eines Todkranken oder Sterbenden auf umfassende Palliativpflege, bei Ergreifen der notwendigen Maßnahmen:

i. Sicherstellung, daß Palliativpflege in allen Mitgliedsstaaten als gesetzlich garantierter Anspruch todkranker oder sterbender Menschen anerkannt ist;

ii. Sicherstellung gleichen Zugangs zu angemessener Palliativpflege für alle todkranken und sterbenden Personen;

iii. Sicherstellung, daß Verwandte und Freunde zur Sterbebegleitung ermutigt werden und dabei professionelle Unterstützung erhalten. Sollten sich die familiären und privaten Strukturen als unzureichend oder überlastet erweisen, so sind alternative oder ergänzende Formen professioneller medizinischer Pflege bereitzustellen;

iv. Bereitstellung ambulanter Hospizteams und -netzwerke, um zu gewährleisten, daß Palliativpflege zu Hause in Anspruch genommen werden kann, wann immer ambulante Pflege des Sterbenden oder Todkranken durchführbar scheint;

v. Sicherstellung der Zusammenarbeit aller an der Pflege des Todkranken oder Sterbenden beteiligten Personen;

vi. Sicherstellung der Entwicklung und Anwendung von Qualitätskriterien für die Pflege von Todkranken oder Sterbenden;

vii. Sicherstellung, daß todkranke oder sterbende Personen, außer wenn sie es anders wünschen, angemessene Schmerzlinderung und Palliativpflege erhalten, selbst wenn diese beim betreffenden Individuum zu einer Lebensverkürzung beitragen;

viii. Sicherstellung fortwährenden Trainings und der Anleitung von im Gesundheitswesen Tätigen in der medizinischen und psychologischen Pflege Sterbender oder Todkranker in koordinierter Teamarbeit und unter Wahrung bestmöglicher Standards;

ix. Aufbau und Weiterentwicklung von Forschungs-, Lehr- und Trainingszentren sowohl auf dem Gebiet der Palliativpflege und -medizin als auch auf jenem der interdisziplinären Thanatologie;

x. Sicherstellung, daß in der Palliativpflege spezialisierte Abteilungen und Hospizstationen, aus denen sich Palliativpflege und -medizin als integraler Bestandteil jeder medizinischen Behandlung entwickeln können, zumindest in allen größeren Spitälern eingerichtet werden;

xi. Sicherstellung, daß Palliativmedizin und -pflege als wichtige Ziele der Medizin im öffentlichen Bewußtsein verankert werden;

b. durch den Schutz des Rechtes auf Selbstbestimmung eines Todkranken oder Sterbenden, bei Ergreifen der notwendigen Maßnahmen:

i. Anerkennung des Rechts eines todkranken oder sterbenden Menschen auf wahrheitsgemäße, umfassende und einfühlsam vermittelte Information über seinen Gesundheitszustand, wobei ein Wunsch nach Nicht-Aufklärung respektiert werden soll;

ii. Gewährleistung, daß Todkranke oder Sterbende andere Ärzte als den gewohnten konsultieren können;

iii. Sicherstellung, daß kein Todkranker oder Sterbender gegen seinen Willen behandelt oder in seinen Entscheidungen durch andere Personen beeinflußt bzw. unter Druck gesetzt wird. Zudem soll gewährleistet werden, daß keine Entscheidungen unter wirtschaftlichem Druck getroffen werden;

iv. Sicherstellung, daß die Anweisungen oder die Patientenverfügung eines aktuell entscheidungsunfähigen Todkranken oder Sterbenden, in denen er spezifische medizinische Behandlungen ablehnt, beachtet werden. Des weiteren ist die Festlegung von Kriterien der Gültigkeit betreffs des Umfanges von im voraus gegebenen Anweisungen, sowie der Ernennung von Bevollmächtigten und des Ausmaßes ihrer Befugnisse sicherzustellen. Zudem ist sicherzustellen, daß die auf im voraus gemachten Willensäußerungen oder auf Rückschlüssen auf den Willen des Betroffenen basierenden stellvertretenden Entscheidungen von Bevollmächtigten nur dann in Betracht gezogen werden, wenn er oder sie sich nicht direkt in der Situation äußert oder wenn kein erkennbarer Wille auszumachen ist. In diesem Kontext muß immer ein klarer Zusammenhang bestehen zu Äußerungen des Betroffenen, die in zeitlicher Nähe zur Entscheidungssituation, also zum Vorgang des Sterbens, und in passender Situation ohne Ausübung von Zwang oder geistige Unzurechnungsfähigkeit gemacht wurden. Es ist zu gewährleisten, daß stellvertretende Entscheidungen, die lediglich auf allgemeinen und in der Gesellschaft gegenwärtigen Werturteilen basieren, nicht zugelassen werden, und daß Entscheidungen im Zweifelsfall immer zugunsten des Lebens und der Verlängerung von Leben getroffen werden.

v. Sicherstellung, daß die ausdrücklichen Wünsche des Todkranken oder Sterbenden im Hinblick auf bestimmte Formen der Behandlung, sofern sie nicht die menschliche Würde verletzen, berücksichtigt werden, wobei dem Arzt die therapeutische Letztverantwortung zukommt;

vi. Sicherstellung, daß das Recht auf Leben nicht verletzt wird in Fällen, in denen keine Anweisungen oder eine Patientenverfügung vorhanden sind. Ein Katalog von Behandlungen, die unter keinen Umständen ausgesetzt oder vorenthalten werden dürfen, soll erstellt werden;

c. durch die Bekräftigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden bei:

i. Anerkennung, daß das Recht auf Leben, insbesondere mit Bezug auf todkranke oder sterbende Menschen, durch die Mitgliedsstaaten im Einklang mit Artikel 2 der Europäischen Konvention der Menschenrechte nach der "niemand vorsätzlich seines Lebens beraubt" werden darf, garantiert wird;

ii. Anerkennung, daß der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden, niemals gesetzliche Rechtfertigung sein kann, von der Hand einer anderen Person zu sterben;

iii. Anerkennung, daß der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, niemals gesetzliche Rechtfertigung darstellt für Handlungen, deren Ziel die Herbeiführung des Todes ist.

1. Parlamentsdebatte am 25. Juni 1999 (24. Sitzung) (siehe Dok. 8421, Report des Ausschusses für soziale, Gesundheits- und Familienangelegenheiten, Berichterstatter: Frau Gatterer; und Dok. 8454, Stellungnahme des Ausschusses für Gesetzesangelegenheiten und Menschenrechte, Berichterstatter: Herr McNamara).

Der Text wurde von der Versammlung am 25. Juni 1999 (24. Sitzung) angenommen.

## **Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden**

### **Dok. 8421**

21. Mai 1999

Report

Ausschuß für soziale, Gesundheits- und Familienfragen

Berichterstatte: Frau Edeltraud Gatterer, Österreich, Fraktion der Europäischen Volkspartei

---

### Zusammenfassung

Beim Herannahen des Todes sind die Patienten mit spezifischen Ängsten, Sorgen und Gefahren konfrontiert, die oft übersehen oder unterschätzt werden. Ihre Verletzbarkeit, ihr Zustand der Schwäche und Abhängigkeit, ihr Leiden und ihre Einsamkeit sind schmerzvolle Faktoren, die sie stark belasten.

Der Schutz und die Achtung vor der Würde einer todkranken oder sterbenden Person verlangen vor allem die Schaffung eines geeigneten Umfeldes, das es ihr ermöglicht in Würde zu sterben. Daher sollten der Entwicklung von Palliativpflege und Schmerzbehandlung, sowie der sozialen und psychologischen Unterstützung von Patienten und deren Familien Vorrang eingeräumt werden.

Der rechtliche und soziale Schutz sollte gestärkt werden. Innerhalb dieses Rahmens bedarf das Recht des Todkranken oder Sterbenden auf Selbstbestimmung und auf umfassende Information der Bestätigung. Patienten sollte niemals gegen ihren Willen behandelt werden.

Darüber hinaus muß das Grundrecht auf Leben gemäß Artikel 2 der Europäischen Konvention der Menschenrechte auch unter den besonderen Umständen der letzten Phase eines Lebens in Erinnerung gerufen und garantiert werden. Der Report fordert die Staaten dazu auf, das Verbot der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden aufrechtzuerhalten.

### **I. Entwurfsempfehlung**

Der Europarat ist berufen, die Würde des Menschen, sowie die daraus entspringenden Rechte zu schützen.

Der medizinische Fortschritt, der es möglich macht viele zuvor unheilbare und tödliche Krankheiten zu heilen, die Verbesserung medizinischer Techniken und die Entwicklung von Methoden zur Wiederbelebung, die das Überleben einer Person verlängern können, verzögern den Augenblick des Todes. Die Sicherung der Lebensqualität des Sterbenden, seine Einsamkeit, sein Leiden und das seine Familie und der ihn Obsorgenden werden dabei oft übersehen.

In seiner Resolution 613 aus dem Jahre 1976 erklärte sich das Parlament *"überzeugt, daß der größte Wunsch sterbender Patienten darin besteht, in Friede und Würde zu sterben, wenn möglich mit dem Trost und der Unterstützung von Familie und Freunden"*, und in seiner Empfehlung 779 fügte es hinzu: *"...die Verlängerung des Lebens sollte nicht das einzige Ziel medizinischer Praxis sein, die sich in demselben Maße mit der Linderung von Leiden befassen sollte"*.

Seither hat die "Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" wichtige Grundlagen formuliert und Vorarbeiten geleistet, ohne jedoch ausdrücklich auf die speziellen Bedürfnisse von Todkranken und Sterbenden Bezug zu nehmen.

Die Verpflichtung, die Würde eines Todkranken oder Sterbenden zu achten und zu schützen, leitet sich aus der Unverletzlichkeit menschlicher Würde in allen Phasen des Lebens ab. In der Bereitstellung eines geeigneten Umfeldes, das es einem Menschen ermöglicht in Würde zu sterben, finden diese Achtung und dieser Schutz ihren Ausdruck.

Insbesondere zum Nutzen der verletzbarsten Mitglieder der Gesellschaft muß diese Aufgabe erfüllt werden, eine Tatsache, die durch die vielen Erfahrungen von Leiden in Vergangenheit und Gegenwart belegt wird.

So wie ein Mensch, dessen Leben eben erst begonnen hat, und der schwach und abhängig ist, benötigt auch der Sterbende Schutz und Hilfe.

Die grundlegenden Rechte, die sich aus der Würde des Todkranken oder Sterbenden ergeben, sind heute durch eine Vielzahl von Faktoren bedroht:

- den unzureichenden Zugang zu Palliativpflege und gutem Schmerz-Management;
- die oft mangelhafte Behandlung körperlichen Leidens und die fehlende Berücksichtigung psychologischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse;
- die künstliche Verlängerung des Sterbevorgangs durch unverhältnismäßige medizinische Maßnahmen oder durch Fortsetzen der Behandlung ohne Zustimmung des Patienten;
- den Mangel an Fortbildung und psychologischer Betreuung der in der Palliativmedizin Berufstätigen;
- die unzureichende Pflege und Unterstützung von Verwandten und Freunden des todkranken oder sterbenden Patienten, um das menschliche Leiden in seinen verschiedenen Formen zu lindern;
- die Angst des Patienten, die Kontrolle über sich selbst zu verlieren und durch seine völlige Abhängigkeit von Verwandten oder Institutionen zu einer Last für diese zu werden;
- das Fehlen oder die Unzulänglichkeit eines sozialen und institutionalen Umfelds, das es erlaubt, in Frieden von Freunden und Verwandten Abschied zu nehmen;
- die gesellschaftliche Diskriminierung von Erscheinungen wie Schwäche, Sterben und Tod.

Die Versammlung fordert die Mitgliedsstaaten auf, in ihren Gesetzen den notwendigen sozialen und gesetzlichen Schutz gegenüber diesen besonderen Gefahren und Ängsten, mit denen todkranke oder sterbende Personen konfrontiert werden, zu verankern, insbesondere gegen:

- ein Sterben, das mit unerträglichen Symptomen (z. B. Schmerzen, Ersticken usw.) verbunden ist;
- eine Verlängerung des Sterbevorgangs eines Todkranken oder Sterbenden gegen dessen Willen;
- ein Sterben, das mit sozialer Isolation oder einer Auflösung sozialer Bindungen einhergeht;
- ein Sterben, das mit der Angst einhergeht, eine soziale Last darzustellen;
- eine Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen aus wirtschaftlichen Gründen;
- unzureichende Bereitstellung finanzieller Mittel und Ressourcen zur angemessenen Pflege und Unterstützung des Todkranken oder Sterbenden.

Aus diesem Grund empfiehlt die Versammlung dem Ministerrat, die Mitgliedsstaaten des Europarates darin zu bestärken, die Würde von Todkranken oder Sterbenden in jeder Hinsicht zu achten und zu schützen:

**a. durch die Anerkennung und den Schutz des Anrechts eines Todkranken oder Sterbenden auf umfassende Palliativpflege, bei Ergreifen der notwendigen Maßnahmen:**

- Sicherstellung, daß Palliativpflege in allen Mitgliedsstaaten als gesetzlicher Anspruch todkranker oder sterbender Menschen anerkannt ist;
- Sicherstellung, daß gleiche Bedingungen beim Zugang zu angemessener Palliativpflege für alle todkranken und sterbenden Personen bestehen;
- Sicherstellung, daß Verwandte und Freunde zur Sterbebegleitung ermutigt werden und dabei professionelle Unterstützung erhalten. Sollten sich die familiären und privaten Strukturen als unzureichend oder überlastet erweisen, so sind alternative oder ergänzende Formen medizinischer Pflege bereitzustellen;

- Bereitstellung ambulanter Hospizteams und -netzwerke, um zu gewährleisten, daß Palliativpflege zu Hause in Anspruch genommen werden kann, wann immer ambulante Pflege des Sterbenden oder Todkranken durchführbar scheint;
- Sicherstellung der Zusammenarbeit aller in der Pflege des Todkranken oder Sterbenden tätigen Personen;
- Sicherstellung der Entwicklung und Anwendung von Qualitätskriterien für die Pflege von Todkranken oder Sterbenden;
- Sicherstellung adäquater Schmerzlinderung und Palliativpflege, sofern dies den Wünschen des Todkranken oder Sterbenden entspricht und selbst wenn dies als Nebeneffekt zu einer Lebensverkürzung führen sollte;
- Sicherstellung fortwährenden Trainings und der Beaufsichtigung von im Gesundheitswesen Tätigen in der medizinischen und psychologischen Pflege Sterbender oder Todkranker in koordinierter Teamarbeit und unter Wahrung bestmöglicher Standards;
- Aufbau und Weiterentwicklung von Forschungs-, Lehr- und Trainingszentren sowohl auf dem Gebiet der Palliativpflege und -medizin als auch auf jenem der interdisziplinären Thanatologie;
- Sicherstellung, daß in der Palliativpflege spezialisierte Abteilungen und Hospizstationen, aus denen sich Palliativpflege und -medizin als integraler Bestandteil jeder medizinischen Behandlung entwickeln kann, zumindest in allen größeren Spitälern eingerichtet werden;
- Sicherstellung, daß Palliativmedizin und -pflege als wichtige Ziele der Medizin in der öffentlichen Wahrnehmung verankert werden;

**b. durch den Schutz des Rechtes auf Selbstbestimmung eines Todkranken oder Sterbenden, bei Ergreifen der notwendigen Maßnahmen:**

- Anerkennung des Rechts eines todkranken oder sterbenden Menschen auf wahrheitsgemäße, umfassende und einfühlsam vermittelte Information über seinen Gesundheitszustand, wobei der Wunsch, nicht aufgeklärt zu werden, respektiert werden soll;
- Gewährleistung, daß Todkranke oder Sterbende auch andere Ärzte als den gewohnten konsultieren können;
- Sicherstellung, daß kein Todkranker oder Sterbender gegen seinen Willen behandelt oder in seinen Entscheidungen durch andere Personen beeinflusst bzw. unter Druck gesetzt wird. Zudem soll gewährleistet werden, daß keine Entscheidungen unter wirtschaftlichem Druck getroffen werden;
- Sicherstellung, daß die Anweisungen oder die Patientenverfügung eines aktuell entscheidungsunfähigen Todkranken oder Sterbenden, in denen er spezifische medizinische Behandlungen verweigert, eingehalten werden. Zudem soll sichergestellt werden, daß Kriterien bezüglich der Gültigkeit solcher im voraus getroffenen Anweisungen und der Ernennung von Bevollmächtigten, sowie des Umfangs ihrer Befugnisse, festgelegt werden.
- Sicherstellung, daß die ausdrücklichen Wünsche des Todkranken oder Sterbenden im Hinblick auf bestimmte Formen der Behandlung, sofern sie nicht die menschliche Würde verletzen, berücksichtigt werden, wobei dem Arzt die therapeutische Letztverantwortung zukommt;
- Sicherstellung, daß das Recht auf Leben nicht verletzt wird in Fällen, in denen keine Anweisungen und keine Patientenverfügung vorhanden sind. Ein Katalog von Behandlungen, die unter keinen Umständen ausgesetzt oder vorenthalten werden dürfen, soll erstellt werden;

**c. durch die Bestätigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden, bei Ergreifen der notwendigen Maßnahmen:**

- Sicherstellung, daß das Recht auf Leben, insbesondere mit Bezug auf todkranke oder sterbende Menschen, durch die Mitgliedsstaaten im Einklang mit Artikel 2 der Europäischen Konvention der Menschenrechte, die besagt, daß "niemand vorsätzlich seines Lebens beraubt" werden dürfe, garantiert wird;
- Sicherstellung, daß der Wunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, niemals gesetzliche Rechtfertigung sein kann, von der Hand einer anderen Person zu sterben;
- Sicherstellung, daß der Wunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, niemals gesetzliche Rechtfertigung sein kann für Handlungen, deren Ziel die Herbeiführung des Todes

ist.

## **II. Erläuterndes Memorandum von Frau Gatterer**

### **Einleitung**

1. Der Umgang mit den Anliegen Todkranker oder Sterbender hat unbestreitbar vom Konzept menschlicher Würde und dem der darin begründeten Menschenrechte geleitet zu sein.

2. Die "Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" aus dem Jahre 1997 schützt -im Einklang mit anderen bedeutenden internationalen Dokumenten zu den Menschenrechten- die Würde und Identität eines jeden Menschen. Sie garantiert einem jeden ohne Unterschied die Achtung seiner Integrität, seiner Rechte und seiner grundlegenden Freiheiten.

3. Würde kommt einem jedem Menschen zu, unabhängig von Alter, Rasse, Geschlecht, Besonderheiten oder Fähigkeiten, von Umständen oder Situationen, wodurch die Gleichheit und Universalität der Menschenrechte gesichert ist. Würde ist eine Konsequenz des Menschseins. Daher gibt es keinen Zustand, der einem Menschen seine Würde verleiht oder ihn dieser beraubt.

4. Würde ist eine innewohnende Eigenschaft menschlichen Seins. Wenn Individuen ihre Würde aufgrund von Besonderheiten, Fähigkeiten oder besonderen Umständen besäßen, würde diese weder gleich noch universell einem jeden Menschen zukommen. Daher besitzt der Mensch Würde während seines gesamten Lebens. Schmerzen, Leiden oder Schwäche berauben einen Menschen nicht seiner Würde.

5. Die Gleichheit und Universalität menschlicher Würde und der Menschenrechte entspringen keiner Konvention. Nicht aufgrund der Anerkennung durch andere Menschen besitzt der einzelne seine Würde und die sich daraus ableitenden Rechte, sondern aufgrund seiner Zugehörigkeit zur Menschheit.

6. Die Würde des einzelnen kann geachtet oder verletzt werden, sie kann jedoch nicht gewährt werden oder verlorengehen. Die Achtung der menschlichen Würde ist unabhängig von Gegenseitigkeit. Achtung menschlicher Würde ist auch dort erforderlich, wo dies nicht auf Gegenseitigkeit beruht, weil es noch nicht oder nicht mehr möglich ist (z. B. bei Patienten im Koma). Zu glauben, daß die menschliche Würde geteilt oder auf bestimmte Zustände oder Phasen des Lebens eingegrenzt werden kann, ist eine Form der Mißachtung menschlicher Würde.

7. Es hat sich gezeigt, daß die Anerkennung und der Schutz der Würde der verletzlichsten Mitglieder der Gesellschaft, für die es oft schwierig ist, sich auf gesellschaftlicher Ebene zu äußern, faktisch ungenügend sind. Die Todkranken und Sterbenden gehören zu den verletzbarsten Mitgliedern der Gesellschaft. Aufgrund ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung sind besonders sie individuellem und gesellschaftlichem Druck ausgesetzt.

8. Die Verantwortung, einem Todkranken oder Sterbenden die Mittel und die Infrastruktur zur Verfügung zu stellen, die seiner Würde angemessen sind, folgt aus dem grundsätzlichen Verständnis der Unvergänglichkeit menschlicher Würde.

9. Hauptverantwortlich für die Beeinträchtigung menschenwürdigen Sterbens und der Palliativpflege in unserer Gesellschaft ist der zunehmende Widerwille, sich mit Tod und Sterben konfrontiert zu sehen.

10. Obwohl die meisten Menschen gerne im familiären Umkreis sterben würden, findet der Tod in Europa, aufgrund fehlender oder mangelhafter gesellschaftlicher Strukturen, zumeist in Spitälern und Pflegeheimen statt.

11. Palliativmedizin und -pflege haben bemerkenswerte Fortschritte gemacht, dennoch scheint ihre praktische Anwendung noch weit hinter dem medizinischen Standard zurückzubleiben. Dieses Defizit resultiert aus einem Mangel an Weiterbildung und Training, aus falschen Befürchtungen, Vorurteilen und aus einem Mangel an gesellschaftlichem Problembewußtsein.

12. Es gibt offensichtlich eine Tendenz zur exzessiven Anwendung technischer Therapien und unangemessener medizinischer Hochtechnologie, selbst in Fällen, in denen dies zur Verlängerung eines leidensvollen Sterbeprozesses in unmenschlicher Weise beiträgt.

13. Insbesondere Mängel in den Strukturen öffentlicher Gesundheitsfürsorge schaffen Probleme im Hinblick auf die Pflege Todkranker und Sterbender.

14. Menschliche Pflege Todkranker oder Sterbender schließt die Bereitschaft zur Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel und Ressourcen zum Nutzen von Palliativmedizin und -pflege mit ein.

15. Krankheit, Leiden und Tod an sich können keinen Menschen seiner Würde berauben, dennoch gibt es Umstände, die als unmenschlich betrachtet werden können, vor allem wenn das Individuum in seiner Hilflosigkeit alleingelassen wird, in Fällen, in denen sein Leiden vermeidbar wäre.

16. Zweck von Palliativmedizin und -pflege ist das Eingehen auf die Bedürfnisse des Todkranken oder Sterbenden. Beide sollten zu integralen Bestandteilen der Medizin werden.

17. Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Palliativpflege als *"die aktive und umfassende Pflege von Patienten, deren Krankheit nicht heilbar ist. Die Kontrollierung von Schmerzen, von anderen Symptomen und von psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen hat dabei Vorrang. Ziel der Palliativpflege ist die bestmögliche Lebensqualität von Patienten und deren Familien."*

18. Palliativmedizin und -pflege versuchen die ganzheitliche Annäherung an den Menschen in seiner psychologischen und in seiner physischen Dimension. Zusätzlich zur Schmerzbehandlung im engeren Sinn umfaßt sie also auch die psychosoziale und spirituelle Pflege.

19. Das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung wurzelt in seiner unverletzlichen und untrennbar mit ihm verbundenen Würde. Dieses Recht auf Selbstbestimmung muß vor äußeren Einflüssen bewahrt werden.

20. Die Gesetzgebungen der Mitgliedsstaaten des Europarates stellen die Tötung von Menschen unter Strafe. Insbesondere im Bezug auf Todkranke und Sterbende ist es nun notwendig geworden, dieses fundamentale gesetzliche Gut zu bekräftigen, da die große Gefahr besteht, daß speziell für diese Gruppe von Menschen in ihrer letzten Lebensphase unter den verschiedensten Vorwänden (Mitleid, Ressourcenknappheit, zwiespältige Willensäußerungen) Rechtfertigungen gesucht werden, um das grundsätzliche Verbot der Tötung zu untergraben.

#### **A. Anerkennung und Schutz des Rechts eines Todkranken oder Sterbenden auf umfassende Palliativpflege**

21. Die Mitgliedsstaaten sollen besonderes Augenmerk darauf verwenden, die Erfüllung des Wunsches der Mehrheit der Todkranken und Sterbenden nach einem Sterben in familiärem Umfeld zu ermöglichen. Ambulante und flexible Pflegedienste sollen unterstützt werden. Soziopolitische Programme, die unter den gegebenen Verhältnissen operieren, sollen es den Kindern ermöglichen, ihre Eltern bei deren Abschied von dieser Welt zu begleiten, so wie diese für ihre Kinder sorgten, als sie auf die Welt kamen.

22. Abgesehen von der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin sieht auch der Artikel 13 der Europäischen Sozialcharta gleichen Zugang zu Diensten der Gesundheitsfürsorge von angemessener Qualität vor. Es ist von größter Notwendigkeit, dieses Prinzip auch den Todkranken und Sterbenden zu garantieren.

23. Ein wichtiges politisches Ziel der Gesundheitsfürsorge ist es, Palliativmedizin und -pflege angemessener Qualität zu gewährleisten. Die Menschlichkeit einer Gesellschaft findet ihren Ausdruck nicht zuletzt in der Pflege von Schwachen und Sterbenden.

24. Familien, die die Pflege eines Sterbenden übernehmen wollen, bedürfen oft professionellen Rats und professioneller Hilfe. Diese dürfen sich nicht auf medizinische und pflegerische Unterstützung beschränken, auch psychologischer und -auf Wunsch- religiöser und spiritueller Beistand sind vonnöten. Vertraute Kontakte im weiteren Sinn (Familie, Freunde, Nachbarn ...) als enge und bewährte Beziehungen sind in solcher Art und Weise durch professionelle Dienste zu unterstützen, daß die Vertrauenspersonen die letzte Phase des Lebens zu Hause angemessen begleiten können. In diesem Zusammenhang sind die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um diesem Personenkreis die Grundlagen der Pflege zu vermitteln.

25. Die zusätzliche Inanspruchnahme von freiwilligen Helfern spielt eine wichtige Rolle in der Sterbebegleitung und in der Pflege von Sterbenden. Die Weiterführung eines "normalen" Lebens wird durch ihren Beitrag ermöglicht. Ehrenamtliche, die in der Pflege von Sterbenden tätig sind, sollten trainiert und unterstützt werden, sie sollten eigenständige Aufgabengebiete in einem Team mit professionellen Helfern übernehmen.

26. In zahlreichen Spitälern Europas werden Verwandte, Freunde und andere betroffene Personen davon abgehalten, soviel Zeit mit dem Todkranken oder Sterbenden zu verbringen, als sie möchten. Durch eine geeignete Infrastruktur ist sicherzustellen, daß durch die Ermöglichung und Verbesserung der umsichtigen Miteinbeziehung des gewohnten Umfeldes eines Todkranken oder Sterbenden seinen Wünschen der Vorrang eingeräumt wird.

27. Das Ziel von Palliativmedizin und -pflege ist es, dem Patienten eine umfassende Verbesserung seiner Lebensqualität zu verschaffen und dabei seine Wünsche zu achten. Eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist die auf gegenseitigem Vertrauen basierende Zusammenarbeit aller betroffenen Personen.

28. Das Ziel medizinischer Interventionen ist die Heilung von Krankheiten und die Linderung von Schmerzen, nicht jedoch die Verlängerung des Lebens um jeden Preis. Die Schmerzlinderung bei Personen, die -zumindest nach menschlichem Ermessen- als todkrank angesehen werden müssen, ist eine der ärztlichen Pflichten. Die unerträglichen Symptome und Schmerzen eines Patienten sollten nicht unbehandelt bleiben aus Angst, dadurch seine Lebensspanne geringfügig zu verringern. Da diese Angst oft Ursache unzureichender Bemühungen zur Schmerzlinderung ist, sollten die Ärzte in derartigen Situationen mit einem ausreichenden Ermessensspielraum ausgestattet werden.

29. Bürokratische Hindernisse zur effizienten Schmerzbehandlung müssen ausgeräumt werden.

30. Berufsgruppen, die mit Todkranken oder Sterbenden in Kontakt kommen, sollten qualifizierte Anleitung im Laufe ihrer Pflichtausübung erhalten. Dabei soll interdisziplinären Formen des Unterrichts und des Trainings, die -abgesehen von medizinischen und pflegerischen Elementen- auch relevante Aspekte aus Psychologie, Soziologie, Anthropologie, Ethik oder Theologie umfassen, um Personen in ihrem letzten Lebensabschnitt akzeptieren und achten zu können, der Vorrang gegeben werden. Aus diesem Grund muß die Unterweisung in Palliativmedizin und -pflege von Ärzten, Schwestern und anderen in der Gesundheitsfürsorge Tätigen in allen Mitgliedsstaaten des Europarates verbessert werden.

31. Der Anerkennungsgrad von Palliativmedizin und -pflege zeigt beträchtliche Unterschiede innerhalb Europas. Sollten keine oder nur unzureichende Ausbildungsmöglichkeiten in Palliativmedizin und -pflege bestehen, so sind keine Mühen zu scheuen, um mit dem derzeitigen Wissensstand gleichzuziehen. Palliativmedizin und -pflege als Disziplin sollen eine bedeutende Rolle in den Programmen von Ausbildungsinstitutionen für jene, die in der Gesundheitsfürsorge tätig sein werden, spielen. Absolventen dieser Schulen und Universitäten sollten praktische und theoretische Prüfungen im Bereich palliativer Medizin und Pflege erfolgreich abgelegt haben.

32. Seit der Gründung moderner Hospiz in England durch die Ärztin und Sozialarbeiterin Cicely Saunders im Jahre 1967 gab und gibt es beispielhafte Fälle adäquater Schmerzlinderung durch die Beobachtung und Kontrolle von Symptomen und die aufmerksame und humane Pflege, die belegen, daß es möglich ist, die letzte Lebensphase lebenswert zu gestalten und die menschliche Würde aufrechtzuerhalten. Die Hospiz-Bewegung hat sich mittlerweile in wechselnder Dichte als eine jeweils lokal verwurzelte Bewegung über ganz Europa verbreitet. Im Gegensatz zu traditionellen Spitälern richtet das Hospiz seine Aufmerksamkeit auf den Sterbenden und auf dessen Gemeinschaft mit seinen engsten Vertrauten. Die Unterstützung der Gründung weiterer Hospize ist ein wirkungsvolles Mittel, um die Pflege von Todkranken und Sterbenden im Einklang mit der menschlichen Würde zu sichern.

33. Eine ausreichende Zahl von Krankenstationen und Hospizen soll die Ausbildung und Weiterbildung in der Palliativmedizin und -pflege ermöglichen, da diese -wie auch manch anderes Gebiet- nicht bloß theoretisch erlernt werden können. Daher sollte jeder Medizinstudent und jeder Absolvent einer

Pflegeraus- und Weiterbildung verpflichtet werden, ein klinisches Praktikum in einer Station, die hauptsächlich in der Palliativmedizin und -pflege tätig ist, zu absolvieren. Dies gilt auch für die Weiterbildung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Sozialarbeitern. Die Ausübenden dieser Berufe müssen lernen, daß Sterbebegleitung nur in einem interdisziplinären Team möglich ist. Da der medizinische Fortschritt die Pflege Todkranker und Sterbender nicht unbeachtet lassen kann, ist Sorge zu tragen, daß die Forschung im Bereich von Palliativmedizin und -pflege vorangetrieben wird. Auch aus diesem Grund ist es notwendig weitere Palliativ- und Hospizstationen einzurichten.

34. Wo auch immer -wie in Österreich, Deutschland, Dänemark, den Niederlanden, Frankreich und anderen Ländern- Tötungen von Todkranken und Sterbenden in Institutionen die Öffentlichkeit erschüttert haben, stellten sich später Mängel in Training und Beratung des verantwortlichen Personals als Hauptursachen dieser Vorfälle heraus. Dies zeigt, daß sowohl hauptberufliches als auch ehrenamtliches Personal in der Gesundheitsfürsorge Unterstützung zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt. Diese ist teils vom interdisziplinären Team, das dazu genügend Zeit und Raum braucht, teils von Personalberatern und -trainern zur Verfügung zu stellen.

35. Mängel im Training, sowie auch das Gefühl der Überforderung durch die Aufgabe können dazu führen, daß Personal der Gesundheitsfürsorge die Tötung von Todkranken oder Sterbenden in Erwägung zieht. Der von einem Todkranken oder Sterbenden geäußerte Wunsch zu sterben, sollte gründlich untersucht werden. Das Personal in der Gesundheitsfürsorge ist, ebenso wie Familie und Freunde des Patienten und andere betroffene Personen vor allem verpflichtet zu eruiieren, ob es sich dabei um den authentischen Ausdruck eines Entschlusses des Betreffenden handelt oder vielmehr um einen Schrei nach therapeutischer, sozialer und spiritueller Aufmerksamkeit größerer Intensität.

Die Ziele des Trainings sollten mit den folgenden Grundsätzen konform sein:

- Palliativmedizin und -pflege bestätigen das Leben und betrachten das Sterben als einen normalen Prozeß,
- führen weder zu einer Beschleunigung noch zu einer Verzögerung des Sterbeprozesses,
- verschaffen Linderung von Schmerzen und anderen bedrückenden Symptomen,
- integrieren den psychologischen und spirituellen Aspekt der Patientenpflege,
- bieten Unterstützung, die dem Patienten hilft, sein Leben bis zum Augenblick des Todes so aktiv als möglich zu gestalten und
- bieten Unterstützung, die der Familie und anderen betroffenen Personen hilft, mit ihrer eigenen Trauer während der Krankheit des Patienten umzugehen.

37. Forschungen auf den Gebieten der Palliativmedizin und -pflege sind dringend erforderlich und sollten sich den physischen, psychologischen und sozioökonomischen Aspekten zuwenden, die mit der Pflege von letal Erkrankten verbunden sind. Derartige Forschungen sollten sich den Schmerzen und anderen physischen Symptomen, Depressionen und anderen psychischen Zuständen, der Spiritualität und existentiellen Fragen nach Sinn und Bedeutung, der Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten, der Familie und anderen betroffenen Personen, den Belastungen, denen die Betreuer ausgesetzt sind, und wirtschaftlichen Härten widmen.

38. Es ist wichtig, in der öffentlichen Diskussion zu betonen, daß Palliativmedizin und -pflege integraler Bestandteil jeder medizinischen Ausbildung und jedes medizinischen Trainings sein und bleiben müssen. Jede medizinische Behandlung sollte palliative Komponenten beinhalten, wobei Palliativmedizin und -pflege nicht isoliert gesehen werden.

## **B. Schutz des Rechts eines Todkranken oder Sterbenden auf Selbstbestimmung**

39. Gemäß Artikel 5 der "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" bedarf jeder medizinische Eingriff einer vorausgehenden, umfassenden Information des davon Betroffenen über den geplanten Eingriff und seiner Einwilligung aus freien Stücken. Dies gilt gleichermaßen für die Todkranken und Sterbenden.

40. In vorsichtiger Anwendung und im Einklang mit dem Willen des Betroffenen können moderne medizinische Diagnose und Therapie viel Leiden und Schmerzen lindern, jedoch entspricht das medizinisch Mögliche nicht immer den Wünschen des Todkranken oder Sterbenden. Dem Patienten muß die tatsächliche -und nicht nur theoretische- Möglichkeit eingeräumt werden, die weitere Behandlung zu verweigern. Durch umfassende und verständliche Information über die Natur der Krankheit, die Prognose, die weiteren Objektiven, die Belastungen und die Ziele weiterer diagnostischer und therapeutischer Bemühungen soll der Patient in die Lage versetzt werden, in sinnvoller Weise am Entscheidungsprozeß teilzunehmen.

41. Es ist nicht ungewöhnlich, daß die Erfüllung dieses grundsätzliche Anrechtes eines jeden Menschen auf die verfügbaren Informationen über seinen Gesundheitszustand Probleme bereitet. Der größte Teil der jüngsten Studien beweist, daß eine beträchtliche Anzahl von Ärzten zögert, dem Patienten allgemeinverständliche Informationen zu Diagnose und weiterer Behandlung zu verschaffen. Derartige Erläuterungen werden oft als der schwierigste und belastendste Teil professioneller Behandlung empfunden, da es nicht nur darum geht, medizinische Information in mitfühlender Weise mitzuteilen, sondern auch darum, bei Entscheidungen über Leben und Tod zu helfen. Die Familie und andere betroffene Personen sollten idealerweise in solche Gespräche miteinbezogen werden, -vorausgesetzt der Patient stimmt dem zu. Im Interesse seiner Selbstbestimmung sollte den Fragen und Ängsten des Todkranken oder Sterbenden in seinem letzten Lebensabschnitt sorgfältige Aufmerksamkeit geschenkt werden.

42. Eine todkranke oder sterbende Person kann nur auf Grundlage wahrheitsgemäßer und verständlicher Information betreffs seines Gesundheitszustandes eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen weitere lebenserhaltende Behandlung treffen. Ein Verzicht auf Behandlung anstelle einer unerwünschten Verlängerung von Leiden soll, sofern dies im Einklang mit den Wünschen des Patienten ist, annehmbar und gesetzlich gesichert sein. Den in der Gesundheitsfürsorge Tätigen muß vermittelt werden, daß die Beendigung einer Behandlung gesetzeskonform und vom "ärztlich unterstützten Selbstmord" oder der "Gnadentötung" streng zu unterscheiden ist.

43. Jeglicher Druck auf den Todkranken oder Sterbenden, auf die Behandlung aus wirtschaftlichen Gründen zu verzichten, muß vermieden werden. Man hat empirisch bewiesen, daß die Gesundheitskosten in der letzten Lebensphase beträchtlich ansteigen. Angesichts der Knappheit finanzieller Mittel und Ressourcen im Gesundheitssektor und in der Palliativmedizin und -pflege im speziellen, besteht die große Gefahr, daß sich anstelle würdiger Unterstützung des Todkranken oder Sterbenden wirtschaftlicher Druck bemerkbar macht, auf weitere -obwohl angebrachte- Heil- und Palliativtherapie zu verzichten.

44. Während dem Willen des Patienten auf Behandlungsverzicht von seiten des Arztes entsprochen werden muß, darf der Wunsch nach aktiver Beendigung des Lebens nicht erfüllt werden. Der Arzt darf niemals die leib-seelische Integrität eines Patienten beeinträchtigen, selbst nicht auf dessen Wunsch.

45. Wünsche eines Todkranken oder Sterbenden, deren Erfüllung der menschlichen Würde oder einem relevanten Kodex beruflichen Verhaltens widersprechen würde, haben kein Gewicht. Artikel 4 der "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" verlangt die Einhaltung relevanter Vorschriften professionellen Verhaltens, wie z. B. der Erklärungen von Madrid (1987) und Marbella (1992) der World Medical Association. Wünschen eines Todkranken oder Sterbenden, die außerhalb dieser Vorschriften professionellen Verhaltens liegen, darf nicht entsprochen werden. Folgender Abschnitt aus der Madrider Erklärung der World Medical Association von 1987 bestätigt dies: *"...das Leben eines Patienten vorsätzlich zu beenden, selbst auf eigenen Wunsch des Patienten oder auf den Wunsch naher Verwandter hin, ist unethisch. Dies hindert den Arzt jedoch nicht, die Wünsche des Patienten, dem natürlichen Sterbevorgang in der letzten Krankheitsphase seinen Lauf nehmen zu lassen, zu respektieren."*

46. Wünschen, wie jenen nach "Gnadentötung" oder nach "Sterbehilfe", ist nicht zu entsprechen, da sie eine Verletzung ethisch begründeter professioneller Verhaltensregeln darstellen. Die Erklärung von Marbella von 1992 der World Medical Association bestätigt dies: *"Ärztliche Unterstützung beim Selbstmord, ..., ist unethisch und muß durch die medizinische Zunft verurteilt werden"*.

47. Um das Selbstbestimmungsrecht jener Todkranken oder Sterbenden, die vorübergehend oder dauerhaft urteilsunfähig sind, aufrechtzuerhalten, sind ihre zu einem früheren Zeitpunkt geäußerten Wünsche betreffs medizinischer Pflege ernsthaft in Erwägung zu ziehen. Dies ist konform mit Artikel 9 der "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin".

48. Bei der Erwägung von Wünschen, die zu einem früheren Zeitpunkt geäußert wurden, ist zu unterscheiden zwischen einer Behandlungsverweigerung und anderen Wünschen, wie z. B. nach einer bestimmten Behandlung.

49. Wünsche nach einer bestimmten Behandlung sind jedoch vom Standpunkt medizinischer Ratsamkeit abzuwägen, ein Patient kann nicht vom Arzt erwarten, eine Behandlung an ihm durchzuführen, die nicht den Standards seines Berufs entspricht. Ein Patient kann den Arzt nicht dazu zwingen, eine Behandlung einzuleiten, die den Regeln medizinischer Wissenschaft oder der Ethik des medizinischen Berufs widerspricht. Sollte ein Arzt aufgrund seiner beruflichen Kompetenz von der Notwendigkeit, einem schriftlich festgehaltenen Wunsch des Patienten zuwiderzuhandeln, überzeugt sein, so sollte er dem Patienten, seiner Familie und seinem Anwalt diese Entscheidung mittels einer schriftlichen Erklärung erläutern.

50. Wenn es aufgrund einer tatsächlich eingetretenen Urteilsunfähigkeit des Todkranken oder Sterbenden notwendig geworden sein sollte, eine stellvertretende Entscheidung zu treffen, so sollte dies zum Wohle des Patienten geschehen. Das Wohl des Patienten soll durch Beratung der in seiner Pflege tätigen Personen abgewogen werden. Bevollmächtigter, Familie oder andere betroffene Personen spielen eine entscheidende Rolle in diesem Prozeß. Sie sollten sich jedoch auf die Auslegung des Patientenwillens beschränken und sich unabhängiger Werturteile enthalten. Ihre Rolle im Entscheidungsprozeß muß eine subsidiäre bleiben; sobald der Patient selbst Entscheidungen trifft oder der Arzt den Eindurch gewinnt, daß die Ansichten der Familie sich nicht mit den Interessen des Sterbenden decken, sondern von anderen Interessen geleitet sind, ist den Entscheidungen des Patienten bzw. des Arztes der Vorzug zu geben.

51. Kriterien der Gültigkeit solcher stellvertretender Entscheidungen sind insbesondere mit Bezug auf Patienten mit permanenter Urteilsunfähigkeit (z. B. solche mit geistiger Behinderung) von besonderer Wichtigkeit. Zum Schutz dieser besonders verletzbaren Gruppe ist es vonnöten, Behandlungen zu bestimmen, die unter keinen Umständen vorenthalten oder abgesetzt werden dürfen.

### **C. Bestätigung des Verbots der vorsätzlichen Tötung auch im Hinblick auf todkranke oder sterbende Personen**

52. Die "Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der grundlegenden Freiheiten" besagt in Artikel 2: "*...das Recht auf Leben eines jeden soll unter gesetzlichem Schutz stehen. Niemand soll vorsätzlich seines Lebens beraubt werden...*"

53. Das grundlegende Recht auf Leben und das Verbot der vorsätzlichen Tötung eines Menschen müssen auch unter den speziellen Bedingungen der Endphase eines Lebens gewahrt werden. Da das Sterben eine Phase des Lebens darstellt, besteht eine Verbindung zwischen dem Recht, in Würde zu leben und dem Recht, in Würde zu sterben. Auch in der Präambel der "Konvention zum Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin" findet sich das Prinzip des bedingungslosen Schutzes der Würde: "*überzeugt von der Notwendigkeit, menschliche Lebewesen in ihrer Individualität und als Teil der Menschheit zu achten, und in der Erkenntnis, daß es wichtig ist, ihre Würde zu gewährleisten...*"

54. Indem sie das Recht des Individuums auf ein Leben in Würde garantieren, anerkennen die Mitgliedsstaaten das Recht, in Würde zu sterben. Ein Todkranker oder Sterbender hat ein Recht auf Selbstbestimmung bezüglich des Verlaufs des Sterbevorgangs, er hat jedoch kein Recht, getötet zu werden.

55. Das Gesetz verbietet die Tötung eines Menschen, selbst wenn der Betreffende die Tötung wünscht. Dies gilt für ältere, kranke oder behinderte Menschen ebenso wie für Todkranke oder Sterbende. Eine Aufweichung des Verbotes der Tötung eines Menschen im Zusammenhang mit Todkranken oder Sterbenden würde unabsehbare Konsequenzen für die momentane Gesetzeslage nach sich ziehen. Unweigerlich würde der individuelle und der gesellschaftliche Druck, der auf den Todkranken oder Sterbenden lastet, steigen. Jene, die unter dem Eindruck leiden, der Gesellschaft zur Last zu fallen, könnten die Möglichkeit, sich töten zu lassen, erwägen. Die Erfahrung zeigt, daß in Gesellschaften, in denen eine liberale Einstellung zum Tötungsverbot herrscht, als unmittelbare Folge Menschen auch ohne deren Einwilligung getötet werden. Eine solche Entwicklung untergräbt den grundlegenden Schutz des Lebens und droht zudem, zur Akzeptanz der Auslöschung von als sinnlos erachtetem Leben zu führen. Die Gesellschaft anerkennt die Praxis und vor allem die Ethik der Heilberufe, die besagen, daß niemand sich an der Tötung eines anderen Menschen beteiligen sollte.

56. Der Wunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, stellt keine gesetzliche Rechtfertigung zu dessen Tötung durch einen anderen Menschen dar. Andernfalls würde man signalisieren, daß das gesetzliche System die aktive und vorsätzliche Tötung eines Menschen erlaubt.

57. Die Tötung eines Patienten ist keine therapeutische Option, zumal sie nicht darauf abzielt, die Leiden des Patienten zu beseitigen, sondern darauf, den Patienten selbst zu beseitigen.

58. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, beabsichtigt diese Empfehlung, Maßnahmen zum Schutz Todkranker oder Sterbender zu fördern. Der Europarat bleibt seinen Absichten und Zielen des Schutzes der Menschenrechte unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der verletzbarsten und schwächsten Glieder der Gesellschaft treu. Zu den schwächsten Gliedern der Gesellschaft zählen die Todkranken und Sterbenden.

---

berichtender Ausschuß: Ausschuß für soziale, Gesundheits- und Familienangelegenheiten

budgetäre Auswirkungen: keine

Verweis auf den Ausschuß: Dok. 7236, Referenznr. 1996, 15. 03. 95

vom Ausschuß am 11. Mai 1999 mit 19 Stimmen, 4 Gegenstimmen und 4 Enthaltungen angenommene Entwurfsempfehlung

Mitglieder des Ausschusses: *Hr. Cox* (Vorsitzender), *Hr. Weyts*, *Fr. Ragnarsdottir*, *Hr. Gross* (Stellvertretender Vorsitzender), *Fr. Albrink*, *Hr. Alis Font*, *Hr. Arnau*, *Fr. Belohorska*, *Fr. Biga-Friganovic*, *Fr. Björnemalm*, *Fr. Böhmer*, *Hr. Christodoulides*, *Hr. Chyzh*, *Hr. Dees*, *Hr. Dhaille*, *Hr. Duivesteijn*, *Hr. Evin*, *Hr. Flynn*, *Fr. Gatterer*, *Hr. Gibula*, *Hr. Gregory*, *Hr. Gusenbauer*, *Hr. Haack*, *Hr. Hancock*, *Hr. Hegyi*, *Fr. Høegh*, *Fr. Hornikova*, *Fr. Jirousova*, *Hr. Kalos*, *Fr. Kulbaka*, *Fr. Laternser*, *Hr. Liiv*, *Fr. Lotz*, *Fr. Luhtanen*, *Hr. Lupu* (Vertretung: *Hr. Popescu*), *Fr. Markovska*, *Hr. Marmazov*, *Hr. Martelli* (Vertretung: *Hr. Evangelisti*), *Hr. Mattéi*, *Hr. Mozgan*, *Hr. Mularoni*, *Fr. Näslund*, *Hr. Niza*, *Hr. Paegle*, *Hr. Poças Santos*, *Fr. Poptodorova*, *Fr. Pozza Tasca*, *Fr. Pulgar*, *Hr. Raskinis*, *Hr. Regenwetter*, *Hr. Rizzi* (Vertretung: *Hr. Polenta*), *Hr. Sharapov*, *Hr. Silay*, *Hr. Sincai* (Vertretung: *Hr. Paslaru*), *Hr. Skoularikis*, *Fr. Stefani*, *Hr. Surján* (Vertretung: *Hr. Kelemen*), *Hr. Tahir*, *Hr. Valkeniers*, *Hr. Vella*, *Fr. Vermot-Mangold*, *Hr. Volodin*, *Hr. Voronin*, *Hr. Wójcik*, *Hr. Yürür*

Die Namen der Mitglieder, die bei der Versammlung anwesend waren, sind kursiv gedruckt.

*Sekretäre des Ausschusses:* *Hr. Perin*, *Fr. Meunier* und *Fr. Clamer*