

INITIATIVE ZUR STERBEBEGLEITUNG

DES BISCHOFS VON ESSEN,
DES RATES FÜR GESUNDHEIT UND MEDIZINETHIK IM BISTUM ESSEN,
DES JURISTENRATES IM BISTUM ESSEN
UND DER KATHOLISCHEN AKADEMIE DIE WOLFSBURG



Der Bischof von Essen
Dr. Franz-Josef Overbeck



Rat für
Gesundheit und Medizinethik
IM BISTUM ESSEN



Juristenrat
IM BISTUM ESSEN



Die Wolfsburg
Katholische Akademie

Impressum

Katholische Akademie DIE WOLFSBURG
Falkenweg 6
45478 Mülheim an der Ruhr
www.die-wolfsburg.de

Gestaltung:

Ludger Klingeberg

Initiative zur Sterbebegleitung

Die nachfolgenden Thesen sind das Ergebnis intensiver Beratungen zwischen Vertretern der gesellschaftspolitischen Räte des Bischofs von Essen, des Rates für Gesundheit und Medizinethik und des Juristenrates sowie der Katholischen Akademie Die Wolfsburg. Außerdem gingen ihnen Diskussionsveranstaltungen voraus, bei denen die Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven in den Blick genommen wurde, an denen sich beteiligten:

Bischof Dr. Franz-Josef Overbeck

Dr. Volker Beck MdB, innen- und religionspolitischer Sprecher, Bündnis 90/Die Grünen; Kerstin Griese MdB, Vorsitzende des Ausschuss für Arbeit und Soziales; Prof. Dr. Andreas Jurgeleit, Richter am Bundesgerichtshof; Alexander Mauer und Stefan Schulte, Sprecher des Juristenrates im Bistum Essen; Prof. Dr. Christoph Müller-Busch, Palliativmediziner; Prof. Dr. Hans Georg Nehen, Geriater, Sprecher des Rates für Gesundheit und Medizinethik; Prof. Dr. Stella Reiter-Theil, Professorin für Medizin und Gesundheitsethik, Universitätsspital Basel; Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff, Moraltheologe, Freiburg und Mitglied des Deutschen Ethikrates; Abgeordnete der CDU/CSU Bundestagsfraktion, das Kommissariat der Deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin und die Mitglieder des Juristenrates und des Rates für Gesundheit und Medizinethik; Dr. Michael Schlagheck, Direktor der Katholischen Akademie Die Wolfsburg; Dr. Judith Wolf, Sozial- und Medizinethikerin, Katholische Akademie Die Wolfsburg; Dr. Stefan Nacke, Referent des Bischofs von Essen für Politik, Wirtschaft und Soziales; Tobias Henrix, Geschäftsführer der gesellschaftspolitischen Räte des Bischofs von Essen

Thesen

1. Die Debatte um die Beihilfe zum Suizid ist mit einem einseitigen Autonomiebegriff verbunden. Autonomie und Angewiesenheit gehören in gleicher Weise zur Grundkonstitution des Menschen.

Der Mensch ist frei und zugleich als soziales Wesen immer auf andere angewiesen. Die Achtung vor der Selbstbestimmung Schwerkranker und Sterbender ist von hoher Bedeutung. Zugleich geht es aber nicht nur um das einseitige Ideal der Selbstbestimmung. Die Achtung vor der Würde des schwer kranken und sterbenden Menschen braucht mehr als bloßen Respekt vor dessen Selbstbestimmung. Schwerkranke und Sterbende sind wie andere Menschen in anderen Lebensphasen auch auf Fürsorge und Unterstützung, auf ausreichende medizinische Versorgung und pflegerische Betreuung, insbesondere aber auch mitmenschliche Nähe und Zuwendung angewiesen. Autonomie und Fürsorge gehören zur Grundkonstitution des Menschen. Die Achtung vor der Person des Schwerkranken und Sterbenden erfordert daher die Bereitschaft, ihm in der letzten Phase seines Lebens beizustehen und dafür ein Klima der Selbstverständlichkeit entstehen zu lassen, in dem sich jeder Mensch, alt oder jung, gesund oder krank, uneingeschränkt oder eingeschränkt leistungsfähig, vollständig akzeptiert weiß.

2. Es besteht grundsätzlich kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf. Die Rechtslage verwirklicht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ermöglicht ein menschenwürdiges Sterben.

Die jetzige Rechtslage verwirklicht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ermöglicht ein menschenwürdiges Sterben. Jeder Patient hat das Recht zu bestimmen, ob und wie er behandelt wird. Er hat sogar das Recht, straffrei selbst aus dem Leben zu scheiden. Die Beihilfe zu einer solchen freiverantwortlichen Selbsttötung ist straflos. Das gilt auch für ärztliche Mitwirkungshandlungen. Die grundsätzliche Straflosigkeit der Beihilfe zur Selbsttötung ist im europäischen Kontext nicht selbstverständlich. So sehen England, Irland, Italien, Österreich, Polen, Portugal, Spanien und Wales ein vollständiges Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung vor.

Dieses Selbstbestimmungsrecht gilt auch, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen aktuellen Willen kundzutun. Die gültige Rechtslage ist geprägt durch das zum 01. September 2009 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz, das die bisherige Rechtslage durchgreifend geändert hatte. Hiernach steht es jedem frei, durch die Bestimmung eines Bevollmächtigten und konkrete Anordnungen in Patientenverfügungen dafür Sorge zu tragen, dass ohne gerichtliche Verfahren ungewollte ärztliche

Maßnahmen unterbleiben. Der Furcht einer Übertherapie ausgesetzt zu sein oder sich ungewollten Behandlungen unterziehen zu müssen, kann dadurch auch bei Nichteinwilligungsfähigkeit begegnet werden.

Durch die heutigen Möglichkeiten der Palliativmedizin ist ein würdevolles Sterben innerhalb des rechtlichen Rahmens möglich, so wie es dem Patientenwunsch entspricht. Lehnt der Patient eine ärztlich angebotene Behandlung ab und nimmt damit einen schnelleren Todeseintritt in Kauf, muss der Arzt dem Willen des Patienten folgen. Dieser Vorgang wäre eine Änderung des Behandlungsziels und als „Sterben lassen“ zu bezeichnen und ausdrücklich erlaubt. Er ist verbunden mit einer palliativen Versorgung, die das Leiden des Patienten, körperliche und seelische Schmerzen lindert.

Umfragen zeigen, dass sich 60% der Befragten über die derzeitigen Regelungen nicht hinreichend informiert fühlen. Es bedarf einer weitergehenden Aufklärung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Ärzte und Ärztinnen über das Patientenverfügungsgesetz von 2009 als auch über die Möglichkeiten der palliativen Versorgung. Die Dialogkompetenz von Ärzten und therapeutischen Teams in diesen Fragen muss gestärkt werden.

3. Die geschäftsmäßige bzw. organisierte Beihilfe zum Suizid sollte unter Strafe gestellt werden. Davon könnten Sterbehilfevereine aller Art und Mediziner erfasst werden, die die Beihilfe zur Selbsttötung als ärztliche Aufgabe verstehen.

Sterbehilfevereine – also kommerzielle oder ehrenamtliche Sterbeorganisationen – und auch einzelne Ärzte, nutzen die Straffreiheit einer Beihilfe zum Suizid aus. Ihr Vorhandensein oder gar ihre Implementierung in das Gesundheitsrecht wären Ausdruck eines gesellschaftlichen Klimas, das geeignet ist, die Menschen in ihrer Entscheidung negativ zu beeinflussen. Es könnte mit zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz Druck auf Pflegebedürftige, Schwerkranke, und Angehörige entstehen. Ein besonderes Risiko besteht insbesondere unter dem starken Kostendruck im Gesundheitswesen.

Bei der Diskussion um den ärztlich assistierten Suizid werden immer wieder qualvolle Todesverläufe angeführt, anhand derer nachvollzogen werden soll, warum ein Mensch nur noch diesen Ausweg aus seinem Leiden nehmen kann. Dies sind jedoch wenige Ausnahmen, wie alle Erfahrungen der Palliativmedizin zeigen. Bei einem Gesetzentwurf darf die Ausnahme nicht zur Regel werden.

4. Eine einheitliche Fassung des ärztlichen Standesrechtes im Sinne der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung wäre wünschenswert, könnte insbesondere regionale Abweichungen und Inkonsistenzen beseitigen und die Rechte und Pflichten ärztlicher Kunst am Lebensende des Patienten nachvollziehbar und erkennbar einheitlich regeln.

Die öffentlichen Diskussionen über die gesetzlich geregelte ärztliche Beihilfe zum Suizid haben gezeigt, dass in der Wahrnehmung vieler die Tatherrschaft in der Frage der Beihilfe zum Suizid nicht mehr beim Patienten, sondern eher beim Arzt liegt. Hier könnte eine Entwicklung ihren Gang nehmen, die Beihilfe zum Suizid als Aufgabe des Arztes betrachtet. Die Beihilfe zum Suizid als ärztliche Leistung widerspricht aber dem ärztlichen Ethos.

5. Die Möglichkeiten der Palliativmedizin müssen ausgebaut werden. Dies betrifft sowohl die palliative Versorgung in den Krankenhäusern, die spezialisierte ambulante Palliativmedizin als auch die allgemeine palliative Versorgung.

Die Vermittlung von Kenntnissen in der Palliativmedizin müssen noch mehr als bisher in die ärztliche und pflegerische Ausbildung einbezogen werden. Ambulante palliative Dienste müssen gestärkt und ausgebaut werden. Nur ein wirklich flächendeckendes Netz, das palliative Versorgung unkompliziert sicherstellt, kann Betroffenen und deren Angehörigen Sicherheit für den letzten Lebensabschnitt geben. Hier müssen durch politische Entscheidungen die entsprechenden Mittel bereitgestellt werden. Es ist eine öffentliche Debatte darüber notwendig, wie eine palliative Haltung und Versorgung gefördert werden kann.

6. Die jetzige Debatte muss als Wiederentdeckung einer Kultur des Lebens und Sterbens verstanden werden. Das Sterben ist integraler Bestandteil menschlichen Lebens und wird unter den richtigen Rahmenbedingungen zu einer intensiven Lebensphase.

Die unterschiedlichen Phasen des Sterbens müssen als Teil des Lebens begriffen werden. Aus Studien zur Lebensqualität ist bekannt, dass Patienten Situationen, die sie in gesunden Tagen als nicht lebenswert erachtet haben, nun eine hohe Lebensqualität beimessen. Der Effekt beruht auf der Verschiebung von Wertigkeiten, die die Erkrankung mit sich bringt. Untersuchungen belegen, dass existenzielles Leiden bzw. schwere Erkrankung die Wahrnehmung körperlicher und geistiger Integrität und das subjektive Wohlbefinden in fundamentaler Weise verändern. Die Suche nach einer

letzten gültigen Lebensklärung bzw. einem Lebenssinn im Denken der Patienten gewinnt dabei tragende Bedeutung. Dieser Tatsache muss im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden mehr Bedeutung zugemessen werden. Außerdem muss es darum gehen, Menschen in frühen Phasen, in denen sie mit der Diagnose einer zum Tode führenden Krankheit konfrontiert werden und sich mit dem baldigen Tod auseinandersetzen müssen, zu begleiten. In dieser frühen Phase und nicht vor allem am Lebensende werden Begleitende oft mit dem Suizidwunsch des Kranken konfrontiert. Deshalb muss es auch darum gehen, dass Ärzte, therapeutische Teams, Familien und andere Begleiter jedem Menschen am Ende des Lebens die Geborgenheit vermitteln, aus der eine autonome Entscheidung für das eigene Sterben getroffen werden kann.

7. Eine gute palliative Versorgung muss zum Profil jeder katholischen Einrichtung im Gesundheitswesen gehören.

Die Kirchen als Träger zahlreicher Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere von Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, müssen in ihren eigenen Einrichtungen eine Priorität auf den Ausbau palliativer Versorgung setzen und sie so weit voran treiben, wie es unter den gegebenen Rahmenbedingungen möglich ist. Außerdem muss in den Einrichtungen eine Auseinandersetzung mit dem ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handeln in den Sterbeprozessen stattfinden. Alle Einrichtungen benötigen eine Sterbe- und Trauerkultur. Im Bistum Essen wird an diesem Prozess bereits intensiv gearbeitet. Das Projekt „Christliches Profil Katholischer Krankenhäuser“, ein gemeinsames Projekt der Katholischen Akademie DIE WOLFSBURG und der Kosmas und Damian GmbH, thematisiert dies mit den großen Krankenhausgesellschaften im Bistum.