

# **STELLUNGNAHME**

## **DIAKONIE ÖSTERREICH**

zur Aufforderung der parlamentarischen Enquete-Kommission  
„Würde am Ende des Lebens“

Wien, den 12. September 2014

### **I. Allgemeine Anmerkungen**

Die Diakonie Österreich begrüßt die Debatte um ein würdevolles Sterben. Eine breite Diskussion kann helfen, das Thema Sterben einerseits zu enttabuisieren und andererseits gesetzliche und ethische Standards zu überdenken bzw. zu verbessern.

Das Thema „würdevolles Sterben“ ist ein ethisch komplexes und gesellschaftlich umstrittenes – während die einen im Recht auf menschenwürdiges Sterben ein Recht auf Leben, das geschützt werden will, sehen, verstehen es die anderen als Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Es bedarf daher einiger Grundsatzüberlegungen, bevor auf die von der Enquete-Kommission genannten Punkte eingegangen wird.

1. Die soziale Lage Sterbender heute ist gekennzeichnet von Einsamkeit. Menschen haben weniger Angst vor dem Tod als vor dem Sterben mit all seinen unvorhersehbaren Belastungen: Angst, unerträgliche Schmerzen erleiden zu müssen; Angst, ausgeliefert zu sein und die Kontrolle über die eigene Situation zu verlieren; Angst, anderen zur Last zu fallen. Debatten um ein menschenwürdiges Sterben müssen jenseits weltanschaulicher Positionen die psychosoziale Lage Sterbender zum Ausgangspunkt haben.

2. 90% der Menschen sterben heute in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Bei einem Großteil der Sterbenden stellt sich die Frage nach medizinischen Interventionen während der Sterbephase. Entscheidungen, die in der einen oder anderen Art den Eintritt des Todes beeinflussen, sind zur Normalität geworden.

3. Im Bereich Sterbehilfe und medizinischer Maßnahmen am Lebensende geht es meist um Entscheidungen, die ein ethisches Dilemma darstellen, wie die Generalsynode der Evangelischen Kirchen A. und H.B. 1996 in ihrer Stellungnahme festgehalten hat: „Es ist wichtig festzuhalten, dass meist keine mögliche Entscheidung für sich beanspruchen kann, einer objektiven ‚Wahrheit‘ verpflichtet zu sein, sondern immer bloß die Güterabwägung in Konsequenz einer bewußt aufgestellten Wertehierarchie darstellt. ... Es ist klar, daß Entscheidungen in Konfliktfällen per Definition immer auch gute Gründe gegen sich haben.“

4. Kategorischen Urteilen ist daher mit einer gewissen Zurückhaltung zu begegnen. Die komplexen ethischen Fragen am Lebensende und die schwierigen Situationen, in denen sich Betroffene (PatientInnen, Angehörige, ÄrztInnen, Pflegende) wiederfinden, können nicht durch kasuistische Regelungen „vom grünen Tisch aus“ durch exakt vorgegebene Verhaltensmuster geregelt werden. Vielmehr sind Fragen des menschenwürdigen Sterbens primär zu verorten im Raum des von Menschen zu gestaltenden und zu verantwortenden Handelns. Dem Gewissen des/der Einzelnen ist ein gewisser Entscheidungs- und Handlungsspielraum offen zu halten. Das impliziert auch Zurückhaltung gegenüber dem allenthalben zu beobachtenden Trend zur Verrechtlichung der Sterbehilfe.

5. So richtig und wichtig es ist, persönliche Gewissensentscheidungen zu respektieren, so wenig dürfen Entscheidungen am Lebensende auf individuelle ethische Fragen reduziert werden. Gesellschaftliche Wirkungen und sozialetische Aspekte müssen in der Debatte mit berücksichtigt werden.

6. Jede Entscheidung – auf persönlicher wie auf gesellschaftlicher bzw. rechtlicher Ebene – wird sich an den ethischen Prinzipien Lebensschutz, Autonomie und Fürsorge orientieren. Diese drei Prinzipien sind in Balance zu halten, kein Prinzip kann auf Kosten eines anderen absolut gesetzt werden.

7. Die Diskussion über menschenwürdiges Sterben in Österreich wird – unter der Überschrift „Ausbau der Palliativversorgung statt aktive Sterbehilfe – als eine Entweder-Oder-Debatte geführt. Die Diakonie Österreich warnt vor falschen Alternativen. Weder führt eine striktere rechtliche Ausgestaltung des Verbots der Tötung auf Verlangen automatisch zu einem besseren Ausbau des Hospiz- und Palliativwesens, noch entbindet der Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgung von der gesellschaftlichen Debatte über Formen der aktiven Sterbehilfe.

## **II. Prüfung der Möglichkeit der verfassungsrechtlichen Verankerung strafrechtlicher Normen, insb. des Verbots der Tötung auf Verlangen, und eines soziales Grundrechts auf würdevolles Sterben**

1. Die Diakonie Österreich spricht sich *gegen eine Verankerung des Verbots der Tötung auf Verlangen* in der Verfassung aus und begründet ihre Position wie folgt:

a) Das Verbot der Tötung auf Verlangen erfährt heute keine ungeteilte gesellschaftliche Zustimmung mehr; ein nicht unerheblicher Teil der österreichischen Bevölkerung spricht sich für aktive Sterbehilfe aus. Das Verfassungsrecht ist kein geeignetes Mittel, um derartige weltanschauliche bzw. ethische Konflikte im demokratisch-pluralen politischen Gemeinwesen zu lösen.

b) Aus den Grundrechten ist nur schwerlich eine Antwort auf die drängende Frage nach der aktiven Sterbehilfe zu gewinnen:<sup>1</sup> Weder begründet das Recht auf Leben eine Pflicht zum Leben, noch ist aus dem Recht auf Leben ein Recht auf den eigenen Tod (geschweige denn eine Pflicht dritter zur Hilfe zur Selbsttötung) abzuleiten.

---

<sup>1</sup> Vgl. B. Kneihls, Grundrechte und Sterbehilfe, Wien 1998.

c) Das Grundrecht bzw. die Verfassung schützt primär Rechtsgüter im Verhältnis zwischen BürgerInnen und Staat. In der Folge können Grundrechte auch gebieten, den Einzelnen gegenüber Eingriffen von Seiten dritter in Schutz zu nehmen. Dieser Schutz ist mit Mitteln des Zivil- und Strafrechts zu gewähren.

d) Im medizinischen Alltag kommt es aufgrund der Komplexität der Situationen immer wieder zu Unsicherheiten, welches medizinische Tun oder Unterlassen ein Verstoß gegen das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist. Eine Erhebung des Verbots der Tötung auf Verlangen in Verfassungsrang würde zu dieser Verunsicherung beitragen und womöglich das Patientenverfügungsgesetz aushöhlen.

e) Zu den komplexen ethischen Entscheidungen am Lebensende und den schwierigen Situationen, in denen sich Betroffene wiederfinden, gehören auch extreme Einzelfälle, in denen sich Dritte angesichts des Leides und des Bittens Sterbewilliger in unerträglichen Gewissenskonflikten wiederfinden. Das Verbot der Tötung auf Verlangen in Verfassungsrang zu heben, würde der Tragik dieser Situation und Gewissenskonflikte nicht gerecht, ja sie noch verschärfen.

2. Die Diakonie Österreich spricht sich *für die Beibehaltung des im Strafrecht geregelten Verbots der Tötung auf Verlangen* aus.

Anstatt eine Erhebung des Verbots in Verfassungsrang zu debattieren, tritt die Diakonie Österreich jedoch dafür ein zu diskutieren, wie den oben geschilderten „tragic choices“ besser entsprochen werden könnte. Die Diakonie Österreich schließt sich in dieser Frage der Position der Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) an: „Dem Umstand, dass moralische Tragödien vorkommen können, ... könnte eher durch den rechtlichen Ausweg entsprochen werden – wie es tatsächlich in einigen Ländern der Fall ist –, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen und daher die fälligen Rechtswege nicht zu befolgen.“<sup>2</sup>

3. Die Diakonie Österreich spricht sich *gegen eine Verankerung eines sozialen Grundrechts für würdevolles Sterben in der Verfassung* aus und begründet diese Position wie folgt:

a) Worin ein „soziales Grundrecht auf würdevolles Sterben“ besteht, ist Gegenstand gesellschaftlicher Debatten und höchst umstritten (Lebensschutz vs. Selbstbestimmung; Recht auf Leben vs. Recht auf Sterben). Eine verfassungsrechtliche Regelung, die nolens volens eine Position legitimieren würde, ist kein geeignetes Mittel, um diesen gesellschaftlichen Konflikt zu lösen.

b) „Soziales Grundrecht auf würdevolles Sterben“ kann auch flächendeckende, gute palliative Versorgung meinen. Diese Grundforderung, welche die Diakonie Österreich mit Nachdruck vertritt, ist nicht durch Verfassungslyrik einzulösen, sondern mit sich in konkreten Maßnahmen und in entsprechenden einfachgesetzlichen Regelungen manifestierendem politischen Willen.

---

<sup>2</sup> Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE), *Leben hat seine Zeit, und Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende* (2011), S. 87.

### III. Status der Hospiz- und Palliativversorgung, Möglichkeiten zum Ausbau

1. Hospiz- und Palliativversorgung sind in Österreich nicht flächendeckend verfügbar und nicht ausreichend öffentlich finanziert. Eine bundesweite Koordination bzw. eine Klärung der Zuständigkeiten ist noch nicht erreicht.

2. Zur Organisation einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung kann auf das 2004 vorgelegte Papier des ÖBIG verwiesen werden, zu aktuellen Zahlen auf den Dachverband Hospiz.<sup>3</sup>

3. Die Diakonie Österreich fordert:

a) *Rechtsanspruch, verankert in der Krankenversicherung, finanziert durch die öffentliche Hand:* Alle Personen, die eine Hospiz- und Palliativversorgung benötigen, sollen diese auch bekommen. Ein Rechtsanspruch in der Krankenversicherung hält das Recht auf Versorgung fest und bietet damit Kranken und Sterbenden die Sicherheit auf Unterstützung in schwierigen Zeiten.

b) *Klare Zuständigkeiten in der Finanzierung:* Als interdisziplinär ausgerichtete Versorgung ist Hospiz- und Palliativversorgung derzeit in mehreren Bereichen abgebildet (Gesundheits- und Sozialsektor, Sozialversicherungen). Eine Zuordnung zu einem Sektor erscheint auch aus professioneller Sicht problematisch, da es sich weder ausschließlich um Gesundheitsagenden noch ausschließlich um Sozialagenden handelt. Eine gute Kooperation zwischen den beiden Sektoren, inklusive Finanzierung aus beiden Ressorts, ist unausweichlich. Nur so kann gewährleistet werden, dass Hospiz- und Palliativversorgung nicht zum Spielball der Politik wird.

c) *Integration von Hospiz- und Palliativversorgung in die Langzeitpflege:* Eine Verbindung von Palliativversorgung und Langzeitpflege ist aus Sicht der Praxis unumgänglich und wurde in den letzten Jahren in österreichischen Einrichtungen auch stärker forciert. Nicht nur die Erhöhung der Anzahl der Betten (in Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und Hospizen), sondern auch die Verfügbarkeit von speziell ausgebildetem Personal ist notwendig.

d) *Ausbau der mobilen Palliativteams:* Vor allem die extramurale Versorgung muss intensiviert werden. Dies würde dem viel zitierten Grundsatz „mobil vor stationär“ Rechnung tragen. Um den mobilen Palliativteams eine strukturelle Anbindung bieten zu können, sollten die Palliativ-Konsiliardienste als zentrale Anlaufstellen dienen (nicht zuletzt auch aufgrund des hoch spezialisierten Personals).

e) *Hospiz- und Palliativversorgung auch für Kinder und Menschen mit Behinderungen:* Oft reichen die bestehenden Möglichkeiten nicht aus, um auch spezifische Gruppen wie etwa Kinder oder Menschen mit Behinderung eine gute Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich bieten zu können. Ein Ausbau bzw. die Planung sollte auf alle verschiedenen Anspruchsgruppen Rücksicht nehmen.

f) *Ausreichend finanzielle Ausstattung für die Organisation und Koordination der derzeitigen Freiwilligennetzwerke sowie Abgeltung der entstehenden Kosten (z.B. Ausbildung, Supervision, etc.):* Hospizversorgung ist traditionell in der Freiwilligenarbeit verankert. Eine entsprechende Finanzierung der Koordination der Freiwilligen einerseits und der entstehenden Kosten durch Ausbildung und Supervision andererseits muss gewährleistet werden, um auf das Engagement der Freiwilligen weiterhin zählen und eine gute Begleitung garantieren zu können.

---

<sup>3</sup> <http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/bericht/46.html>, [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

g) *Aus-, Weiter- und Fortbildung für alle relevanten Berufsgruppen:* Ethische Bildung zum Thema „Sterben in Würde“ sowie Grundlagenwissen zu Hospiz- und Palliativversorgung soll vermehrt angeboten werden, für Berufsgruppen, die mit dieser Themenstellung in Kontakt kommen (z.B. ÄrztInnen, Pflegepersonen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, SeelsorgerInnen, etc.)

h) *Auf- und Ausbau von Ethikberatung in Alten- und Pflegeeinrichtung:* Wie eingangs dargestellt, sehen sich viele Menschen heute vor der Herausforderungen, am Ende ihres Lebens über die Durchführung oder den Abbruch lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen (passive Sterbehilfe) oder über Schmerztherapien mit eventuell lebensverkürzender Wirkung (indirekte Sterbehilfe) zu entscheiden. Derartige Entscheidungen setzen medizinisches Wissen und ethische Urteilsfähigkeit voraus. In Akutsituationen sind sie oft überfordernd. Ein Instrumentarium, um sich diesen Fragen angemessen zu stellen, ist frühzeitige interdisziplinäre Ethikberatung in Einrichtungen der (Langzeit)Pflege. Unter Rückgriff auf einschlägige Pilotprojekte müssen Konzepte zur Ethikberatung entwickelt werden, Personal muss ausgebildet und flächendeckend Ethikberatung angeboten werden.

#### **IV. Patientenverfügung: Evaluierung; ggf. Maßnahmen zur Verbesserung; allenfalls auch Diskussion über Vorsorgevollmacht**

In dieser Frage verweist die Diakonie Österreich auf die Ergebnisse der vom BMG in Auftrag gegebenen Evaluierung zur PatientInnenverfügung, die 2009 vom „Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien“ erstellt wurde.

Derzeit arbeitet das Institut, wieder im Auftrag des BMG, an einer Folge-Evaluierung, die Ende September 2014 der Öffentlichkeit vorgestellt werden wird. Auch diese sollte für weiterführende Diskussionen zur Verbesserung des Patientenverfügungsgesetzes und der Regelung von Vorsorgevollmachten seitens der parlamentarischen Enquete-Kommission in Betracht gezogen werden.

#### **Kontakt**

Mag. Katharina Meichenitsch  
Diakonie Österreich  
Schwarzspanierstraße 13, 1090 Wien  
katharina.meichenitsch@diakonie.at / [www.diakonie.at](http://www.diakonie.at)