

Stellungnahme des Ethikrates

Freiwilliger Verzicht
auf Nahrung und Flüssigkeit

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier



Herausgegeben vom

**Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
im Bistum Trier**

Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Vallendar

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

Autoren: Heinemann, Thomas; Höfling, Wolfram;
Proft, Ingo; Sahm, Stephan; Schockenhoff, Eberhard;
Schuster, Josef; Wetzstein, Verena

unter Mitarbeit von Brantl, Johannes; Gebert, Franz Josef
(Weihbischof von Trier); Niederschlag, Heribert; Reiter,
Johannes

© 2018 Ethik-Institut an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-059782-4

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Einleitung	4
1. Handlungskontexte des FVNF	6
2. Pflegerische und medizinische Herausforderungen	9
2.1 PATHOPHYSIOLOGIE BEI HUNGERN UND FLÜSSIGKEITSMANGEL.....	9
2.1.1 <i>Hungern</i>	10
2.1.2 <i>Flüssigkeitsmangel</i>	12
2.2 PFLEGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN.....	13
2.3 MEDIZINISCHE HERAUSFORDERUNGEN.....	13
2.4 PALLIATIVE CARE.....	14
3. Ethische Bewertung	15
3.1 GRUNDPOSITIONEN ZUR BEWERTUNG DES FVNF	15
3.1.1 <i>Position A: Beim FVNF handelt es sich um Suizid</i>	15
3.1.2 <i>Position B: Beim FVNF handelt es sich nicht um Suizid</i>	16
3.2 ETHISCHE BEWERTUNG DES FVNF UND SEINER BEGLEITUNG.....	18
3.2.1 <i>Ethische Bewertung des FVNF</i>	18
3.2.2 <i>Ethische Bewertung der Begleitung</i>	19
4. Empfehlungen	21
5. Appendix	24
5.1 INFORMATION ÜBER DEN ETHIKRAT KATHOLISCHER TRÄGER VON GESUNDHEITS- UND SOZIAL- EINRICHTUNGEN IM BISTUM TRIER	24
5.2 DIE MITGLIEDER DES ETHIKRATES.....	24

Einleitung

Die Debatten um das Sterben in unserer Gesellschaft stehen gegenwärtig im Kontext der Diskussionen um das selbstbestimmte Sterben, die »Hilfe beim Sterben« und die Suizidassistenten: Was kann ein Mensch in Bezug auf sein Sterben regeln und bestimmen? Darf er alles entscheiden, auch den Zeitpunkt und die Art des eigenen Todes? Welche Personen sind davon betroffen, und inwieweit können diese einbezogen bzw. zur Mitwirkung verpflichtet werden?

Im Horizont dieser Fragen wird in jüngster Zeit das Thema des »freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit« (FVNF) debattiert. Gelegentlich wird dieses auch als »Sterbefasten« bezeichnet, ein Begriff, der jedoch zunehmend als beschönigend für die Handlung des FVNF kritisiert wird. Auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten, kann einen Weg darstellen, das Sterben einzuleiten und den Tod herbeizuführen. Allerdings ist umstritten, ob und inwieweit FVNF ethisch zu rechtfertigen ist. Manchen Menschen erscheint eine freiwillige und selbstbestimmte Beendigung des Lebens, wenn diese auf die »natürliche« Weise des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit geschieht, als eine ethisch verantwortliche und erlaubte Handlung. Hingegen deuten andere FVNF, weil dadurch das Sterben eingeleitet oder beschleunigt wird, als eine Form des Suizids und halten FVNF daher ethisch für höchst problematisch. Darüber hinaus wird die Frage aufgeworfen, wie die Herausforderungen, die FVNF an Angehörige, Pflegende und Ärzte¹ stellt, zu bewerten sind: Inwieweit kann die Entscheidung eines Menschen zum FVNF mitgetragen werden? Welche Form von Unterstützung ist ethisch verantwortbar oder sogar geboten, welche ist rechtlich erlaubt und wo liegen Grenzen?

¹ Diese Publikation verwendet zur besseren Lesbarkeit durchgehend die männliche Form.

Der Ethikrat nimmt im Folgenden diese Fragestellungen auf und entwickelt eine ethisch reflektierte Handlungsempfehlung zum Umgang mit FVNF. Hierfür werden zunächst exemplarische Handlungskontexte unterschieden, in denen ein freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit möglich ist (Kapitel 1). Anschließend werden physiologische und pathophysiologische Veränderungen beim Hungerstoffwechsel und bei anhaltendem Flüssigkeitsmangel dargestellt (Kapitel 2). Vor diesem Hintergrund analysiert der Ethikrat dann den Handlungstyp von FVNF und unterzieht ihn einer differenzierten Bewertung (Kapitel 3). Auf dieser Grundlage werden schließlich konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die als Orientierung für die Praxis in klinischen Einrichtungen und in Einrichtungen der Altenhilfe dienen können (Kapitel 4).

1. Handlungskontexte des FVNF

Das Akronym FVNF steht für das Vorgehen, durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das eigene Leben zu beenden. Freiwillig ist ein solches Vorgehen, wenn es von einem Mindestmaß an Einsichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit getragen und frei von innerem und äußerem Zwang ist. Die Entscheidung zum FVNF kann in unterschiedlichen Situationen getroffen werden, die sich auch im Hinblick auf die ethische Beurteilung voneinander unterscheiden können. Daher ergibt sich im Hinblick auf FVNF ein Spektrum von ethisch relevanten Kriterien und Argumenten, das eine ethische Beurteilung des Einzelfalls erforderlich macht. Nachfolgend sollen vier Fallkonstellationen exemplarisch dargestellt werden.

Fallkonstellation 1: FVNF in der präterminalen und terminalen Krankheitsphase

Bei zum Tode führenden Krankheiten versiegen in der letzten Lebensphase häufig der Bedarf nach Nahrung und Flüssigkeit und das Gefühl von Hunger und Durst. Aufgrund der Krankheitssituation fehlen zudem oft die Kraft und damit häufig auch der Wille, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Angesichts des absehbaren Sterbens erscheint es in aller Regel nicht angezeigt, durch Substitution von Nahrungsstoffen und Flüssigkeit das Leben zu erhalten.

Fallkonstellation 2: FVNF im hohen Lebensalter oder aufgrund von Krankheit

Verwandt mit Fallkonstellation 1, aber unterschieden dadurch, dass kein Sterbeprozess vorliegt, ist folgende Konstellation: In hohem Lebensalter und bei einer Vielzahl von Krankheitszuständen kann die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit mit Beschwerden verbunden sein. So besteht etwa bei Personen im höheren Lebensalter und bei Patienten mit bestimmten fortschreitenden chronischen Erkrankungen eine hohe Inzidenz von Schluckbeschwerden (Dysphagie). Nicht nur in der präterminalen und terminalen Krankheitsphase, wie unter Fallkonstellation 1 dargestellt, sondern auch im fortgeschrittenen Alter reduziert sich zudem oftmals das Gefühl von Hunger und Durst. Häufig stellt sich dabei die Frage, inwieweit es sich bei diesen Umständen einer eingeschränkten Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit um ein selbstbestimmtes Geschehen im Sinne eines freiwilligen Verzichts handelt, und inwieweit damit eine bewusste Entscheidung zu einer langsamen Überleitung in die Sterbephase verbunden ist.

Fallkonstellation 3: FVNF bei kognitiver Beeinträchtigung

Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (z. B. bei geistiger Behinderung,² bei eingeschränkten kognitiven Funktionen nach Erkrankungen, bei Demenz) bedarf die Einschätzung der Selbstbestimmungsfähigkeit einer besonderen Berücksichtigung. So lehnen z. B. viele Menschen mit Demenz die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit ab und verlieren infolgedessen an Körpergewicht. Häufig liegen diesem Verhalten behandelbare Erkrankungen zugrunde, die die Nahrungsaufnahme schmerzhaft oder beschwerlich machen (z. B. Zahnwurzelerkrankungen, Entzündungen der Speiseröhre). Nicht selten werden von solchen Patienten auch Speisen aufgrund des subjektiven Geschmacks oder deren Beschaffenheit abgelehnt. Gleichwohl können auch Menschen mit Demenz in verschiedenen Phasen in einer selbstbestimmten Entscheidung,³ den Tod herbeizuführen, auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten. Eine Beurteilung der Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit in dieser Fallkonstellation kann für Ärzte, Pflegende und bevollmächtigte Betreuer eine große Herausforderung darstellen.

Fallkonstellation 4: FVNF als selbstbestimmte Lebensbeendigung

Den Fallkonstellationen 1–3 liegt im engeren Sinn ein medizinischer Kontext zu Grunde. In der internationalen Literatur wird für diese Fallkonstellationen eine Parallele zu der Therapiebegrenzung gesehen.⁴ Demgegenüber ist Fallkonstellation 4 charakterisiert durch einen freiwilligen Verzicht auf die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit in Situationen, in denen keine Störungen der Nahrungsaufnahme, keine relevanten Erkrankungen und keine relevante kognitive Einschränkung vorliegen und ein bevorste-

² Definition der WHO: »Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung«, vgl.: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> [zuletzt abgerufen am 30.04.2018].

³ Vgl. Deutscher Ethikrat (Hg.), Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin 2012.

⁴ Vgl. Ivanovic, Natasa, Büche, Daniel, Fringer, André, Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a ‚systematic search and review‘ giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life, BMC Palliative Care 2014, 13:1–8.

hendes Lebensende nicht erkennbar ist. Im Vordergrund steht in diesem Fall die Entscheidung, intentional durch FVNF den Sterbeprozess selbst einzuleiten.

FVNF kann im Prinzip in allen vier Fallkonstellationen auftreten, wobei insbesondere Fallkonstellation 4 zunehmend an Bedeutung gewinnt und einer ethischen Einordnung bedarf.

Die folgenden Überlegungen beziehen sich daher im Wesentlichen auf Fallkonstellation 4.

2. Pflegerische und medizinische Herausforderungen

In einer 2014 veröffentlichten Metaanalyse von publizierter Literatur über FVNF,⁵ die sich auf die oben genannte Fallkonstellation 4 bezieht, wurde keine evidenzbasierte Studie gefunden, die sich explizit mit den physiologischen Prozessen während FVNF bei Erwachsenen am Lebensende beschäftigt. In der gesichteten Literatur wird angemerkt, dass der Sterbeprozess je nach körperlicher Kondition der Patienten oft mehrere Tage oder Wochen dauert. In einer der untersuchten Publikationen⁶ wird vermutet, dass, wenn der Tod in weniger als sieben Tagen nach Beginn von FVNF eintritt, die Todesursache häufig auf die Grunderkrankung(en) des Patienten und nicht auf FVNF zurückzuführen ist. In anderen Publikationen wird der Tod durch FVNF als symptomarm beschrieben und angemerkt, dass terminal kranke Patienten, die aufgrund von Dehydrierung oder Hungern sterben, nicht leiden, wenn eine adäquate palliative Versorgung zur Verfügung gestellt wird.⁷ Dem stehen allerdings Darstellungen von konkreten Fallverläufen durchaus entgegen.⁸ Überdies wird vermutet, dass das Symptom »Durst« bei FVNF eher auf das Gefühl von Mundtrockenheit und nicht auf den zunehmenden Flüssigkeitsmangel (Hypovolämie) zurückzuführen ist und durch eine sorgfältige Mundpflege gelindert werden kann.

2.1 PATHOPHYSIOLOGIE BEI HUNGERN UND FLÜSSIGKEITSMANGEL

Systematische Untersuchungen über Stoffwechseländerungen bei Personen, die auf die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um damit den Eintritt des Todes zu beschleunigen, wurden bislang nicht veröffentlicht. Gleichwohl wären solche Kenntnisse wichtig, um in der spezifischen Situation des FVNF Verläufe einschätzen, klinische Prognosen erstellen und die Wirkung und Nebenwirkungen medizinischer Maßnahmen besser vorhersehen zu können. Zahlreiche Untersuchungen existieren über

⁵ Ebd.

⁶ Ref. 17.

⁷ Ref. 16,31,40.

⁸ Chabot, Boudewijn, Vier Personen, die durch Sterbefasten den Tod vorzeitig herbeiführen, in: Chabot, Boudewijn, Walther, Christian, Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken, München/Basel 5. aktualisierte und erweiterte Auflage 2017, 18–41, hier: 25.

die metabolischen Aspekte des klinisch kontrollierten Langzeitfastens zur Therapie von Fettleibigkeit (Adipositas). Ebenfalls liegen Untersuchungen über strenges Fasten aus religiösen oder politischen Gründen vor, wobei in beiden Fällen das Trinken nicht eingeschränkt war.⁹ Grundsätzlich lassen sich einige allgemeine Aussagen der Biochemie über den Stoffwechsel im Hungerzustand und bei anhaltendem Dursten anführen.

2.1.1 Hungern

Beim Hungern lassen sich die (patho)physiologischen Vorgänge in drei Phasen unterteilen.¹⁰

1. Glykogenverbrauch

Glykogen ist ein fächerförmig verzweigtes Polysaccharid, das aus aneinander gebundenen Glucose-Molekülen besteht, die bei Bedarf durch Abbau des Glykogens freigesetzt werden können. Glykogen ist daher ein Glucosespeicher, der sich in der Leber und im Skelettmuskel befindet. Glykogen kann als Energie-Kurzzeitspeicher aufgefasst werden, da die Glykogenreserven der Leber nach 12–24 Stunden Fasten aufgebraucht sind. In der Phase des Glykogenverbrauchs wird vermindert Insulin ausgeschüttet und daher vermindert Glucose durch die Muskulatur und das Fettgewebe aufgenommen. Dieser Mechanismus kann als Sicherung der Versorgung des Gehirns mit Glucose aufgefasst werden.

2. Gluconeogenese (Neubildung von Glucose)

Gluconeogenese bezeichnet den Prozess der Neubildung von Glucose durch den Abbau von Proteinen (Proteolyse). Der Abbau von Proteinen führt u. a. zu einer Reduktion der Muskelmasse sowie zu einer negativen Stickstoffbilanz. Diese Phase dauert ca. 2–3 Wochen.

3. Lipolyse (Auflösung von Fett-Molekülen [Lipiden]) sowie Ketogenese

Als langfristig nutzbaren Energiespeicher verfügt der Organismus über das Fettgewebe. Im Hungerzustand, der mit einer verminderten Insulinaus-

⁹ Chabot, Boudewijn, Änderungen im Stoffwechsel und subjektive Erfahrungen beim Einstellen der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Vertretbarkeit bei nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten, in: Chabot, Boudewijn, Walther, Christian, Ausweg am Lebensende, 81–100, hier: 81.

¹⁰ Die nachfolgenden Ausführungen sind weitgehend entnommen aus: Madea, Burkhard (Hg.), Praxis Rechtsmedizin, 2003, 193; Linnemann, Markus, Kühl, Michael, Biochemie für Mediziner, ⁵1999, 370.

schüttung einhergeht, werden Fettsäuren vermehrt verwertet. Erfolgt der Abbau von Fettsäuren durch die β -Oxidation zu Acetyl-CoA schneller als dessen Weiterverarbeitung im Zitratzyklus, führt dies zur Akkumulation von Acetyl-CoA. Dieses kann an seinem Entstehungsort, der Mitochondrienmatrix, in der Leber zu Ketonkörpern, insbesondere zu Acetoacetat, Aceton und β -Hydroxybuttersäure, umgewandelt werden. Ohne weitere Transportmechanismen gelangen diese Moleküle in freier Form über das Cytosol in das Blut. Ihre Dissoziation bei physiologischem pH-Wert ist Ursache für ein Überangebot an Protonen (H^+ -Ionen). Kommt es infolge der vermehrten Ketonbildung zu einem Anstieg ihrer Blutkonzentration, kann sich daher eine Übersäuerung des Blutes (Ketoacidose) entwickeln. Typischerweise kann beim Hungern im Urin Aceton nachgewiesen werden.

Nach längerem Fasten kann insbesondere das Gehirn seine Energieversorgung auf die Nutzung der Ketone umschalten. Darüber hinaus sind unter anderem Herzmuskel und Skelettmuskel sowie die Nierenrinde in der Lage, Ketonkörper für die Energiegewinnung zu nutzen. Aceton wirkt zudem betäubend auf das Gehirn und kann in Verbindung mit der Acidose zum Koma führen.

In geringeren Mengen können Ketone auf das Gehirn euphorisierend wirken, indem sie das Opioid-System im Gehirn aktivieren; Heilfastende berichten regelmäßig von euphorischen Gefühlen.¹¹

Während des Hungerns ist der Gesamtstoffwechsel herabgesetzt und der Grundumsatz erniedrigt. Als Folge liegt die Körpertemperatur $0,5-1^\circ C$ unterhalb des Normbereichs.

Klinisch werden folgende Phasen des Hungerns unterschieden:

1. Verlust des subjektiven Wohlbefindens (Konzentrationsstörungen, Störungen des Gedächtnisses, Verlangsamung des Denkens, der Reaktion und der Bewegungen, schnelle Ermüdbarkeit, Hungergefühl, Schlafbedürfnis).
2. Verschwinden des Hungergefühls, starker Gewichtsverlust mit aggressiver Schwäche, Apathie, arterielle Hypotonie, Bradykardie, Hypothermie, Herabsetzung des Grundumsatzes.
3. Extreme Lethargie, mentale Retardierung, Hungerödeme.

¹¹ Bickhardt, Jürgen, Hanke, Roland Martin, Eine ganz eigene Handlungsweise, DÄB 111 (14), 2014, A590-A592.

Die mögliche Zeitdauer des Hungerns bis zum Todeseintritt ist sehr variabel und hängt von zahlreichen Faktoren ab wie z. B. Alter, Ernährungszustand, Flüssigkeitszufuhr, Umgebungstemperatur. Bei vollständigem Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug tritt der Tod in einem Zeitraum von 8–21 Tagen ein (bei Neugeborenen und Kindern unter Umständen wesentlich schneller), bei alleinigem Nahrungsentzug nach ca. 60 Tagen.¹²

2.1.2 Flüssigkeitsmangel

Flüssigkeitsmangel führt in der Regel zu Hypovolämie und Nierenversagen. Hypovolämie bezeichnet einen Mangel an Flüssigkeit im Gefäßsystem, der zunächst zu einem erniedrigten Blutdruck führt und schließlich in einem Kreislaufversagen oder in einem Herzinfarkt, Schlaganfall oder Multiorganversagen enden kann. Das Nierenversagen ist einerseits durch den erniedrigten Blutdruck bedingt, da die Niere durch den erniedrigten Perfusionsdruck ihre Funktionen nicht mehr aufrechterhalten kann, andererseits durch den Flüssigkeitsmangel, da die Ausscheidungsfunktion der Niere an die Filtration von Flüssigkeit in den Nierenkörperchen (Glomerula) gebunden ist. In der Folge kumulieren harnpflichtige Ausscheidungssubstanzen im Körper (Urämie), die zu toxischen Schäden an anderen Körperorganen, u. a. auch dem Gehirn, führen können. Ferner können sich Störungen im Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushalt und insbesondere eine metabolische Azidose entwickeln. Alle diese Entwicklungen können jede für sich oder in Kumulation zum Tod des Patienten führen.

Wie lange ein Mensch ohne Flüssigkeitsaufnahme überlebt, hängt von vielen Faktoren ab, so der Umgebungstemperatur, der Luftfeuchtigkeit, dem Körpergewicht, dem Alter sowie der körperlichen Aktivität. Über die Haut und durch die Atmung (*perspiratio insensibilis*) verliert der Mensch etwa einen halben Liter Wasser pro Tag. Bei körperlicher Anstrengung oder Hitze kann dieser Verlust mehrere Liter Wasser betragen. In der Regel kann ein gesunder junger Mensch ohne Wasser ca. 3–4 Tage überleben, wobei in Extremfällen über deutlich längere Zeiträume (12 Tage) berichtet wurde.

¹² Vgl. Madea, Burkhard, *Praxis Rechtsmedizin*, 2003, 193.

2.2 PFLGERISCHE HERAUSFORDERUNGEN

Für die pflegerische Betreuung von Patienten, die FVNF durchführen, werden spezifische Herausforderungen genannt.¹³ Demnach nimmt die sorgfältige Mundpflege einen erheblichen Stellenwert ein, die erstens Infektionen der Schleimhaut im Mund- und Rachenraum vorbeugen und zweitens das Durstgefühl vermindern soll. Überdies müsse eine sorgfältige Dekubitusprophylaxe durchgeführt werden. Zudem sei es empfehlenswert, drei Tage vor oder zu Beginn des FVNF mit einem milden Abführmittel für eine Darmentleerung zu sorgen, da es bei Flüssigkeitsmangel zur Verstopfung (Impaktierung) von Darminhalt kommen kann und der geschwächte Patient die Kraft zum Stuhlgang später möglicherweise nicht mehr aufbringen könne. Gegebenenfalls müsse geprüft werden, ob dem Patienten, sobald er im Stadium der Bettlägerigkeit ist, ein Blasenkatheter appliziert werden muss. Als wichtig wird darüber hinaus eine wirksame Prophylaxe vor einem Sturz aus dem Bett erachtet, für den bei geschwächten Patienten und bei Patienten, die im fortgeschrittenen Stadium des FVNF verwirrt seien, ein erhöhtes Risiko bestehe.

Insgesamt sei es von Bedeutung, dass die Pflegenden, insbesondere in der Phase einsetzender körperlicher Schwäche, auf die Wünsche des Patienten eingehen und ihn insgesamt unterstützen. Grundsätzlich ist aus der Perspektive der Pflege allerdings zu fragen, inwieweit es zu den Aufgaben der Pflegenden gehört, den Patienten in seinem selbstbestimmten Entschluss, den FVNF bis zum Ende durchzuführen, zu unterstützen und seinen diesbezüglichen Durchhaltewillen zu fördern.

2.3 MEDIZINISCHE HERAUSFORDERUNGEN

Im Mittelpunkt der ärztlichen Begleitung steht die medikamentöse Linderung von Symptomen wie Schlaflosigkeit, Angstzuständen, Schmerzen, Verwirrung oder starkem Unwohlsein. Bei Schlaflosigkeit kommen insbesondere Substanzen aus der Klasse der Benzodiazepine in Betracht. Die Schmerzbekämpfung kann mit verschiedenen Substanzen aus den Klassen der Cyclooxygenasehemmer (z. B. Paracetamol) und Opiate (Morphin oder Morphinderivate) durchgeführt werden. Bei Patienten mit extremem

¹³ Vgl. im Folgenden: Chabot, Boudewijn, Informationen zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit: Was zu tun ist, in: Chabot, Boudewijn, Walther, Christian, Ausweg am Lebensende, 59–80, vgl. 65 f.

Gewichtsverlust (Kachexie) treten im fortgeschrittenen Stadium häufig erhebliche Schmerzen auf, die insbesondere durch Subluxationen der Gelenke infolge des Muskelschwunds, der zunehmenden Immobilität und der Veränderung des Bandapparates erklärt werden. In dieser Phase muss häufig für eine ausreichende Schmerzbekämpfung auf die Gabe von Opiaten zurückgegriffen werden. Diese Substanzen können neben einer atemdepressiven Wirkung allerdings gerade im Zustand des Hungerstoffwechsels und der Kachexie und insbesondere der Austrocknung (Exsikkose, Hypovolämie) auch eine ausgeprägte kreislaufdepressive Wirkung entfalten. Letztere gewinnt insbesondere dann an Bedeutung, wenn der Arzt im Falle von FVNF keine Einwilligung des Patienten erhält, zur Behandlung eines Blutdruckabfalls nach Opiatgabe Flüssigkeit über die Vene in Form von Infusionen geben oder andere kreislaufstützende Maßnahmen ergreifen zu können.

2.4 PALLIATIVE CARE

Sowohl in der Pflege als auch in der ärztlichen Versorgung kann die palliative Versorgung der Patienten bei FVNF eine zentrale Bedeutung gewinnen.

Die palliative Versorgung (Palliative Care; lat.: pallium, Mantel) bezeichnet ein umfassendes Konzept zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen. Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Palliative Care ein »Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.«¹⁴ Für alle oben genannten Fallkonstellationen ist eine palliative Versorgung durch Pflegende und Ärzte bei der Vorbereitung des FVNF und während des Sterbeprozesses unabdingbar. Im Unterschied zu den Fallkonstellationen 1–3 wird in Fallkonstellation 4 eine palliative Versorgung allerdings erst *durch* die Entscheidung zu FVNF notwendig. Darauf hinzuweisen ist, dass Ärzte oder andere Personen im Zusammenhang mit Palliative Care keine todbringenden Mittel bereitstellen, wie dies beim assistierten Suizid der Fall ist.

¹⁴ WHO 2002.

3. Ethische Bewertung

In Bezug auf FVNF stellt sich zunächst die Frage, inwieweit FVNF normativ gleich oder zumindest ähnlich wie der Handlungskontext des Suizids zu bewerten ist und die für den Suizid geltenden ethischen Beurteilungen demnach auch auf FVNF angewendet werden können. An diese Frage schließt sich die Überlegung an, ob bzw. inwieweit die Begleitung bzw. Assistenz von FVNF mit der Handlung der Suizidassistenz gleichgesetzt werden kann.

3.1 GRUNDPOSITIONEN ZUR BEWERTUNG DES FVNF

In Bezug auf die Bewertung von FVNF werden im Folgenden zwei Grundpositionen diskutiert:

3.1.1 Position A: Beim FVNF handelt es sich um Suizid

FVNF ist handlungstheoretisch als Suizidhandlung einzuordnen, wenn drei Bedingungen erfüllt sind, nach denen Unterlassungen wie Handlungen bei moralisch relevanten Situationen gleichermaßen zu bewerten sind: *Erstens* muss die betreffende Person handeln können — im zu beurteilenden Fall also ohne erhebliche Einschränkung essen und trinken können. Sie muss *zweitens* um dieses Können wissen und muss sich *drittens* ausdrücklich dazu entscheiden, nicht zu handeln — im vorliegenden Fall also nicht zu essen und zu trinken.¹⁵

Im Fall von FVNF liegen alle drei Bedingungen vor, weshalb in handlungstheoretischer Perspektive der FVNF als eine Suizidhandlung zu bewerten ist.¹⁶

Nicht nur für gläubige Menschen stellt sich die Frage, wie weit die Entscheidungskompetenz in Bezug auf das eigene Leben reicht. Es ist offensichtlich, dass das In-die-Existenz-Kommen und das Leben nicht selbstverfügt

¹⁵ Vgl. Ricken, Friedo, Allgemeine Ethik, Stuttgart ⁵2013, 118 f. Es ist bemerkenswert, dass Christian Walther in seinem Plädoyer für FVNF (Ethische Aspekte des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit, in: Chabot, Bodewijn; Walther, Christian, Ausweg am Lebensende, 120–138, hier: 129) dem zustimmt: »Dass bei FVNF der Tod durch eine Unterlassung und nicht durch ein Tun herbeigeführt wird, ist ein *technischer, ethisch jedoch irrelevanter Unterschied*.«

¹⁶ So u. a. auch Jox, Ralf J. u. a., Voluntary stopping of eating and drinking: is medical support ethically justified?, in: BMC Medicine 15 (2017) (DOI 10.1186/s12916-017-0950-1). Diese Übereinstimmung bezieht sich allerdings nur auf die Betroffenen-Perspektive.

sind, wie die Zeugung durch Eltern und die Geburt erkennen lassen. Vor diesem Hintergrund könnte argumentiert werden, dass, wenn schon nicht über den Anfang des Lebens, doch wenigstens über dessen Ende verfügt werden könne. Mit der Vorstellung eines grundsätzlichen Verfügens über das eigene Leben stellt sich allerdings die Frage nach der Verantwortung sich selbst, dem Nächsten und Gott gegenüber. So dient in christlichem Verständnis das Leben nicht nur selbstgesetzten Zielen, sondern jeder Mensch hat von Gott, seinem Schöpfer, mit seiner Existenz auch eine eigene Berufung, eine Lebensaufgabe zugewiesen bekommen, die er nicht nur gegenüber seinen Mitmenschen, sondern auch gegenüber Gott zu erfüllen hat. Sein Leben ist dem Menschen zur Aufgabe gestellt – Gott, den Mitmenschen und sich selbst gegenüber.

Menschen können in schwerer Krankheit und Leiden das Leben zuweilen nur noch als eine Last empfinden. Auch wenn sie grundsätzlich zustimmen würden, dass das Leben als fundamentalstes Gut¹⁷ die Voraussetzung für die Verwirklichung aller Lebensziele darstellt, so vermögen sie diese Überzeugung in ihrer gegenwärtigen Lage nicht zu realisieren. Daher bleibt es auch für eine christliche Ethik eine offene Frage, ob in einem persönlich kaum mehr zu ertragenden Leidenszustand eine Pflicht zu leben besteht.¹⁸ Im hier zu beurteilenden Kontext ist allerdings zu beachten, dass ein kaum mehr zu ertragender Leidenszustand in der Fallkonstellation 4 in der Regel nicht vorliegt.

3.1.2 Position B: Beim FVNF handelt es sich nicht um Suizid

Diese Position macht geltend, dass es im Ausgangspunkt und im Ziel zwar durchaus Parallelen zwischen dem FVNF und der Selbsttötung gibt: Eine Person beschließt, aus dem Leben zu scheiden, und zudem ist die Konsequenz einer »erfolgreichen« Umsetzung des Entschlusses in beiden Konstellationen der Tod der Person. Gleichwohl unterscheidet sich die Konstellation des FVNF in der Modalität des Vorgangs, die ethische Relevanz gewinnen kann. Hierbei sind drei Aspekte von Bedeutung:

1. Der Suizid wird charakterisiert durch die (äußere) Einwirkung des Suizidenten auf seinen Organismus. Er legt beispielsweise im wahren

¹⁷ Vgl. hierzu grundlegend: Schockenhoff, Eberhard, Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen, Freiburg i. Br. 2. aktualisierte Auflage 2013, vgl. überdies: Trägerübergreifender Ethikrat im Bistum Trier (Hg.), Assistierter Suizid. Stellungnahme, Vallendar 2015.

¹⁸ Vgl. ebd.

ren Wortsinne Hand an sich, indem er sich z. B. stranguliert oder erschießt, oder wenn er seinem Körper eine Substanz zufügt, die einen irreversiblen Desintegrationsprozess des Organismus mit der Folge des Todes in Gang setzt. Hierfür kann aber auch (neutrales) Dritthandeln instrumentalisiert werden, z. B. wenn sich jemand vor einen Zug oder ein Auto wirft.

Nichts dergleichen aber vollzieht sich bei FVNF. Phänomenologisch zeichnet sich der Vorgang dadurch aus, dass die betreffende Person auf jederlei den Organismus von außen beeinträchtigende Handlungen gerade verzichtet. Sie unterlässt lediglich die Zuführung von lebensnotwendiger Nahrung und Flüssigkeit. Insoweit wird nun der Einwand erhoben, auch »normale« Suizidhandlungen seien denkbar in der Form des bloßen Unterlassens. Als Beispiel wird in der strafrechtlichen Literatur eine Situation beschrieben, in der jemand ohne jede Selbsttötungsabsicht die Straße betritt, dort aber auf der Fahrbahn im Anblick eines herannahenden Autos eine spontane Selbsttötungsabsicht durch das bloße Stehenbleiben realisiert. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass in diesem Beispiel einer Selbsttötung, auch wenn durch Unterlassen des Weitergehens der Tod herbeigeführt wird, sehr wohl eine Einwirkung auf den Körper stattfindet, indem der Suizident das Verhalten eines Dritten mit dem Ziel der Herbeiführung des eigenen Todes instrumentalisiert. Dies aber ist beim FVNF gerade nicht der Fall.

2. Zwischen FVNF und einem — zum Tode führenden — Behandlungsveto besteht eine Parallele. Hier wie dort realisiert sich das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen über seine leibliche Integrität. Als grundrechtlich garantierte Position zielt sie auf die Abwehr von Eingriffen und Übergriffen in das grundrechtliche Schutzgut der körperlichen Unversehrtheit. Sowohl bei FVNF als auch beim Behandlungsveto realisiert sich der Sterbeprozess in einem Unterlassen, indem der Betroffene eine Behandlung *quoad vitam* untersagt — im ersten Fall eine Ernährung, im zweiten Fall eine medizinische Intervention.
3. Ein weiterer ethisch relevanter Aspekt der Modalität, aufgrund dessen sich FVNF von einem Suizid unterscheidet, ist der lange Zeitraum des Sterbeprozesses bei FVNF, der über lange Zeit eine Revision der Entscheidung ermöglicht. Das Unterlassen der Nahrungs- und Flüss-

sigkeitsaufnahme erfordert daher über einen langen Zeitraum ein ständiges und aktives Aufrechterhalten der getroffenen Entscheidung.

Die hier vertretene Position deckt sich im Ergebnis auch mit einer im strafrechtlichen Schrifttum¹⁹ entwickelten Konzeption. Sie nimmt im Blick auf die weite Tatbestandsfassung des § 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) eine sogenannte teleologische Reduktion vor. Als Anknüpfungspunkt dient dabei eine Auslegung des Begriffs der Selbsttötung. Demnach entspreche der FVNF in seinem Tatbild nämlich keineswegs dem typischen Suizid. Es handele sich nicht um eine gleichsam gewaltsame Verletzung des eigenen Körpers. Im Übrigen seien die vielfältigen Anstrengungen zur Effektivierung der Suizidprävention gerade gegen direkte Weisen der Selbstzerstörung gerichtet, nicht aber gegen das sogenannte Sterbefasten. Auf diese Weise gelangt diese Auffassung dann auch zu der These, die Begleitung des sogenannten Sterbefastens werde durch den Straftatbestand des § 217 StGB nicht erfasst.²⁰

3.2 ETHISCHE BEWERTUNG DES FVNF UND SEINER BEGLEITUNG

Die beiden zuvor dargestellten Positionen unterscheiden sich deutlich in der kategorialen Bewertung der Handlung des FVNF. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob FVNF grundsätzlich abzulehnen und ferner, inwieweit eine Begleitung eines FVNF gegebenenfalls als ethisch verantwortbar anzusehen ist.²¹

3.2.1 Ethische Bewertung des FVNF

Im Hinblick auf die Beantwortung der ersten Frage lassen die vier dargestellten Fallkonstellationen (Kapitel 1.1) erkennen, dass in Bezug auf FVNF eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen in erheblichem Maße situationsabhängig und schwierig ist. Gleiches gilt auch

¹⁹ In der strafrechtlichen Literatur wird allerdings überwiegend die Auffassung vertreten, der FVNF sei eine Selbsttötungshandlung.

²⁰ In diesem Sinne Duttge, Gunnar; Simon, Alfred, Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als (strafbare) Suizidhilfe?, NStZ 2017, 512 (bes. 515 f.).

²¹ Hingewiesen sei hier zudem auf die Möglichkeit, dass durch ärztliche Maßnahmen im Rahmen der Begleitung von FVNF angesichts der spezifischen pathophysiologischen Situation bei Flüssigkeitsmangel und Hungerzustand (s. Kapitel 2.1) lebensbedrohliche Nebenwirkungen auftreten können. Hieraus können sich für Fallkonstellation 4 für den behandelnden Arzt zusätzliche Probleme ergeben.

im Hinblick auf Überlegungen zu einer Pflicht zu leben sowie für die Frage, ob das Leben auch unter der Vorstellung als »fundamentalstes Gut«²² in jedem Falle zu erhalten ist. Zwar läge im Falle eines Menschen, der ohne jeden erkennbaren medizinischen Grund in Selbsttötungsabsicht die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme einstellt (Fallkonstellation 4), die Einschätzung der Handlung als Suizid nahe, während die bewusste Entscheidung eines Patienten in der terminalen Sterbephase (Fallkonstellation 1), keine Nahrung und Flüssigkeit mehr zu sich zu nehmen, kaum als Suizid, sondern als Fügen in den Sterbeprozess zu bewerten wäre. Jedoch liegen in den meisten Fällen individualspezifische Überschneidungen der Fallsituationen vor, die eine solche kategorial orientierte Zuordnung des FVNF deutlich erschweren. Die Schwierigkeiten einer kategorialen Zuordnung spiegeln sich in einer ethischen Bewertung, die folglich die Umstände des Einzelfalles in Betracht ziehen muss. Es gibt einerseits Formen des FVNF, die zumindest für Vertreter von Position A moralisch dem Suizid gleichkommen. Vielfach sind die Umstände aber nicht eindeutig und erfordern eine fallbezogene Bewertung.

Ungeachtet der jeweilig unterschiedlichen kategorialen und moralischen Bewertung der Handlung des FVNF bestehen aber zwischen beiden Positionen entscheidende Übereinstimmungen:

- Auch Vertreter der Auffassung, FVNF sei kein Suizid (Position B), erkennen in der Zurückweisung einer Bewertung des FVNF als Selbsttötung keinesfalls einen moralischen Freibrief für FVNF.
- Hinsichtlich einer professionellen Begleitung des FVNF können beide Positionen zu dem Schluss kommen, dass eine Begleitung von FVNF nicht dem Tatbestand der Suizidassistenz entspricht.
- Beide Positionen können sich der grundsätzlich lebensbejahenden Ausrichtung des Konzepts der Palliativen Versorgung anschließen.

3.2.2 Ethische Bewertung der Begleitung

Für Vertreter der Position B, die FVNF nicht als Suizid bewertet, stellt eine medizinische und pflegerische Begleitung von FVNF naturgemäß keine Suizidassistenz dar. Aber auch Vertreter der Position A können geltend machen, dass eine professionelle Begleitung beim FVNF durchaus nicht

²² Diese Formulierung versteht das Leben als notwendiges Voraus, als Bedingung der Möglichkeit sämtlicher weiterer Güter.

dem üblichen Bild einer Selbsttötungsassistenz entspricht. Denn Ärzte und Pflegende stellen dem Patienten bei FVNF eben nicht ein tödlich wirkendes Mittel zur Verfügung, wie dies Voraussetzung für eine Assistenz zum Suizid wäre.

Wenn ein Patient durch FVNF sein Sterben einleiten möchte, ohne dass Störungen der Nahrungsaufnahme, relevante Erkrankungen oder kognitive Einschränkungen vorliegen (wie es der Fallkonstellation 4 entspricht), ist eine solche Handlungsweise mit der lebensbehaltenden Grundeinstellung kirchlicher Einrichtungen zwar unvereinbar. In einer solchen Situation ist es ungeachtet berechtigter moralischer Bedenken jedoch Pflicht der Einrichtung, den Sterbenden nicht sich selbst zu überlassen, sondern Hilfe zu leisten. Die Bereitschaft, im Fall des Auftretens schwerwiegender behandlungsbedürftiger Symptome tatsächlich zur Stelle zu sein, entspricht überdies grundsätzlich dem beruflichen Ethos von Ärzten und Pflegenden, auch wenn im Falle schwerwiegender moralischer Konflikte, etwa solcher mit Gewissensrelevanz, diesbezüglich Bedingungen gesetzt werden können. Dass diese Bereitschaft zur Hilfe möglicherweise die Hemmschwelle senkt, die dem Entschluss zu FVNF entgegensteht, ist dann nicht als verdeckte Einwilligung zu verstehen, sondern muss zugunsten des höheren Zieles der Hilfeleistung in Kauf genommen werden.

Auch Vertreter der Position B erkennen an, dass Ärzte und Pflegende und gegebenenfalls auch andere in den Prozess einbezogene Personen (z. B. Bevollmächtigte/Betreuer) durch die Begleitung eines FVNF einer Konfliktsituation ausgesetzt sein können, die durchaus Gewissensrelevanz erlangen kann. Vor diesem Hintergrund halten auch sie es für gerechtfertigt, in dem Fall, wenn jemand bewusst den langwierigen und schwierigen Weg zum Tod durch den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeitszufuhr wählt, dabei dann aber — gerade wegen der mit dem gewählten Weg verbundenen Komplikationen — professionelle Begleitung wünscht, die Prüfung und ethische Beurteilung einer Begleitung im Einzelfall zu einer Bedingung zu machen.

4. Empfehlungen

Das Akronym FVNF steht für das Vorgehen, durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das eigene Leben zu beenden. Vier Fallkonstellationen wurden in den vorausgehenden Ausführungen differenziert, in denen FVNF praktiziert werden kann: (1) FVNF in der präterminalen und terminalen Krankheitsphase, (2) FVNF im hohen Lebensalter oder aufgrund von Krankheit, (3) FVNF bei kognitiver Beeinträchtigung (z. B. Demenz) und (4) FVNF als selbstbestimmte Lebensbeendigung.

Auch wenn Differenzen in der Frage bestehen, ob FVNF als Suizid zu bewerten ist, kommen diesbezüglich unterschiedliche Auffassungen darin überein, dass die Begleitung von FVNF nicht einer Suizidassistenz entspricht und dass sie unter bestimmten Bedingungen zu rechtfertigen ist.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Ethikrat:

1. Beachtung des medizinischen, familiären und sozialen Kontextes

Der Wunsch nach FVNF spiegelt in vielen Fällen ein Defizit in der medizinischen, sozialen oder familiären Betreuung eines Patienten bzw. eines Bewohners wider. Daher ist jede Entscheidung zum FVNF als eine erhebliche individuelle und gesellschaftliche Herausforderung zu betrachten, die es erfordert, den Wunsch nach FVNF mit dem Betroffenen eingehend zu reflektieren.

2. Achtung der Selbstbestimmung und Gewährleistung der Freiwilligkeit

Die reflektierte freiwillige Entscheidung zu FVNF ist als Selbstbestimmung einer Person grundsätzlich zu respektieren.

Bestehen begründete Zweifel an der Selbstbestimmungsfähigkeit der Person, ist ein fachpsychiatrisches Konsil zur Begutachtung der Frage nach der Selbstbestimmungsfähigkeit des Betroffenen einzuholen.

Wenn bei einer Person, die in einer Einrichtung betreut wird und die Entscheidung zu FVNF geäußert hat, Zweifel an der Freiwilligkeit bestehen, kann dem Wunsch nach FVNF und einer Begleitung nicht entsprochen werden.

3. Ärztliches Gespräch

Eine selbstbestimmte Entscheidung zu FVNF hat eine umfassende Information des Betroffenen zur Voraussetzung. Daher sollen im Vorfeld eines FVNF in einem Gespräch mit einem Arzt mögliche Verläufe und Symptome bei FVNF eingehend besprochen und der Umfang und die Wirkung sowie Nebenwirkungen und Risiken möglicherweise notwendig werdender medizinischer Maßnahmen erörtert werden.

4. Prüfung jedes Falles durch ein klinisches Ethikkomitee/ethisches Konsil

Jede Entscheidung eines Patienten bzw. Bewohners zu FVNF bedarf, sofern FVNF in einer Einrichtung vollzogen werden soll, einer ergebnisoffenen Prüfung in ethischer Perspektive, die als Einzelfallprüfung von einem klinischen Ethikkomitee/einem ethischen Konsil durchgeführt werden muss. Mit der Prüfung durch ein solches Gremium wird zudem eine angemessene Transparenz in den Entscheidungs- und Handlungsprozessen hergestellt. Das klinische Ethikkomitee/das ethische Konsil soll zudem über den Verlauf des FVNF informiert werden und den Prozess des FVNF begleiten.

5. Internes Ersuchen einer Lebensbeendigung durch FVNF

Bei einer Person, die in einer Einrichtung der Träger betreut wird, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, FVNF zu begleiten. Zusätzlich zu den unter 2, 3 und 4 genannten Bedingungen (Prüfung der selbstbestimmten Entscheidung, ärztliches Gespräch und Prüfung durch das klinische Ethikkomitee/ ein ethisches Konsil) muss sichergestellt werden, dass die Entscheidung des Betroffenen nicht durch behebbare medizinische Symptome wie z. B. starke Schmerzen bestimmt oder beeinflusst wird, und dass mögliche weitere oder alternative medizinische oder pflegerische Handlungsoptionen geprüft werden. Zudem soll dem Patienten bzw. Bewohner eine seelsorgliche Betreuung sowie eine fachpsychologische Begleitung angeboten werden.

6. Externes Ersuchen einer Lebensbeendigung durch FVNF

Wenn eine Person, die in der Einrichtung nicht betreut wird bzw. wurde, sich an die Einrichtung mit dem Ersuchen wendet, ihre Lebensbeendigung durch FVNF zu begleiten, sollte die Anfrage in aller Regel abgelehnt werden. Im Unterschied zu Patienten, die bereits in der Einrichtung betreut werden, besteht zu externen Personen keine nähere Beziehung. Die quali-

fizierte Begleitung eines FVNF setzt ein vertieftes Verständnis für die Entscheidung des Patienten bzw. des Bewohners voraus, das angesichts der Tragweite der Entscheidung zum Tode eine vorausgehende Beziehung zu dem Patienten bzw. dem Bewohner erforderlich macht. Insofern gibt es kein grundsätzliches Angebot zur Begleitung von FVNF.

7. Freiwilligkeit der Mitwirkung von Mitarbeitern

Die Begleitung von FVNF kann für Ärzte, Pflegende und sonstige betreuende Personen mit erheblichen psychischen Belastungen verbunden sein. Vor diesem Hintergrund und angesichts der Gewissensfreiheit der Mitarbeitenden in der Einrichtung muss ihnen eine Begleitung von FVNF freigestellt bleiben. Die Träger als Arbeitgeber dürfen keinen Mitarbeiter verpflichten, an FVNF mitzuwirken.

8. Vermeidung unterstützender Anreize für FVNF

Vor dem Hintergrund einer grundsätzlich kritischen Einstellung zu FVNF dürfen Einrichtungen katholischer Träger keine unterstützenden Signale und Anreize für die Durchführung von FVNF nach innen wie nach außen setzen. Insbesondere darf kein geschäftsmäßiger Umgang im Zusammenhang mit FVNF stattfinden. Die grundsätzliche Möglichkeit der Begleitung von FVNF aus Respekt vor der Entscheidung des Betroffenen bedeutet nicht, dass diese generell gutgeheißen wird.

9. Förderung einer lebensbejahenden Kultur

Zur Förderung einer lebensbejahenden Kultur müssen die Träger katholischer Einrichtungen konsequent ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Palliative Care weiterbilden und entsprechende Strukturen in ihren Einrichtungen schaffen.

5. Appendix

5.1 INFORMATION ÜBER DEN ETHIKRAT KATHOLISCHER TRÄGER VON GESUNDHEITS- UND SOZIALEINRICHTUNGEN IM BISTUM TRIER

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Trägerübergreifende Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

5.2 DIE MITGLIEDER DES ETHIKRATES

Prof. Dr. Johannes Brantl

Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann (Vorsitzender)

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin

Prof. Dr. Wolfram Höfling

Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Helen Kohlen

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar; Lehrstuhl für Care Policy und Ethik in der Pflege

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC
Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Prof. Dr. Johannes Reiter
Professor em. für Moraltheologie der Katholisch-Theologischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Stephan Sahn
Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. Dr. Eberhard Schockenhoff (Stellvertreter Vorsitzender)
Theologische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ
Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main

Dr. Verena Wetzstein
Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Prälat Franz Josef Gebert
Vorsitzender des Caritasverbandes für die Diözese Trier e.V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft
Moraltheologe und Bioethiker, Leiter des Ethik-Instituts an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Kontakt

Ethik-Institut an der PTHV
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@pthv.de

ISBN 978-3-00-059782-4