

Antrag

1. Länderrat 2015
25. April 2015, Berlin, Turnhalle

AntragsstellerIn: Bundesvorstand (Beschlossen am 23.03.2015)

Tagesordnungspunkt: Sterbehilfe

1 Diskussionspapier zur Debatte über organisierte Sterbehilfe

2 Im Herbst 2015 wird der Deutsche Bundestag darüber entscheiden, ob die
3 rechtlichen Bestimmungen zur Beihilfe zum Suizid geändert werden. Dabei geht es
4 im Kern um die Frage, ob die organisierte, also geschäftsmäßige Beihilfe zum
5 Suizid künftig strafbar sein soll.

6 Die Frage nach dem Umgang mit menschlichem Leben - ob am Lebensanfang oder am
7 Lebensende - berührt ethische Grundeinstellungen und verlangt nach einem
8 sensiblen, ernsthaften Umgang jenseits von Fraktionsdisziplin oder
9 parteitaktischen Erwägungen. Im Deutschen Bundestag wird es dazu im Herbst
10 Gruppenanträge geben, für die sich die Abgeordneten je nach ihren persönlichen
11 Grundüberzeugungen über Fraktionsgrenzen hinweg zusammenfinden. Auch unsere
12 Delegierten haben bei der Bundesdelegiertenkonferenz im vergangenen November in
13 Hamburg entschieden, dass sie über diese Frage keine Parteiposition abstimmen
14 wollen, in Respekt vor der Gewissensentscheidung, die damit für alle,
15 insbesondere aber für unsere Bundestagsabgeordneten, verbunden ist. Sehr wohl
16 aber wollen wir dieser wichtigen Debatte einen breiten und angemessenen Raum
17 geben.

18 Deshalb gehen wir mit der Debatte beim Länderrat am 25. April einen neuen Weg.
19 In gegenseitigem Respekt diskutieren wir die unterschiedlichen Positionen.
20 Grundlage dafür ist dieses Diskussionspapier, in dem die beiden Autorengruppen
21 ihre jeweilige Position dargestellt haben: einmal für und einmal gegen die
22 Strafbarkeit von organisierter Beihilfe zum Suizid. Im Anschluss an die
23 zweistündige Debatte werden wir ein Stimmungsbild machen, um sichtbar zu machen,
24 wie die Delegierten zu dieser Frage stehen. Einen Beschluss wird es aber nicht
25 geben. Da diese Diskussionsgrundlage lediglich der Vorbereitung der Debatte
26 dient und kein Antrag ist, können zu dem Papier keine Änderungsanträge gestellt
27 werden.

28 Der Bundesvorstand möchte den Antragstellerinnen und Antragstellern danken, die
29 auf der BDK in Hamburg das Thema mit unterschiedlichen Anträgen auf die Agenda
30 gesetzt und gemeinsam die Länderratsdebatte mit großer Ernsthaftigkeit und
31 großem Respekt vorbereitet haben: Wir danken Renate Künast, Walter Otte, Simon
32 Pabst, Gudrun Pannier und Jürgen Roth, die gegen die Strafbarkeit organisierter
33 Sterbehilfe argumentieren. Der Dank gilt ebenso Volker Beck, Maria Klein-
34 Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Täubner-Benicke und Harald Terpe, die
35 dafür plädieren, die organisierte Sterbehilfe künftig unter Strafe zu stellen.

36 *****

37 *Renate Künast, Walter Otte, Simon Pabst, Gudrun Pannier, Jürgen Roth:*

38 **Keine Beschränkung der Selbstbestimmung am Lebensende!**
39 **Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht**

40 Viele Menschen bewegt die Frage, wie ein würdiges Lebensende aussieht. Bei ihrem
41 eigenen Leben, dem Leben von Verwandten, PartnerInnen und FreundInnen. Der
42 größte Wunsch dabei ist in der Regel, dass die letztendliche Entscheidung bei
43 einem selber verbleibt.

44 In der aktuellen Debatte um Sterbebegleitung geht es nicht um die Legalisierung
45 der aktiven Sterbehilfe. Es geht nicht um den Abbruch lebenserhaltender
46 Maßnahmen jenseits einer bewussten Entscheidung des Betroffenen. Es geht um den
47 assistierten Suizid - die Beihilfe zum Freitod.

48 Große Gruppen von Abgeordneten im Deutschen Bundestag - vor allem aus der
49 CDU/CSU und der SPD - fordern, in Zukunft jede Form der (auf Wiederholung
50 angelegten) organisierten Beihilfe zum Suizid strafbar zu machen. Bisher sind
51 in Deutschland jedoch die Selbsttötung und jegliche Beihilfe dazu nach
52 Rechtslage und Rechtsdogmatik straffrei.

53 Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages sollten der Versuchung widerstehen,
54 ihre individuellen moralischen Werte in das Strafgesetzbuch einzufügen. Das
55 Strafrecht ist nicht der Ort, die eigene Weltanschauung oder Religion für andere
56 zum Maßstab zu machen.

57 Wie können wir in Deutschland der Vielfalt der Vorstellungen von einem
58 selbstbestimmten Lebensende, einem Sterben in Würde gerecht werden? Wie Umfragen
59 wiederholt gezeigt haben, ist eine große Bevölkerungsmehrheit gegen ein
60 strafrechtliches Verbot von Sterbehilfe, auch von organisierter. In Gesprächen
61 hören wir: „Mein Lebensende bestimme ich selber. Der Staat soll sich da
62 heraushalten.“

63 Wir bekennen uns zum Recht jedes Menschen auf ein selbstbestimmtes Leben bis zum
64 Tod.

65 Das Grundgesetz garantiert jedem Menschen frei zu handeln, sofern nicht die
66 Rechte anderer verletzt werden. Diese Freiheit muss auch für
67 eigenverantwortliche Entscheidungen über die Art und den Zeitpunkt des eigenen
68 Todes gelten. Die Entscheidung darüber, ob das eigene Leben noch als lebenswert
69 bzw. erträglich eingestuft wird, muss und darf nur bei dem betroffenen Menschen
70 selbst liegen. So wenig, wie jemand zum Leben gezwungen werden darf, darf jemand
71 zum Sterben gedrängt werden.

72 Dabei dürfen wir die Sorge, Menschen könnten zum Suizid gedrängt werden, weil
73 sie ihren Verwandten, ihren Bekannten, ihrer gesamten Um- und Mitwelt zur Last
74 fielen, nicht übergehen. Aber: derzeit ist die Beihilfe zum Suizid rechtlich
75 erlaubt. Für Verwandte, für Ärztinnen und Ärzte und sogar für Vereine. Eine
76 Entwicklung, dass kranke oder alte Menschen vermehrt zum Suizid gedrängt würden,
77 ist nirgendwo erkennbar. Warum also die Rechtslage durch neue Verbote
78 verschärfen?

79 Deswegen halten wir es für richtig, die von Angehörigen, Nahestehenden,
80 Ärztinnen und Ärzten sowie Sterbehilfevereinen geleistete Beihilfe zum Freitod
81 weiterhin straflos zu lassen. Änderungen im Strafrecht sind keine Antwort auf
82 schwierigste Lebenssituationen.

83 Ein Verbot nimmt Menschen, die sich in Not befinden, die Chance, ein
84 ergebnisoffenes Gespräch zu führen. Die Tabuisierung würde noch vergrößert, aber
85 nicht die Prävention. Kranke, Sterbende und ihr Umfeld brauchen ein
86 flächendeckendes und am Selbstbestimmungsrecht orientiertes System von Hilfe.
87 Selbstbestimmung setzt ein breites Angebot an Unterstützung und Gesprächen
88 voraus. So können reflektierte und selbstbestimmte Entscheidungen ermöglicht und
89 Verzweiflungssuizide vermieden werden.

90 Der weitere Ausbau und eine hinreichende Finanzierung der Palliativmedizin und
91 von Hospizen sind deswegen dringend geboten.

92 Auf eine Vielzahl von Suizidwünschen ist die Abwendung stärkster Schmerzen gar
93 keine Antwort. Es geht vielmehr darum, den eigenen Würdevorstellungen
94 entsprechend zu sterben und das eigene Lebensende selbst zu bestimmen. Zum
95 Selbstbestimmungsrecht gehört, palliativmedizinische Angebote nicht anzunehmen
96 und sich zum Sterben zu entschließen.

97 Eine deutlich verbesserte palliativmedizinische Versorgung kann, wird und soll
98 Suizidwünsche reduzieren. Suizidprävention heißt: Ausbau einer flächendeckend
99 angebotenen Suizidkonfliktberatung, die die Menschen in ihrer existenziellen Not
100 annimmt und deren Suizidwunsch nicht tabuisiert, sondern fürsorglich, kompetent
101 und ergebnisoffen erörtert. Eine solche Suizidkonfliktberatung muss Palliativ-
102 und Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Sozialeinrichtungen einbeziehen, um ihre
103 Beratungs- und Unterstützungsfunktion für Sterbewillige wirksam wahrnehmen zu
104 können. Ein solches Beratungsangebot ist für eine selbstbestimmte Entscheidung
105 über den eigenen Tod unabdingbar und ethisch geboten. Sterbewillige, die über
106 ihren Sterbewunsch sprechen wollen, dürfen nicht Furcht davor haben,
107 zwangspsychiatrisiert zu werden.

108 Menschen in existenzieller Not brauchen keine strafrechtlichen Drohungen,
109 sondern eine kompetente Beratung, umfassende Informationen über
110 lebensorientierte Hilfsangebote in medizinischer, psychologischer, sozialer und
111 finanzieller Hinsicht. Diese Hilfe setzt Vertrauen voraus. Eine Strafbestimmung
112 zerstört Vertrauen. Sie überzieht sogar todkranke Menschen und ihre Angehörigen
113 mit staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen.

114 Statt zu kriminalisieren, muss die rechtliche Unsicherheit für Ärztinnen und
115 Ärzte in Deutschland ein Ende haben. Deren Standesrecht ist regional
116 unterschiedlich und hat zu einer ärzteberufsrechtlichen Zweiteilung in
117 Deutschland geführt. Allerdings wurde bislang keiner Ärztin und keinem Arzt
118 wegen einer Beihilfe zum Suizid die Approbation entzogen. Wir wollen deswegen
119 Patientinnen und Patienten ermutigen, sich mit einer Ärztin oder einem Arzt
120 ihres Vertrauens auszutauschen. So soll eine eigenverantwortliche Entscheidung
121 des Patienten unterstützt werden. Sollte sich die Patientin oder der Patient für
122 einen Freitod entscheiden, sollen Ärztinnen und Ärzte weiterhin dabei helfen
123 dürfen, ohne dass ihnen daraus Nachteile erwachsen.

124 Einige Menschen, die sich dazu entscheiden, ihr eigenes Leben zu beenden, haben
125 Angehörige oder ihnen nahestehende Personen, die sie um die Beihilfe bitten
126 können. Andere wollen lieber mit Dritten reden, um den Angehörigen oder Freunden
127 die Belastung zu ersparen. Letztere sollten wir nicht schlechter behandeln als
128 jene, die Angehörige und ein soziales Umfeld haben. Deswegen soll es dabei
129 bleiben, dass die Beihilfe zum Freitod nicht nur Einzelpersonen gestattet wird,
130 sondern es soll weiterhin auch Vereine geben dürfen, die Beratung und Hilfe
131 anbieten.

132 Sterbehilfe darf aber nicht zu einer gewinnträchtigen Einnahmequelle werden und
133 nicht aus eigennützigen Motiven geleistet werden dürfen. Eine Kommerzialisierung
134 ist nicht mit der Würde der Sterbewilligen, dem Respekt vor der letzten
135 Lebensphase von Menschen und mit den Anforderungen an eine ethisch begründete
136 Rechtsordnung vereinbar. Notwendige Sorgfaltskriterien bei assistierter
137 Sterbehilfe können durch gesetzliche Vorschriften außerhalb des Strafrechts
138 geregelt werden.

139 *****

140 *Volker Beck, Elisabeth Scharfenberg, Maria Klein-Schmeink, Kerstin Täubner-*
141 *Benicke, Harald Terpe:*

142 **Für die Würde der Sterbenden!**
143 **Beihilfe zum Suizid darf kein regelhaftes Dienstleistungsangebot werden**

144 Krankheit, Leid und Sterben gehören zur menschlichen Existenz. Hilfe im Sterben
145 ist dabei ein selbstverständliches Gebot der Humanität. Sie umfasst alle
146 ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, durch die Schmerzen gelindert und der
147 Sterbevorgang erleichtert werden, einschließlich menschenwürdiger Unterbringung,
148 Zuwendung und Körperpflege.

149 Der Respekt vor der Würde des/der Sterbenden muss dabei im Mittelpunkt stehen.
150 Die Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden muss an der Qualität des Lebens
151 und am Willen der Betroffenen in dieser Phase orientieren; dies muss im Zentrum
152 medizinischer und pflegerischer Versorgung stehen. Anstelle reiner
153 Lebensverlängerung müssen alle an der Versorgung Beteiligten die Patientinnen
154 und Patienten und ihre Angehörigen befähigen, selbst entscheiden zu können,
155 welche Behandlungs- und Therapiemaßnahmen gewünscht werden und auf welche
156 verzichtet werden soll. Was hilft der/dem Betroffenen, seine Lebensqualität zu
157 verbessern? Was ist womöglich nur leidensverlängernd?

158 Der rechtliche Rahmen für die Versorgung von Sterbenden hat sich in den letzten
159 Jahren durch Gesetze und Rechtsprechung fortentwickelt. Die sogenannte indirekte
160 Sterbehilfe wie auch die passive Sterbehilfe sind bereits heute ausdrücklich
161 erlaubt.

162 • Gerechtfertigter Behandlungsabbruch (sog. passive Sterbehilfe):

163 Ein Behandlungsabbruch, das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen
164 medizinischen Behandlung einschließlich der Einstellung der künstlichen
165 Ernährung ist - unabhängig vom Stadium einer Erkrankung - nach § 1901a BGB
166 zulässig, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen
167 entspricht. Der Bundesgerichtshof hat dieses Recht in seiner Entscheidung von
168 2010 erneut gestärkt. Die Anordnung oder Fortsetzung von Therapien und
169 Medikationen ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten oder seines
170 gesetzlichen Vertreters stellt eine Körperverletzung dar.

171 • Schmerzbehandlung mit Risiko der Lebensverkürzung (sog. indirekte
172 Sterbehilfe):

173 Die Verabreichung einer schmerzlindernden, aber potentiell lebensverkürzenden
174 Medikation ist ebenfalls ausdrücklich erlaubt. Der Bundesgerichtshof entschied
175 schon 1996, dass eine ärztlich gebotene schmerzlindernde bei einem Sterbenden
176 nicht deswegen unzulässig ist, weil sie als (unbeabsichtigte, aber in Kauf
177 genomme) unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.

178 Niemand ist demnach gezwungen, lebensverlängernde Maßnahmen gegen den Willen der
179 PatientInnen anzuordnen oder zu dulden und das Leiden oder die Qualen zu
180 verlängern. ÄrztInnen müssen dazu angehalten werden, in dieser letzten Phase des
181 Lebens Behandlungs- und Therapiephase mit den PatientInnen oder/und ihren
182 gesetzlichen VertreterInnen zu erörtern: Was ist lebensqualitätsverbessernd? Was
183 ist lebens- und womöglich nur leidensverlängernd? Die Anordnung oder Fortsetzung
184 von Therapien und Medikationen ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten oder
185 seines gesetzlichen Vertreters stellt eine Körperverletzung dar. Die
186 Zulässigkeit dieses Vorgehens muss in Ärzteaus- und -weiterbildung eine größere
187 Rolle spielen als bisher, damit rechtliche Unsicherheiten abgebaut werden. Zudem
188 muss die Bevölkerung über diese Rechte stärker aufgeklärt werden, damit
189 PatientInnen ihren Willen formen und artikulieren können und dieser dann auch
190 die Behandlung bestimmt.

191 Es gibt dennoch viele Ängste und Unsicherheit bei der Versorgung von
192 Schwerstkranken und Sterbenden. Nach einer Befragung des Deutschen Hospiz- und
193 Palliativverbandes von 2012 erklären 37% der Befragten, dass sie Angst davor
194 haben, beim Sterben der „Apparatemedizin“ hilflos ausgeliefert zu sein. 36%
195 hatten Angst vor Schmerzen, 15% vor Einsamkeit und 27% davor, jemandem zur Last
196 zu fallen. 78% wussten darüber hinaus nicht, dass die Betreuung durch ein Hospiz
197 oder einen Hospizdienst für sie kostenlos ist. Forderungen nach einer
198 Institutionalisierung der (ärztlich) assistierten Beihilfe zum Suizid, die
199 teilweise in Umfragen sogar eine Mehrheit finden, sind eine Reaktion auf diese
200 Ängste - und ein Alarmsignal.

201 Es gibt weiterhin Defizite in der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender.
202 Dies zu ändern ist die Aufgabe der Politik. Defizite, beispielsweise beim
203 flächendeckenden Ausbau der Palliativmedizin, können und dürfen aber kein
204 Argument für den Ruf nach Angeboten zum assistierten Suizid sein. Dies wäre die
205 hilfloseste Antwort in unserem Umgang mit Sterbenden.

206 Suizide sind mehrheitlich ein Phänomen der zweiten Lebenshälfte. Rund 40% aller
207 vollzogenen Suizide werden von Menschen über 60 Jahren begangen. Als Gründe für
208 ihren Sterbewunsch geben Betroffene über 60 häufig an, nicht zur Last fallen zu
209 wollen, Angst vor Verlust der Selbstständigkeit, Demenz oder Pflegebedürftigkeit
210 zu haben.

211 Niemand stellt in der aktuellen Diskussion die Straffreiheit des Suizids in
212 Frage. Wir lehnen es allerdings ab, dass der assistierte Suizid als normales
213 Dienstleistungsangebot oder gar als Form der gesundheitlichen Versorgung von
214 Kranken und Pflegebedürftigen in Deutschland etabliert wird. Wenn der
215 assistierte Suizid zur sozial akzeptierten Alternative zum natürlichen
216 Sterbeprozess würde, wäre zu befürchten, dass der Druck auf Menschen stiege, von
217 dieser Option auch Gebrauch zu machen. Die Arbeit von Organisationen wie
218 Sterbehilfe Deutschland oder Dignitas muss daher rechtlich unterbunden werden.

219 Deshalb wollen wir geschäftsmäßige und organisierte Sterbehilfe verbieten.
220 Organisiertes Handeln liegt vor, wenn die Tätigkeiten in regelhaften Abläufen
221 oder festgelegten Strukturen erfolgen. Damit fallen Angehörige und auch
222 ÄrztInnen, die eine feste Beziehung zur Patientin/zum Patienten haben, nicht
223 unter diese Bestimmung, da sie nicht organisiert handeln. Diese Menschen
224 befinden sich in einer persönlichen Ausnahmesituation, in denen wir eine
225 strafrechtliche Verfolgung für unangemessen halten.

226 In unserer Gesellschaft leben immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen,
227 Menschen mit psychischen Erkrankungen und immer mehr Alleinstehende. Mit welchem
228 Gefühl des Willkommen- und Aufgehobenseins sie in unserer Mitte leben können -
229 das ist nach unserer Auffassung auch vom Ausgang der aktuellen Debatte abhängig.
230 Wenn dem Leben wegen des Verlusts der Selbstständigkeit, einer demenziellen
231 Erkrankung, eines Leidens oder Pflegebedürftigkeit sein Wert abgesprochen wird,
232 ist dies ein Angriff auf die Würde des Menschen. Gerade in diesen Lebensphasen
233 sind Menschen besonders verletzlich und müssen sie vor Druck und Angriffen auf
234 ihre Existenz durch Nützlichkeits- und Kostenüberlegungen geschützt werden.