

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

16. Wahlperiode

Sozialpolitischer Ausschuss

Rechtsausschuss

Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend

Ausschuss für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur

41. Sitzung am 29.05.2015

43. Sitzung am 29.05.2015

38. Sitzung am 29.05.2015

31. Sitzung am 29.05.2015

– **Gemeinsame
öffentliche Sitzung** –

– **Elektronische Fassung** –

– **NEU** –

Protokoll

Beginn der Sitzung: 09:00 Uhr

Ende der Sitzung: 13:43 Uhr

Unterbrechung der Sitzung: 11:00 Uhr bis 11:15 Uhr

Einzigster Punkt der Tagesordnung:

Sterbebegleitung

– Vorlagen 16/5223/5309/5310/5311/5312 –

Ergebnis:

(S. 1 – 57)

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Herr Vors. Abg. Enders: Meine Damen und Herren, guten Morgen! Ich darf die 41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses, die 43. Sitzung des Rechtsausschusses, die 38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend sowie die 31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur eröffnen.

Die Einladung ist form- und fristgerecht erfolgt. Einziger Tagesordnungspunkt heute ist das Thema „Sterbebegleitung“. Dazu gibt es entsprechende Vorlagen, die in den letzten Tagen an die Abgeordneten verteilt worden sind. Wir führen heute ein Anhörverfahren zu diesem Thema durch.

Ich begrüße an allererster Stelle die Damen und Herren Anzuhörenden. Das sind in alphabetischer Reihenfolge – die Damen und Herren sitzen hier vorne auf der Regierungsbank –: Frau Constanze Angerer, Landgerichtspräsidentin a. D. vom Ethikrat Berlin; daneben Frau Elke Baezner, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V.; daran anschließend der Kollege Robert Gosenheimer, Leitender Oberarzt Palliativmedizin am Krankenhaus St. Marienwörth in Bad Kreuznach.

Daneben sitzt Herr Dr. Thomas Posern, Kirchenrat und Beauftragter der Evangelischen Kirchen und Diakonischen Werke im Land Rheinland-Pfalz; gefolgt von Herrn Professor Robert Roßbruch, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Fakultät Sozialwissenschaften, Department Gesundheit und Pflege. In der zweiten Reihe sitzen Frau Gisela Textor, die Vorsitzende der LAG Hospiz Rheinland-Pfalz e. V., und last but not least Herr Dieter Skala vom Katholischen Büro hier in Mainz. – Seien Sie uns besonders herzlich hier im Landtag willkommen.

Ich darf auch die anderen Ausschussvorsitzenden begrüßen: zu meiner rechten Seite Herrn Kollegen Dr. Konrad, der freundlicherweise die Rednerliste führt, sowie Herrn Herbert Schneiders auf der linken Seite. Der Kollege Geis hat freiwillig auf einen Platz hier oben verzichtet, aber er gehört genauso zu den Ausschussvorsitzenden dazu.

(Zuruf von der SPD: So sind wir eben!)

Ich begrüße fernerhin die Damen und Herren Abgeordneten aus den entsprechenden Ausschüssen, ebenso die Mitglieder der Landesregierung, die heute unter anderem vertreten ist durch Frau Staatsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler mit Mitarbeitern. Herr Staatsminister Professor Dr. Robbers ist angekündigt, er kommt eventuell etwas später. Des Weiteren begrüße ich Herrn Staatssekretär Dr. Hannes Kopf vom Justizministerium sowie last but not least Herrn Staatssekretär Prof. Dr. Deufel mit Mitarbeitern. Damit ist die Landesregierung sicherlich ausreichend begrüßt.

Vonseiten des Landtags nehmen im Laufe der Anhörung teil: Herr Präsident Mertes – er hat sein Kommen angekündigt; er kommt etwas später – sowie Frau Direktorin beim Landtag Molka.

Wir haben im Laufe des Tages zwei Besuchergruppen, die erst später kommen. Ich rufe sie dann auf, wenn sie auf der Besuchertribüne sitzen. Ich richte aber auch einen herzlichen Gruß an die Damen und Herren der Öffentlichkeit und der Presse, die heute Morgen dabei sind und der Anhörung folgen.

Ich darf einen Hinweis zum Livestream geben: Wir haben uns im Vorfeld darauf geeinigt, dass die komplette Anhörung im Livestream verfolgt werden kann. Sie ist auf der Homepage des Landtags abrufbar. Die Aufzeichnung wird auch in der nächsten Woche im Archiv abrufbar sein unter dem Stichwort: „Ausschüsse“.

Für ein kleines technisches Problem bitte ich um Verständnis: Während der Zeit des Umbaus des Landtags und wegen der damit verbundenen beschränkten Technikausstattung müssen wir für den Ablauf der Sitzungen einige Regularien festlegen, insbesondere um eine möglichst gute Übertragung von Bild und Ton zu gewährleisten. Deswegen haben sämtliche Wortbeiträge – das heißt die Vorträge der Anzuhörenden, aber auch die Fragen der Abgeordneten und die anschließenden Antworten der Anzuhörenden – vom Pult hier vorne zu erfolgen. Das Mikrophon ist dann jeweils freigeschaltet. Das ist vom Präsidium so gewünscht, damit der Ablauf strukturiert ist.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Die Fragen der Abgeordneten können dann am Schluss der Anhörung nach einer kurzen Pause der Reihenfolge der Wortmeldungen nach gestellt werden. Dr. Konrad wird die Rednerliste führen. Um da eine Struktur hineinzubringen, werden wir je Wortmeldung bis zu drei Fragen zulassen. Die Fragen werden dann gegebenenfalls gesammelt, auch um den Anzuhörenden eine zusammenhängende Antwortmöglichkeit zu geben.

Es wird darum gebeten – wie das bei anderen Anhörungen üblich ist, gerade bei so großen Anhörungen –, vonseiten der Abgeordneten nur Fragen zu stellen und keine Bewertungen vorzunehmen. Dazu haben wir noch Zeit bei einer abschließenden Ausschusssitzung, die wir noch terminieren werden, wenn uns das Protokoll zur Auswertung vorliegt. Das Protokoll wird voraussichtlich am Dienstag, den 16. Juni 2015 vorgelegt werden können.

Die nächste Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses findet bereits eine Woche später, am 23. Juni 2015, um 14 Uhr statt. Das ist viel zu früh, um sich angemessen darauf vorzubereiten. Deshalb schlage ich vor, dass die Anhörung am Dienstag, den 14. Juli – das wäre die nächste Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses – stattfindet; wahrscheinlich im Benehmen mit den anderen Ausschüssen.

Mein Vorschlag wäre, dass die Ausschussvorsitzenden und die Arbeitskreisvorsitzenden kurz nach vorne kommen, sodass wir uns kollegial darauf einigen.

Gibt es zu dem Prozedere Fragen? – Am Ende der Anhörung ist dann eine Vertagung zu beschließen.

Mittlerweile ist auch Herr Professor Robbers erschienen. Herzlich willkommen!

Wir kommen dann mit einer leichten zeitlichen Verzögerung zum Anhörverfahren. Die Anzuhörenden haben fast vollzählig im Vorfeld Vorlagen mit ihren Beiträgen eingereicht, die die Abgeordneten auch gelesen haben. Deshalb meine Bitte an die Damen und Herren Anzuhörenden, dass sie die zur Verfügung stehende Zeit nutzen, um die wesentlichen Punkte vorzutragen. Ich muss um Verständnis bitten, dass wir für jeden Vortrag nur maximal 15 Minuten zur Verfügung haben, sonst wird es ungerrecht, und das Zeitgefüge gerät etwas durcheinander. Deswegen bitte ich um Verständnis, dass, wenn sich der eine oder andere vielleicht aus Versehen nicht ganz daran hält, ich dann dezent darauf hinweise.

Ich darf als Erste Frau Constanze Angerer aufrufen. Kommen Sie bitte vorne ans Mikrofon, das für Sie freigeschaltet ist.

Frau Constanze Angerer
Landgerichtspräsidentin a. D., Ethikrat Berlin

Frau Angerer: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrter Herr Minister, sehr geehrte Herren Staatssekretäre, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ihre Orientierungsdebatte vom 19. März 2015 ist ein überzeugendes Vorbild für eine gute und intensiv geführte Landtagsdebatte. Vielen Dank für die Einladung zur Anhörung.

Ich werde Ihnen noch einmal kurz die Haltung des Deutschen Ethikrats und die Ergebnisse des Positionspapiers der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zum Thema „Sterbehilfe“ erläutern.

Sie haben die verfassungsrechtlichen Grundlagen dieses Themas schon hervorgehoben; das sind Menschenwürde und Autonomie. Die Würde des Menschen hängt nicht von seinen Fähigkeiten ab, und sie kann nicht danach bemessen werden, ob das Leben ohnehin bald zu Ende geht. Die Würde kommt allen Menschen in jeder Lebenssituation in gleicher Weise zu, und sie nach Artikel 1 Grundgesetz unantastbar.

Aus der Würde des Menschen folgt sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, seine Autonomie. Hieraus leitet sich das Recht jedes voll einsichtsfähigen Menschen ab, frei zu bestimmen, ob ein ärztlicher Eingriff oder eine sonstige ärztliche Maßnahme vorgenommen, fortgeführt oder beendet wird. Das gilt auch dann, wenn die Ablehnung des Eingriffs oder der Fortführung oder ihre Beendigung zum Tode des Patienten führt.

In sämtlichen Äußerungen in Ihrer Orientierungsdebatte wird die Bedeutung der Versorgung Sterbender in Palliativstationen und Hospizen zu Recht hervorgehoben. Überzeugend wird betont, dass die palliative Versorgung am Lebensende die Angst vor dem Sterben zumindest vermindern kann. Auch stellt sie für die Angehörigen eine große Hilfe dar.

Eine gute palliative Versorgung kann auch den Wunsch nach einem Suizid entkräften. Das zeigen die Erfahrungen der Palliativmediziner, dass der Patient nach einer palliativen Versorgung und Einstellung nicht mehr den Wunsch äußert, sofort sterben zu wollen, sondern in den meisten Fällen den Wunsch hat, nach Hause entlassen zu werden, um dort dann, wenn möglich, im Kreis der Angehörigen zu sterben. Die ganz überwiegende Zahl der Menschen will zu Hause sterben.

Leider sieht die Wirklichkeit noch anders aus. Nur circa 25 % bis 30 % der Menschen sterben zu Hause. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll deshalb flächendeckend ausgebaut werden, damit die Patienten zu Hause palliativ versorgt werden können. Ebenso sollen die ambulanten Hospizdienste flächendeckend erweitert werden. Die ambulanten Hospizdienste unterstützen die Angehörigen bei der Pflege eines Sterbenden zu Hause.

Aber dennoch wird laut einer Meinungsumfrage von vielen Menschen der Wunsch geäußert, dass sie im Fall einer schweren Erkrankung Sterbehilfe erhalten. Auch in den Medien wird immer wieder von bekannten Personen berichtet, die den Suizid wegen ihrer Erkrankung bewusst gewählt haben. Der Bericht über den Suizid eines bekannten Moderators in der Schweiz hat dort viele Menschen dazu bewegt, den in der Schweiz vorhandenen Sterbehilfeorganisationen beizutreten.

Ich glaube nicht, dass die Befragten eine Vorstellung haben, wie die Sterbehilfe durch die Vereine organisiert ist. Die meisten Menschen haben Angst vor dem Sterben und werden erst recht Angst haben, durch die Einnahme des tödlichen Gifts ihrem Leben so ohne jeden Trost selbst ein Ende zu setzen. Viele wissen nicht, dass die Angst vor dem Sterben durch eine gute palliative Versorgung genommen werden kann und dass ungewollte lebensverlängernde Maßnahmen durch eine Patientenverfügung verhindert werden können. Ich meine, dass es ein großes Anliegen ist, diese Informationen an die Bevölkerung weiterzugeben.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Tatsächlich ist die Zahl der Suizide in den letzten Jahren zurückgegangen. Als Gründe für diesen Rückgang werden die verbesserte fachärztliche Versorgung genannt, etwa durch die palliative Versorgung mit einer angemessenen Schmerzbekämpfung, und die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Der Deutsche Ethikrat fordert deshalb die Stärkung und Verbreitung der Palliativ- und Hospizversorgung, dem ja auch der Bundesminister für Gesundheit schon Rechnung trägt durch seinen Entwurf, und eine Suizidprävention, die vereinsamte, psychisch kranke Menschen durch eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung sowie durch niedrigschwellige Beratungsangebote in Lebenskrisen auffängt und unterstützt.

Die Diskussion der organisierten Sterbehilfe verlangt die Klarstellung der Begriffe. Als „indirekte Sterbehilfe“ wird die Schmerzmittelabgabe, zum Beispiel von Morphium, bezeichnet, die eventuell – nicht immer – zu einem früheren Todeseintritt führt. Als „passive Sterbehilfe“ wird das Sterbenlassen bezeichnet, wenn die medizinische Behandlung unterlassen, begrenzt oder beendet wird, also die Behandlung abgebrochen wird, weil der Patient eine weitere Behandlung ablehnt oder durch eine Patientenverfügung früher abgelehnt hat. „Aktive Sterbehilfe“ liegt vor, wenn ein Dritter das tödliche Mittel verabreicht.

Bei der Diskussion über die Sterbehilfe geht es um die Frage, ob das geltende Recht ausreicht. Justizminister Professor Robbers hat in seinem Beitrag bei der Orientierungsdebatte auch gerade diese Frage angesprochen und eher Zweifel geäußert, ob neue Regeln hilfreich wären.

Zuerst zum geltenden Recht. Wer einen anderen auf dessen Verlangen hin tötet, macht sich nach § 216 Strafgesetzbuch strafbar. Der Ethikrat hat in seiner Stellungnahme bekräftigt, dass die Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen unverändert erhalten bleiben muss. Das war auch übereinstimmende Meinung in Ihrer Debatte und in der Debatte des Bundestags.

Wer das todbringende Mittel verschafft, aber nicht selbst Hand anlegt, sondern die Entscheidung dem Sterbewilligen überlässt, begeht nur Beihilfe, die straflos ist; denn nach strafrechtlichen Grundsätzen setzt die Strafbarkeit der Beihilfe voraus, dass eine strafbare Haupttat vorliegt. Die Selbsttötung ist jedoch nicht strafbar.

Wichtig ist aber, festzuhalten, dass die Beihilfe nur straffrei ist, wenn der Sterbewillige die Tatherrschaft, das heißt die Verantwortung für seinen Tod, selbst in der Hand hat. Diesen Grundsatz sollten wir beibehalten. Straffrei bleibt nach geltendem Recht auch der Arzt oder der Angehörige, wenn passive Sterbehilfe vorliegt, also entsprechend dem Willen des Patienten die medizinische Behandlung unterlassen, nicht fortgesetzt oder beendet wird.

Nicht selten tritt die weitere Frage auf, ob sich der Arzt oder der Angehörige wegen unterlassener Hilfeleistung oder sogar wegen einer Garantenstellung der Tötung durch Unterlassen strafbar macht, wenn der Sterbewillige durch die Einnahme des Gifts bewusstlos wird, er ihn aber noch retten könnte. Der Arzt oder der Angehörige sollte nicht aus strafrechtlichen Gründen gezwungen werden, sich über den Willen des Sterbenden hinwegzusetzen. Das sollte gesetzlich geklärt werden, denn die höchstrichterliche Rechtsprechung ist dazu noch nicht eindeutig.

Suizidbeihilfe durch Sterbehilfeorganisationen. In Deutschland hat sich die Debatte an zwei aktiven Sterbehilfeorganisationen entzündet, nämlich DIGNITAS-Deutschland und „Sterbehilfe Deutschland“. DIGNITAS-Deutschland bietet seinen Mitgliedern an, dass sie in der Schweiz die dort unter bestimmten Voraussetzungen praktizierte Unterstützung beim Suizid erhalten. Wer Mitglied werden will, zahlt eine Aufnahmegebühr, monatliche Mitgliedsbeiträge und die Kosten der Sterbebegleitung in Höhe von 5.600 Euro.

„Sterbehilfe Deutschland“ ermöglicht seinen Mitgliedern einen begleiteten Suizid. Die Suizidbegleitung kostet 7.000 Euro und setzt voraus, dass der Sterbewillige die erforderliche Einsichtsfähigkeit besitzt, sein Entschluss durchdacht, nachvollziehbar und unumstößlich ist.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

In den Niederlanden, Belgien und Luxemburg ist aktive Sterbehilfe, also Tötung durch einen Dritten, unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Zwei Ärzte müssen prüfen, ob der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung sterben will, ob sein Zustand aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist und keine andere Lösungsmöglichkeit besteht. In dieser Regelung sind sogar Minderjährige einbezogen.

Artikel 115 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs bestimmt, dass Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven nicht erlaubt ist. Eine normale Entschädigung für die Dienstleistung der Sterbehilfe wird aber nicht als Suizidbeihilfe aus selbstsüchtigen Motiven verstanden. Auf dieser Grundlage sind in der Schweiz die Sterbehilfeorganisation EXIT-Deutsche Schweiz, EXIT-Romandie und DIGNITAS entstanden.

Verlangt das Prinzip der Privatautonomie die Zulassung der organisierten Sterbehilfe? Manche fragen: Warum werden Patienten gezwungen, in die Schweiz und in die Niederlande zu fahren, um ihrem Leben ein Ende setzen zu können? – Der Ethikrat hat die Frage der Zulassung der organisierten Sterbehilfe für Deutschland entschieden verneint und ein ausdrückliches gesetzliches Verbot befürwortet.

Warum? – Nach Auffassung des Ethikrats bedarf es einer gesetzlichen Regelung, weil sonst die besondere Achtung des menschlichen Lebens nicht ausreichend gewahrt wird. Sie kommt in den sozialen Normen und Überzeugungen zum Ausdruck. Suizidbeihilfe darf nicht den Anschein eines Normalfalls bekommen. Eine Suizidbeihilfe muss auf individuelle Hilfe in tragischen Ausnahmesituationen beschränkt sein. Deshalb müssen ausdrückliche Angebote der Suizidbeihilfe, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen, gesetzlich untersagt werden.

Dabei ist nach Auffassung des Ethikrats nicht entscheidend, ob die Beihilfe durch eine Einzelperson oder durch einen Verein angeboten wird. Ferner muss der Gefahr vorgebeugt werden, dass ein Mensch in Lebenssituationen, in denen er besonders schwach ist, durch Dritte in seiner Selbstbestimmung beeinflusst wird.

Einer Regelung zur passiven Sterbehilfe bedarf es nicht. Der Arzt darf sich nicht über den Willen des Patienten hinwegsetzen, sonst begeht er eine strafbare Körperverletzung. Der Gedanke der Selbstbestimmung hat den Gesetzgeber geleitet, als er die Regelung der Patientenverfügung in § 1901a BGB geregelt hat.

Aber nicht immer reichen die Palliativversorgung und die Patientenverfügung aus, um den dringenden Wunsch des Sterbenden nach Beendigung seines qualvollen Leidens zu beseitigen. Es sollte daher dem Arzt auch nicht durch Standesrecht verboten sein, im Einzelfall aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und dem Patienten eine Suizidbeihilfe zu leisten. Dazu gehört dann auch, dass im Einzelfall der Arzt auch nach dem Betäubungsmittelgesetz straffrei bleibt, wenn er das entsprechende Betäubungsmittel verschreibt.

Ich fasse zusammen:

Das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen sollte ausnahmslos bestehen bleiben. Die Straffreiheit des Suizids und die darauf beruhende grundsätzliche Straflosigkeit der Beihilfe und der Anstiftung sollten ebenfalls beibehalten werden. Aber eine Suizidbeihilfe oder öffentliche Angebote dafür sollten verboten werden, wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen. Dabei ist unerheblich, ob sie durch eine Organisation oder durch einen Einzelnen erfolgen.

Anstiftung oder Beihilfe aus selbstsüchtigen Motiven sollten entsprechend der Schweizer Regelung strafbar sein. Auch die Strafbarkeit der Anstiftung oder Beihilfe zum Suizid eines Minderjährigen sollte erwogen werden. Regelungen zur passiven Sterbehilfe erscheinen angesichts der klaren Regelungen zur Patientenverfügung nicht geboten. Mit Blick auf die Rechtsprechung zur Tötung durch Unterlassen sollte der Gesetzgeber aber eine klarstellende Regelung treffen, dass bei einem frei verantworteten Suizid den Angehörigen oder den Arzt keine Rettungspflicht trifft. Der Gesetzgeber sollte auch klar-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

stellen, dass sich ein Arzt, der in einer Ausnahmesituation Sterbehilfe leistet, nicht nach dem Betäubungsmittelgesetz strafbar macht.

Ich danke Ihnen.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Angerer. Sie haben sich auf die Sekunde an die Zeit gehalten. – Gestatten Sie mir noch einen Hinweis an die Anzuhörenden. Wenn Sie nach vorne treten: Vorne links am Pult gibt es zwei Knöpfe mit den Aufschriften „Auf“ und „Ab“. Damit kann man das Pult nach oben oder nach unten schieben, je nach Körpergröße.

Ich darf dann Frau Elke Baezner von der DGHS das Wort erteilen.

Elektronische Fassung

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Frau Elke Baezner
Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V.

Frau Baezner: Meine Damen und Herren, ich bedanke mich zunächst für die Ehre, hier bei Ihnen die Grundsätze der DGHS – Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben – vorzutragen zu dürfen.

Sie haben hier den Mut, eine öffentliche Diskussion und nicht nur eine parteiinterne Diskussion zu führen. Dafür gebührt Ihnen Dank und Anerkennung. Ich gehe davon aus, dass mein Statement und der angehängte Brief schon im Internet verbreitet und vielleicht auch gelesen wurden, sodass ich mich hier auf andere Zwischenfragen beschränken möchte.

Für das rein Juristische – dazu steht ebenfalls etwas in meinem Statement – haben wir hier Herrn Professor Roßbruch, der dieser Frage sehr viel genauer nachgehen kann. Mein kurzes Statement zeigt die Hauptargumente der DGHS gegen die Einführung einer Norm im Strafgesetzbuch gegen Freitod und Sterbehilfe.

Daran angehängt ist ein Brief einer 82-jährigen Dame, einer langjährig Kranken. Sie ist kein Mitglied der DGHS; der Brief kam mir zufällig letzte Woche ins Haus. Er beschreibt aber extrem eindrücklich die jahrelange alltägliche, traurige Erfahrung an der Basis. Ich möchte Ihnen diesen Brief einer ganz einfachen alten Dame aus Deutschland eindringlich zur Lektüre ans Herz legen. Im Grunde steht schon alles darin, und ich könnte jetzt aufhören; so ergreifend ist es, was diese alte Frau gesagt hat. Sie beschreibt eine Erfahrung, die jeden von uns – wirklich jeden, auch die Jüngeren – heute oder morgen schon treffen kann.

Was Frau Angerer schon zur Schweiz gesagt hat, kann ich bestätigen. Ich bedanke mich für die sehr gründliche Vorbereitung. Wenn Sie weitere Fragen haben: Ich lebe seit 35 Jahren in der Schweiz, ich bin seit 25 Jahren Mitglied der beiden Schweizer EXIT-Gesellschaften. Ich habe dort in meiner Eigenschaft als Vorstandsmitglied und Präsidentin der EXIT-Deutsche Schweiz meine Erfahrungen bei Freitodbegleitungen gemacht. Wenn Sie Fragen dazu haben, kann ich Ihnen gerne Antworten geben.

Ich möchte noch auf eine Veranstaltung hinweisen, die die DGHS am 19. Juni 2015 in Berlin abhält. Wir haben das letzte Mal hochrangige Juristen zu einer Podiumsdiskussion eingeladen. Diesmal sind die Ärzte dabei. Weil hier auch viel von der Praxis in den Beneluxländern die Rede war, möchte ich darauf hinweisen, dass am 19. Juni 2015 in Berlin eine Podiumsdiskussion stattfindet, bei der auch Vertreter und Ärzte der Beneluxländer – auch eine Dame aus Oregon – dabei sein wird. Anschließend wird es eine große Diskussion geben. Das wäre vielleicht für manche von Ihnen noch eine Gelegenheit, Ihre Fragen zu stellen.

Hier möchte ich mich auf das Plenarprotokoll Ihrer letzten Orientierungsdebatte vom 19. März 2015 beziehen, die mich zu folgenden Überlegungen angeregt hat: Es wurde dort eingangs gesagt: „Die staatliche Pflicht zum Lebensschutz und ebenso die ärztliche Verantwortung für die Lebenserhaltung setzen der Selbstbestimmung in der Sterbephase Grenzen.“

Das ist schon im Ansatz falsch. Das im Grundgesetz garantierte Recht auf Selbstbestimmung über das eigene Leben und Sterben setzt der staatlichen Pflicht zum Lebensschutz und der ärztlichen Verantwortung für die Lebenserhaltung Grenzen. Hier muss jede weitere Debatte ansetzen. Wir brauchen keine neuen Verbote, sondern klare Definitionen dessen, was erlaubt ist, und zwar unter sehr einsichtigen und strengen Bedingungen und Sorgfaltspflichten.

Selbst der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte spricht vom Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens selbst zu bestimmen. Für das Bundesverfassungsgericht gehört es auch für einen Kranken zum ureigensten Bereich seiner Persönlichkeit, in Fragen der leiblich-seelischen Integrität seine Maßstäbe selber zu wählen.

Noch ein Punkt, der mir in den Kopf kam: Wir verdrehen ständig Ursache und Wirkung. Viele Menschen sagen: lieber tot als pflegebedürftig, lieber tot als ins Pflegeheim zu gehen. Warum? – Wenn

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

gebrechliche, pflegebedürftige, oft alleinstehende alte Menschen einen solchen Horror haben vor deutschen Alters- und Pflegeeinrichtungen, dann muss man die Ursache beheben, zum Beispiel den Stress des Personals abbauen, anstatt die sprichwörtliche Todesangst davor über Verbote zu regeln. In diesem Sinne sind Phänomene wie DIGNITAS oder Roger Kusch nicht die Ursache für die zunehmende Zahl Sterbewilliger, sondern sie sind Ausdruck einer zunehmend unbefriedigenden Situation für Alte und Kranke heutzutage.

Es muss einem entscheidungsfähigen Erwachsenen, der sein Leben gelebt hat, überlassen bleiben, wenn er nach langem Siechtum oder in Erwartung dessen oder seine Bilanz ziehend seinem Leben und damit seinem Leiden ein Ende setzen will. Sein Leben ist ja nur aufgrund ärztlicher Handlungen mit den Mitteln der heutigen medizinischen Möglichkeiten verlängert worden, zugegebenermaßen oft auf seinen eigenen Wunsch hin. Er wird immer bei der Stange gehalten, mit Angst und Hoffnung. Die Massenmedien schüren diese Angst und diese Hoffnung noch mit allen Mitteln.

Für das Einverständnis zur Lebensverlängerung durfte der Kranke sehr wohl seine Zustimmung geben, und selten wird dabei seine Entscheidungsfähigkeit hinterfragt. Erst seit 2009, aufgrund des sogenannten Patientenverfügungsgesetzes, darf der Kranke eine vorgeschlagene oder bereits eingeleitete Behandlung auch ablehnen, bis heute oft nur nach Einsatz eines Rechtsanwaltes. Der Rechtsanwalt der DGHS kann davon ein Lied singen.

Es braucht offenbar noch viel Zeit und noch ein paar weitere Gerichtsurteile, um hier in der Ärzteschaft und in den Pflegeeinrichtungen ein Umdenken zu bewirken. Um aber überhaupt eine Entscheidung auf der Basis einer verständlichen, korrekten Information über alle Behandlungsmöglichkeiten und alle Konsequenzen treffen zu können, hängt der Patient wie auch seine Angehörigen völlig von der Beratung durch den Arzt ab. Meine Damen und Herren, Sie wissen: Nichts verleitet mehr zu Missbrauch als Macht und Abhängigkeit.

Noch ein Wort zur Ethik: Der moderne Sozialstaat, die sorgende Gesellschaft, stößt an ihre Grenzen. Als Beispiel möchte ich den Titel des nächsten Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit nennen. Er lautet: „Der Preis des Überlebens: Therapiekosten und Ethik im Gesundheitswesen“. Der einleitende Text dazu lautet:

Neue Medikamente können Leberzirrhose und Leberkrebs nach einer Hepatitis-C-Infektion verhindern – ohne starke Nebenwirkungen bei guter Verträglichkeit. Doch die Behandlung ist teuer: Wollte man alle 300.000 Infizierten in Deutschland sofort behandeln, „würde das die Krankenkassen rund 18 Milliarden Euro kosten, das sind fast zwei Drittel der gegenwärtigen GKV-Ausgaben für Arzneimittel“, rechnete die Ärztezeitung im vergangenen Herbst vor. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband haben für 2015 zusätzliche Ausgaben von etwa 1 Milliarde Euro ausgehandelt. Das heißt: Nur ein Bruchteil der Infizierten könnte bei einer solchen Regelung davon profitieren.

Das Beispiel zeigt, wie medizinischer Fortschritt das Gesundheitssystem in Deutschland vor ethische Probleme stellen kann. „Der Preis des Überlebens: Was ist gute Versorgung wert, was darf sie kosten?“

Die Pharmaindustrie erwirtschaftet mit den Medikamenten, die die Patienten in ihrer letzten Lebensphase erhalten, ein Viertel ihres Gesamtumsatzes. Bei Grünenthal GmbH lag der Betrag im Jahr 2012 bei 972 Millionen Euro, allein für Schmerzmittel. Das habe ich dem Buch von Christian Arnold und Michael Schmidt-Salomon entnommen.

Die deutschen gesetzlichen Krankenkassen müssen dafür etwa 7 Milliarden Euro im Jahr bezahlen. Kein Wunder, dass die Arzneimittelhersteller großen Ehrgeiz entwickeln, sich für die Palliativmedizin zu engagieren, die ja hauptsächlich Schmerzmittel verwendet, und die wiederum den ärztlich assistierten Suizid strikt ablehnt – möglicherweise nicht nur aus hehren ethischen Motiven.

In der letzten Zeit häufen sich Schlagzeilen wie beispielsweise: „Das Geschäft vor dem Tod“ im „Spiegel“ – Sie haben es alle gelesen – oder ein Titel wie: „Wie sich Ärzte auf Kosten der Patienten berei-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

chern“ in der „Thüringer Allgemeinen Zeitung“ – sehr aufschlussreich und sicher nicht nur an den Haaren herbeigezogen. Nicht zu vergessen, dass warme Betten in einem Krankenhaus, in einem Altersheim interessanter sind – weil lukrativer – als kalte. Nicht zu vergessen, dass auch Ärzte und Apotheken sehr viel daran verdienen, diese Medikamente zu verschreiben. Ob sie dann auch genommen werden, ist eine ganz andere Frage.

Diese Fragen werden in all unseren öffentlichen Debatten schamhaft verschwiegen. Aber meine Damen und Herren, ist das Ethik? Ist das ärztliche Ethik? – Dabei wäre es sicher nicht unethischer, einem schwer Leidenden zu einem sanften, menschenwürdigen Tod zu verhelfen, als ihn möglichst lange daran zu hindern. Wenn alle Behandlungen und Pflege nur noch der Gewinnmaximierung und der Wirtschaftlichkeit dienen, sind alle schönen Worte von Menschenwürde und ärztlicher Ethik nur Lippenbekenntnisse und Heuchelei. Und gerade Deutschland sollte sich vielleicht nicht so sehr auf das hohe Ross setzen, was Ethik anbelangt, und anderen Lektionen erteilen.

Ich lese Ihnen zum Schluss noch die Prinzipien der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben vor.

Die DGHS setzt sich ein für die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende. Der sterbewillige Patient muss die Wahlfreiheit für alle zulässigen Formen der Sterbehilfe, einschließlich des eigenverantwortlichen Suizids mit Unterstützung anderer, behalten. Sterbewillige müssen neutral, objektiv und ergebnisoffen über Alternativen beraten werden können. Ein entsprechendes Beratungsangebot trägt dazu bei, Ängste in Bezug auf Sterben und Tod abzubauen und Suizide zu verhindern.

Alle Betroffenen, insbesondere Sterbewillige und Sterbehelfer, brauchen mehr Rechtssicherheit. Um Missbräuchen zu wehren, sind Sorgfaltskriterien und entsprechende Kontrollen unabdingbar. Eine Verschärfung der Gesetzeslage im Strafrecht lehnt die DGHS jedoch strikt ab.

Sterbehilfe darf auch nicht durch berufsrechtliche Verbote erschwert werden. Die fachliche Fortbildung, menschlich wie psychosozial, muss für die Betreuung Sterbender und sterbewilliger Menschen verbessert werden. Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetz müssen die Verwendung geeigneter Wirkstoffe für eine Suizidbeihilfe ermöglichen.

Palliativ- und Hospizversorgung – die wir, wie ich ausdrücklich betone, immer unterstützt haben, schon bevor die deutschen Politiker auf die Idee kamen, das jetzt auch endlich umzusetzen – müssen ausgebaut werden und für jeden, unabhängig von Person, Status und finanziellen Möglichkeiten, verfügbar sein.

Es gibt einen eklatanten Widerspruch zwischen dem Willen der Bevölkerung und dem der Politiker. Eine Strafbarkeit der Suizidhilfe und -beihilfe griffe gravierend in das Selbstbestimmungsrecht der Bürger unseres Landes ein. Alle Repräsentativumfragen der letzten Jahre belegen, dass mehr als zwei Drittel der Bevölkerung beim geplanten Freitod von kompetenten und verständnisvollen Menschen unterstützt werden wollen. Idealerweise ist das der Hausarzt, der die medizinische Situation, das soziale Umfeld und die Wertvorstellung des Kranken und seiner Familie wohl am besten einschätzen kann.

Sie werden bemerkt haben: Ich rede vom Hausarzt mit der größten Hochachtung. Der Hausarzt ist für mich das absolute Gegenstück zum Arztfunktionär. Zudem ist der Zugang zu einem geeigneten Medikament oder Medikamentenmix, der einen menschenwürdigen, sanften und raschen Tod ermöglicht, nur über ein ärztliches Rezept machbar. Jedoch bedarf es dazu noch einer Änderung des aktuellen Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetzes.

Um ein selbstbestimmtes Sterben zu ermöglichen, möchte die DGHS über die rein palliativmedizinische Betreuung hinaus alle bisher legalen Formen der Sterbehilfe, einschließlich der Möglichkeit des

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

ärztlich assistieren, aber frei verantworteten, vom Kranken ausdrücklich gewollten Suizids gewahrt sehen, ohne moralische Bewertung durch Andersdenkende. Denn Menschenwürde basiert auf Wahlfreiheit. – Danke schön.

(Beifall bei der SPD und des BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN –
Vereinzel Beifall bei den Sachverständigen)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Ich darf dann Herrn Robert Gosenheimer das Wort erteilen, Leitender Oberarzt Palliativmedizin, Krankenhaus St. Marienwörth, Kreuznach.

Elektronische Fassung

Herr Robert Gosenheimer

Leitender Oberarzt Palliativmedizin, Krankenhaus St. Marienwörth, Bad Kreuznach

Herr Gosenheimer: Sehr geehrte Damen und Herren, als Arzt einer Palliativstation und eines ambulanten Palliativteams begleite ich täglich Schwerstkranke und Sterbende im Krankenhaus und zu Hause. Ich führe viele Gespräche mit Betroffenen und ihren Familien und kenne die Sorgen und Nöte in dieser besonderen, oft sehr verletzlichen Situation am Lebensende.

Sterben findet nicht mehr in der Mitte unserer Gesellschaft statt. Die Erfahrung im Umgang damit ging ein Stück weit verloren, und Sterben wird oft nicht mehr als natürlich dem Leben zugeordnet akzeptiert – eine Entwicklung, die einerseits durch die High-Tech-Medizin mit der Hoffnung auf Heilung und ein langes, gesundes und unabhängiges Weiterleben entstand und dazu führte, dass Sterben nicht mehr als ein natürlicher Prozesse wahrgenommen wird, sondern als Versagen. Da geht doch sicher noch was, der Arzt muss sich nur ausreichend darum kümmern! Andererseits ist diese Entwicklung durch die sozialen Umstände unserer Gemeinschaft mit Single-Haushalten und gelebter persönlicher Unabhängigkeit verbunden.

Dennoch ist Sterben eine Tatsache – eine, die jeder Lebende akzeptieren muss. Und das macht den Menschen Angst – Angst vor dem Sterbeprozess, der so unfassbar und endgültig ist. Daraus entstehen Vorstellungen von Siechtum, von körperlichem und seelischem Leiden und schließlich von einem qualvollen Ende.

Viele Menschen wissen nicht, was die Medizin, insbesondere die Palliativmedizin, am Ende des Lebens hilfreich und lindern leisten kann. Sie brauchen Informationen über das, was auf sie zukommt. Sie suchen Klarheit und Verbindlichkeit, sie suchen Menschen, die sich mit diesem Unbekannten ausekennen, die beraten und behandeln.

Durch eine einfühlsame Gesprächsführung, die den Patienten da abholt, wo er steht, die nicht bedrängt, die aber auch keine Fragen offen lässt, können die notwendigen Informationen vermittelt und Ängste abgebaut werden. In der palliativmedizinischen Versorgung Schwerstkranker ist eine klare Planung und Handlungsempfehlungen für Notsituationen sowie Kommunikation und regelmäßige Fallbesprechungen mit allen Beteiligten im Rahmen des palliativen Netzwerks die Basis dafür, dass die medizinische und menschliche Begleitung gelingt, würdevoll auf den Patienten individuell abgestimmt, ohne dass die Befürchtung entsteht, einen qualvollen Tod erleiden zu müssen.

Das Wissen, dass der eigene Wille respektiert und umgesetzt wird, dass keine ungewollten medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, und das Erleben, dass in Grenzsituationen kompetente medizinische Hilfe zur Verfügung steht, schafft eine Situation, die die letzte Lebensphase erträglich macht für den Patienten und seine Zugehörigen.

Dazu gehört auch das Vertrauen in das behandelnde Team, die Gewissheit, dass notwendige Maßnahmen zur Stabilisierung der Lebensqualität im Verlauf der Krankheit ergriffen werden, bei starken Symptomen aber auch entsprechend starke Mittel eingesetzt werden, um die letzte Wegstrecke ohne körperliche oder seelische Qual zu ermöglichen, auf der Palliativstation einer Klinik oder im häuslichen Umfeld, unterstützt durch SAPV.

Die Leidenslinderung als oberstes Prinzip steht dabei klar über dem Auftrag zur Lebensverlängerung – ein Grundsatz, der durch verschiedene Rechtsurteile abgesichert ist. Der ärztliche Auftrag lautet, Leben zu retten, Gesundheit zu erhalten, Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tode beizustehen. Ärztliches Handeln wird durch die medizinische Indikation und ein erreichbares Therapieziel bestimmt. Begrenzt wird dieses Handeln einerseits durch die Grenzen der medizinischen Therapie in Abwägung von Schaden und Nutzen, andererseits durch den Willen des Patienten.

Der Verzicht des Patienten auf medizinische Maßnahmen außer der Gabe von Medikamenten zur Linderung von belastenden Symptomen ist rechtlich bindend, woraus sich die Unterlassung lebenser-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

haltender Therapien und eine klare medizinische Indikation zur palliativen Behandlung von Beschwerden in der Sterbephase ergibt und die Akzeptanz eines natürlich eintretenden Todes.

Ich habe in vielen Gesprächen die Erfahrung gemacht, dass die meisten Patienten nach einer intensiven palliativmedizinischen Beratung den Gedanken an Selbsttötung beruhigt beiseitegelegt haben. In den Jahren, die ich jetzt als Palliativmediziner tätig bin, wurde dieser Wunsch mir gegenüber zum Schluss nur wenige Male geäußert.

Ärzte leisten Hilfe beim Sterben, nicht zum Sterben. Sie begleiten gerade diese Menschen intensiv, die bewusst künstliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung ablehnen und den natürlichen Sterbeprozess akzeptieren, mit den gebotenen Mitteln. Es sind Menschen, die sich auf den Weg aus dem Leben befinden. Es ist ein Weg, der seine Zeit braucht. Man braucht Monate, um auf diese Welt zu kommen und man braucht auch Zeit, von ihr zu gehen – eine Zeit, die für die Angehörigen oft auch sehr wertvoll ist.

Gedanken zur ärztlich assistierten Selbsttötung. Die Entscheidungen unserer Patienten gründen sich auf das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit – eines der höchsten Güter unserer Gesellschaft. Trotz einer fortschreitenden schweren Erkrankung erlebe ich bei den meisten Patienten immer wieder Hoffnung – Hoffnung auf Besserung der Krankheit, auf ein paar gute Tage, darauf, vielleicht noch den nächsten Geburtstag erleben zu können oder den ersten Schultag des Enkels.

Mit zunehmendem Kräfteverlust und Angewiesensein auf andere haben viele unserer Patienten das Gefühl, ihren Angehörigen zur Last zu fallen, vor allem wenn sie realisieren, dass es keine Besserung mehr geben wird, dass die Belastung für die ganze Familie zunimmt. Wäre es nach einer Legalisierung der ärztlich assistierten Selbsttötung dann nicht naheliegend, dass der Pflegebedürftige eine soziale Verpflichtung spürt, den gesetzlich vorgegebenen Weg einzuschlagen, sein Selbstbestimmungsrecht ausüben zu müssen und seinen Arzt zu bitten, die Mühen und Kosten von der Familie zu nehmen durch den eigenen vorzeitigen Tod? Ist dann noch ein vertrauensvolles Gespräch zwischen Arzt und Patienten möglich, in dem auch der Satz fällt: „Ach, Herr Doktor, ich wollte, es wäre schon so weit, dass ich gehen kann“?

Der Weg einer vielleicht schwierigen Gesprächsführung und -begleitung eines Schwerkranken ist länger als der kurze Weg zur Tötungsassistenz. Von der Möglichkeit Gebrauch zu machen, zum Rezeptblock zu greifen und die lebensbeendenden Medikamente zu verordnen, liegt dann vielleicht näher als zeitintensive menschliche Zuwendung und das Bemühen, die Lebensqualität durch palliative Therapie auch in der letzten Lebensphase noch zu erhalten.

Der ärztlich assistierte Suizid wird gewissermaßen zur normalen ärztlichen Überlegung in einem Therapiekonzept am Lebensende, zwangsläufig aus der Behandlungsplanung heraus durch die Fragen des Patienten oder der seiner Zugehörigen. Die medizinisch begleitete Selbsttötung zu legitimieren, würde bedeuten, dass diese als Therapieoption gleichwertig neben anderen medizinischen Behandlungen steht, das heißt in den Handlungsauftrag des Arztes implementiert ist, was weit über den medizinischen Auftrag zur Leidenslinderung und ärztlichen Sterbebegleitung hinausgeht.

Das führt nicht zwangsläufig zu dem Gedanken, dass Patienten im Endstadium einer schweren Erkrankung ein qualvolles Sterben zugemutet werden muss. Ein Sterben ohne Möglichkeit des assistierten Suizids bedeutet nicht, dass ein schmerzhafter und langer Tod zu erwarten ist. Für Patienten mit einer unheilbaren Erkrankung, die schweres körperliches oder seelisches Leiden entwickeln und deren Symptome nicht mit den gängigen Mitteln effektiv gelindert werden können, steht uns jetzt schon die Möglichkeit der palliativen Sedierung offen, das heißt die kontinuierliche Gabe von Medikamenten, die einen schmerzfreien milden Schlaf herbeiführen, eingesetzt als intermittierende Therapie für Ausnahmesituationen, meist aber auch bis zuletzt.

Die Palliativmedizin kann das tatsächlich eingetretene psychische und körperliche Leid einer schweren fortgeschrittenen Erkrankung im Endstadium erfolgreich behandeln, sie bietet aber keine Lösung für Menschen, die Angst haben vor dem Älterwerden oder vor Gebrechlichkeit, dem Nachlassen der

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Geisteskräfte oder vor Pflegebedürftigkeit, und die an einen selbstbestimmten Tod denken. Dieses gesamtgesellschaftliche Problem müssen wir anders lösen.

Durch eine gesetzliche Regelung zur ärztlich assistierten Selbsttötung, wenn auch nur für ausgewählte Indikationen, wird eine Grenze überschritten. In der aktuellen Debatte wird eine Legalisierung für Schwerstkranke und Sterbende zur Abwendung von nicht mehr erträglichem Leid gefordert. Die unterschiedlichsten Befürworter dieser assistierten Selbsttötung gehen weit darüber hinaus: Sie fordern den assistierten Suizid nicht nur für Menschen mit einer fortschreitenden Erkrankung im Endstadium mit bereits eingetretenem körperlichen oder seelischen Leiden, sondern für fast alle Krankheitssituationen, die dem Einzelnen unerträglich erscheinen, die terminale Konsequenz eines intellektuellen Kalüls.

Der selbstbestimmte Tod muss sauber und schnell eintreten und zu dem Zeitpunkt, an dem ich will, aber ärztlich assistiert und qualitätsgesichert – eine Forderung, die dem Zeitgeist entspricht, die Fortentwicklung der Patientenautonomie, maximale Individualisierung ohne Betrachtung der Ausmaße und Folgen für unsere gesamte Gesellschaft. In logischer Konsequenz folgt aus einem Gesetz, das auf dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten basiert, dass eine wirksame Begrenzung der Reichweite dieser Regelung auf Dauer nicht möglich ist.

Was macht das mit uns Ärzten, wenn wir – auf Suizidassistenz spezialisiert oder nicht – häufig mit dem Wunsch konfrontiert werden, dass Menschen durch unsere Hilfe aus dem Leben gehen wollen, auch wenn sie dem Lebensende noch nicht nahe sind? Oder wenn Menschen mit Erkrankungen, die nicht auf einer zugelassenen Indikationsliste stehen, den Arzt bitten, ihnen bei ihrem selbstbestimmten Tod doch zu helfen?

Den Ärzten wird dadurch eine besondere Belastung aufgebürdet, Entscheidungen für das Weiterleben treffen zu müssen und dann begründen zu müssen, warum man nicht die Medikamente aufschreibt, die gesetzlich geregelt das ungewollte Leben beenden könnten. Im medizinischen Alltag mit hoher Arbeitsbelastung und Zeitdruck wird eine wohlabgewogene, mit dem Patienten ausdiskutierte, psychologisch ausreichend bewertete, medizinisch gewürdigte und mit dem Patienten gemeinsam zu treffende Entscheidung für den handelnden Arzt eine schwere Verantwortung, wenn man nicht leichtfertig zum Rezeptblock greifen will und die notwendige Überprüfung des im Patienten gereiften Sterbewunsches zu kurz kommen lässt. Die assistierte Selbsttötung ist kein unabhängiges selbstständiges Handeln. Der zur Assistenz Beauftragte trägt einen Teil der Verantwortung dafür mit.

Was macht das mit unserer Gesellschaft? Was gewinnen wir durch eine gesetzliche Regelung? In dieser Situation stellt sich mir die Frage nach der Verantwortung, die jeder von uns innerhalb unserer Gesellschaft hat – nicht nur für sich, sondern auch direkt oder indirekt für seine Mitmenschen und Zugehörigen – und welches Signal von dieser Handlung für die nachfolgenden Generationen ausgeht.

Ich bin mir sicher, dass wir keine gesetzlichen Regelungen des ärztlich assistierten Suizids brauchen – nicht mit Blick auf die Sterbebegleitung von Schwerstkranken mit einer fortschreitenden Erkrankung und ausgeprägten Symptomen. Die gesetzlichen Regelungen reichen vollkommen aus, um diese Menschen am Ende ihres Weges gut symptomkontrolliert zu begleiten.

Eine Gesetzesänderung könnte meines Erachtens dazu führen, dass die ärztlich assistierte Selbsttötung zur Normalität wird und die beschränkenden Regelungen zwangsläufig auf andere Lebenssituationen ausgeweitet werden. Dem Arzt wird dabei eine Rolle zugewiesen, der er schwerlich gerecht werden kann. Beihilfe zum Selbstmord soll keine ärztliche Aufgabe sein.

Ich halte es jedoch auch für problematisch, dass das ärztliche Berufsrecht Ärzte mit einem Berufsverbot bedroht, wenn sie im Einzelfall in besonderen Situationen im Rahmen einer sehr persönlichen Gewissensentscheidung zu dem Schluss kommen, dass es keinen medizinisch erträglichen Ausweg für den Patienten gibt, und ihm dann bei einem Suizid beistehen.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Das von der Bundesärztekammer in der Musterberufsordnung ausgesprochene Verbot: „Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“, wurde von neun der 17 Landesärztekammern übernommen. Im Berufsrecht zweier Landesärztekammern wurde die Formulierung: „Ärzte sollen keine Hilfe zum Suizid leisten“ eingefügt. In den verbleibenden sechs Berufsordnungen wurde keine Stellung zur ärztlich assistierten Selbsttötung genommen. Rheinland-Pfalz gehört dazu, was ich aus meiner Sicht als klug empfinde.

Mit Blick auf den Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes bin ich der Meinung, dass der dort eingeschlagene Weg eine richtige Antwort auf die Forderung nach einem Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids ist.

Palliativmedizinische und hospizliche Sterbebegleitung statt Sterbehilfe. Der Aufbau vernetzter Strukturen und die professionsübergreifende Zusammenarbeit sind für die Versorgung und Entwicklung in vielen Regionen unseres Bundeslandes notwendig. Die Bildung von SAPV-Teams in Rheinland-Pfalz ist noch nicht in allen Landesteilen gelungen. Es gibt noch etliche weiße Flecken auf der Karte. In den dünn besiedelten Regionen wie dem westlichen Hunsrück zum Beispiel, der Eifel oder der südwestlichen Pfalz gibt es aufgrund der geringen Bevölkerungsdichte und den damit verbundenen weiten Fahrstrecken wirtschaftliche Probleme in der Umsetzung.

In anderen Landesteilen liegen die Startschwierigkeiten mehr im Fehlen einer Trägerschaft für solche Teams begründet oder an der mangelnden Bereitschaft der entsprechenden Beteiligung zur Netzwerkbildung vor Ort. Wir haben in Rheinland-Pfalz auch noch große Städte ohne SAPV-Teams. Es gibt auch Universitätsstädte, wo keine Palliativstation vorgehalten wird.

Ich wünsche mir, dass die politischen Vertreter in diesen Regionen sich vor Ort in den Prozess zur Entwicklung der SAPV einschalten und Schützenhilfe leisten. Es braucht Kümmerer und Menschen, die bereit sind, gemeinsam ein palliatives Netzwerk aufzubauen. Diese Menschen gibt es; sie brauchen vielleicht nur jemanden, der sie einlädt, der die Partner zusammenbringt, eine Kommunikationsplattform eröffnet, damit sich ein Team finden kann. – Vielen Dank.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Gosenheimer. – Wir hätten an nächster Stelle eigentlich Herrn Professor Dr. Klie, der heute jedoch leider nicht teilnehmen kann. Er hat aber die Vorlage 16/5325 vorgelegt, die entsprechend aufgenommen worden ist.

Der nächste Redner ist Herr Dr. Thomas Posern von der evangelischen Kirche.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Herr Kirchenrat Dr. Thomas Posern
Beauftragter der Evangelischen Kirchen und Diakonischen Werke im Lande Rheinland-Pfalz

Herr Dr. Posern: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst möchte ich mich herzlich bedanken, im Rahmen dieser Anhörung zum Thema „Sterbebegleitung“ sprechen zu dürfen. Meine schriftliche Stellungnahme liegt Ihnen vor. Ich werde im Rahmen meiner Ausführungen jetzt einiges pointieren und zu erläutern versuchen.

Die evangelische Kirche lehnt jede organisierte bzw. geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung ab. Dies gilt für erwerbsmäßige Aktivitäten ebenso wie für alle anderen geschäftsmäßigen Aktivitäten, zum Beispiel von Vereinen oder Einzelpersonen. Damit wird auf das Verbot von Beihilfen zum Suizid sowie entsprechenden Angeboten abgezielt; ich verweise hier auf die Formulierung des Deutschen Ethikrates – Zitat – „wenn sie auf Wiederholung angelegt sind, öffentlich erfolgen und damit den Anschein einer sozialen Normalität ihrer Praxis hervorrufen könnten.“

Die evangelische Kirche setzt sich dezidiert für den Ausbau hospizlicher und palliativmedizinischer Versorgung ein, damit Menschen im Prozess des Sterbens besser begleitet werden können. Wir setzen uns dafür ein, dass ein gesellschaftliches Klima bestimmend werden kann, in dem Sorge – Caring – und Achtung der Schwachen und Gebrechlichen als vorrangige Aufgabe verstanden und gelebt wird.

Menschen an der Grenze des Lebens gehören zu den Schwachen, denen unsere Solidarität in besonderer Weise gelten muss. Unsere Aufgabe ist es, sie in dieser Grenzsituation des Lebens zu stärken. Deshalb ist es gut, dass wir die offenen Fragen, die sich um das Thema „Sterben und Tod“ gruppieren, nicht mehr tabuisieren. Die Angst vor dem Sterben hat dazu beigetragen, dass dieser Teil des Lebens in der Gesellschaft und oft auch in den Familien nicht thematisiert wurde und, was die Gespräche in Familien betrifft, oft auch immer noch nicht thematisiert wird.

In jedem Falle gilt es, sehr bewusst und behutsam mit diesen Fragen umzugehen. Deswegen bin ich ausgesprochen dankbar, nicht nur für die heutige Anhörung, sondern auch für Ihre Orientierungsdebatte und die Debatte im Deutschen Bundestag, und zwar fraktionsübergreifend. Das ist eine sehr wichtige Debatte, die dort geführt wird.

Für die evangelische Kirche ist bei diesen Fragen ein Verständnis von Menschenwürde leitend, das sich dessen bewusst ist, dass wir immer in Beziehungen und Abhängigkeiten leben. Selbstbestimmung ist immer eingebettet in soziale Beziehungen. Das gilt im Leben wie im Sterben, das bis zum letzten Atemzug zum Leben gehört. Unmittelbare Selbstbestimmung nach dem Motto: „Mein Leben gehört mir“ ist nach unserer Auffassung letztlich ein abstrakter Trugschluss.

Ja, das Gefühl und das Wissen darum, dass wir von anderen abhängig sind, radikalisiert sich in der Situation zunehmender Pflegebedürftigkeit, Gebrechlichkeit und dem Prozess des Sterbens. Aber die Menschenwürde wird durch solche Abhängigkeit nicht zerstört. Die Frage, die sich uns in dieser Situation stellt, ist vielmehr, wie wir diese Abhängigkeiten leben, wie wir sie gestalten. Diese Frage stellt sich uns jeden Tag, mitten im Leben. Sie stellt sich uns noch radikaler, wenn wir Sterbende auf ihrem Weg begleiten.

Ein theologisches Verständnis von Menschenwürde leitet sich her von der Gottebenbildlichkeit des Menschen und der unverbrüchlichen Liebe Gottes, die durch kein Handeln des Menschen und durch keinen körperlichen oder geistigen – in Führungszeichen – „Defizitstatus“ beschädigt werden könnte. Mit der Leiblichkeit des Menschen sind sein Personsein und seine unverbrüchliche Menschenwürde zugleich gegeben.

Der Mensch hat eine Würde, die an keinerlei Bedingungen geknüpft ist. Die Menschenwürde kann daher auch niemandem genommen werden, auch nicht unter den Bedingungen des Sterbens. Das sagt auch ohne explizite theologisch-christliche Begründung Artikel 1 Absatz 1 unseres Grundgesetz-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

zes: Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen, ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Ja, Menschen haben Angst vor dem Sterben. Wir haben Angst vor langem Siechtum, vor starken Schmerzen und Atemnot, auch davor, allein gelassen zu werden. So kann der Wunsch entstehen, in einer solchen Situation seinem Leben ein Ende zu setzen oder auch um Unterstützung dabei nachzusuchen. Aber nach allen Erfahrungen verschwindet der Wunsch, zu sterben, wenn kompetente Hilfe angeboten wird. Unter kompetenter Hilfe müssen wir ein ganzes Setting verstehen, zu dem Ärztinnen und Ärzte, Schwestern und Pfleger beitragen können, ebenso wie Angehörige und andere Menschen, die Sterbende begleiten.

Es gehört eine gute und angemessene ärztliche und pflegerische Behandlung, Medikamentierung und Versorgung dazu, ebenso eine noch auszubauende Suizidprävention. Aber mindestens genauso wichtig ist auch einfach die Präsenz von Menschen, die in dieser Situation begleiten – psychologische, soziale, seelsorgerische Begleitung, die sich um den ganzen Menschen kümmert. Einfach da sein, sich kümmern – neudeutsch: Caring – statt Einsamkeit.

In einer Lebenswelt, die von Mobilität und Erwerbsarbeit gekennzeichnet ist, können das nicht immer die Kinder, Enkel, Geschwister, Angehörigen übernehmen. Wir müssen es organisieren, dass niemand einsam sterben muss. Und da ist sicherlich noch sehr viel zu tun, damit das Wirklichkeit wird. Auch das Sterben ist ein soziales Geschehen. Wir jedenfalls wollen nicht, dass die Tür zu einer Welt geöffnet wird, in der die Unterstützung bei der Selbsttötung statt Begleitung im Sterben zur gleichsam normalen Alternative wird.

Deshalb – ich sagte es eingangs schon und wiederhole es jetzt noch einmal – treten wir dafür ein, dass jede organisierte und geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung – ob durch Vereine oder Einzelpersonen – unterbunden wird. Nach unserer Auffassung würde durch eine Öffnung der rechtlichen Regelungen in diese Richtung eine hochproblematische Veränderung der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Lebensrechten am Ende des Lebens eintreten.

Der damalige Bundespräsident Johannes Rau sagte in seiner Berliner Rede zur Sterbehilfe vom 18. Mai 2001 in Anlehnung an die Formulierung eines Arztes – Zitat –: „Wo das Weiterleben nur eine von zwei legalen Optionen ist, wird jeder rechenschaftspflichtig, der anderen die Last seines Weiterlebens aufbürdet.“

Hier wird deutlich, dass eine solche Entwicklung jeglichem Verständnis von Menschenwürde widersprechen würde. Es gilt vielmehr, den Lebenswillen von Menschen zu stärken und ihnen zu helfen, die Gabe des Lebens zu achten.

Aber in bestimmten Situationen kann – der Patientenwille entsprechend vorausgesetzt – ein Therapieverzicht oder eine Therapiezieländerung – das wird unter dem Begriff „passive Sterbehilfe“ gefasst – nicht nur erlaubt, sondern unter Umständen sogar geboten sein, ebenso wie eine palliative Sedierung, die unter dem Begriff „indirekte Sterbehilfe“ diskutiert wird – Möglichkeiten, die auch gegenwärtig von der deutschen Rechtsordnung gedeckt sind.

Ich glaube, dass hier das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Ärztin und Patient sowie Angehörigen eine unabdingbar wichtige Voraussetzung ist, um verantwortungsvoll mit solchen Entscheidungen am Ende des Lebens umzugehen. Zu entscheiden, wann man einen Menschen gehen lassen muss, wann man loslassen und Abschied nehmen muss, weil weitere Therapierung nur Qual und Leid bedeuten würde, ist eine schwierige und sehr verantwortungsvolle Entscheidung.

Zur Bewältigung dieser Situation, auch zum Aushalten dieser Situation, brauchen wir weder eine Verschärfung noch eine Liberalisierung des Straf- oder Zivilrechts. Der lapidare Satz in Vorwort und Präambel der Grundsätze der Bundesärztekammer vom 21. Januar 2011 zur ärztlichen Sterbebegleitung ist eine hinreichend klare Richtschnur des Handelns – Zitat -: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Ein Letztes. Daher schließt meine Argumentation hier mit dem Hinweis darauf, dass nicht alle Wechselfälle des Lebens und des Sterbens judikabel sind und sich als Gegenstände juristischer Regelung eignen. Vielmehr bleibt in tragischen Ausnahmefällen ein Rest an offenem Entscheidungsgelände, wo allein das Gewissen vor Gott und den Menschen zu entscheiden hat. Und Gewissensentscheidungen sind immer konfliktiv. Es kann auch nicht immer gewährleistet werden, dass keine Nachteile aus einer solchen Entscheidung erwachsen.

Gewissensentscheidungen sind unter Umständen mit Schuldübernahme verbunden. Die Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Problematik der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung verweist hier auf den aus der antiken Philosophie stammenden Begriff der Epikiä – das bedeutet: Einzelfallgerechtigkeit – und erklärt dazu – Zitat –: „Es kann Einzelfälle geben, die sich nicht unter allgemeine Regeln fassen lassen und in denen entsprechende Entscheidungen mit einer Übertretung geltender Regeln verbunden sind, die nur persönlich verantwortet werden kann. Das kann auch für das ärztliche Handeln nicht ausgeschlossen werden. (...) Würde man für solche Fälle allgemeine Regeln aufstellen, so hätte dies gravierende Folgen für das ethische Bewusstsein insgesamt, da dadurch der Ausnahmefall zum Regelfall gemacht würde.“

Deshalb wenden wir uns zugleich gegen eine juristische Legitimierung des ärztlich assistierten Suizids. Wenn kein gesetzgeberischer Spalt für eine Tötung auf Verlangen geöffnet werden soll, wofür wir dezidiert eintreten, dann bleibt nur in solchen Grenzfällen das Gewissen als Ort der Entscheidung zu benennen und zu schärfen.

Voraussetzung ist ein intensives und gutes Vertrauensverhältnis zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin, wie es vielfach tatsächlich gegeben ist. Das Rechtssystem könnte gegebenenfalls den rechtlichen Ausweg offenhalten, seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen und in einer solchen Situation die fälligen Rechtswege nicht zu befolgen. Es würde aber nicht die zu verantwortende Gewissensentscheidung in Ausnahmefällen zu einer rechtlich legitimierten Option.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Dr. Posern. – Ich darf an dieser Stelle Herrn Landtagspräsidenten Joachim Mertes begrüßen, der sich heute auf seinem Abgeordnetenplatz niedergelassen hat.

Der nächste Vortragende ist Herr Professor Roßbruch.

Herr Prof. Robert Roßbruch
Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes

Herr Prof. Roßbruch: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Der namhafte Strafrechtswissenschaftler Prof. Dr. Dr. Hilgendorf hat Anfang dieses Jahres in einem Aufsatz zu der hier zu diskutierenden Thematik folgende Einleitung geschrieben – ich zitiere –: „Seit Gesundheitsminister Gröhe im Sommer 2014 ankündigte, jede Form organisierter Sterbehilfe verbieten zu wollen, ist viel Bewegung in die seit Jahren festgefahrene Debatte gekommen. Auffällig ist dabei, dass manchen Journalisten, Medizinern und leider auch Politikern die gegebene Rechtslage mit ihrem zugestandenmaßen schwierigen Nebeneinander von Strafrecht, Betäubungsmittelrecht, Zivilrecht und ärztlichem Standesrecht nicht recht klar zu sein scheint. So wird davon gesprochen, dieses oder jenes sei ‚verboten‘ oder ‚nicht verboten‘, ohne deutlich zu machen, auf welches Normenregime sich die Äußerung bezieht – Strafrecht, Betäubungsmittelrecht, Standesrecht?“

Diese Einschätzung teile ich. Selbst der Zentralbegriff dieser Debatte, die Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung wird in unterschiedlichem Sinne gebraucht. So wurde etwa immer wieder von aktiver Sterbehilfe gesprochen, wo es in Wirklichkeit um Beihilfe zum Suizid ging. Auch Konzepte wie die direkte oder indirekte Sterbehilfe scheinen vielen unklar zu sein.

Dies ist sehr bedauerlich, weil es dazu beiträgt, die anstehenden Problemstellungen zu verdunkeln, und einen wenig Sinn machenden Streit um Worte zu entfachen. Eine Folge der terminologischen Verwirrung ist, dass nicht einmal Einigkeit darüber zu bestehen scheint, welche Aktivitäten genau verboten werden, oder, anders ausgedrückt, welche konkreten Missstände gesetzlich behoben werden sollen.

Nach der in der deutschen Strafrechtswissenschaft allgemein akzeptierten Definition des Münchener Strafrechtslehrers Roxin bedeutet Sterbehilfe – ich zitiere – „eine Hilfe, die einen schwererkrankten Menschen auf seinen Wunsch oder doch zumindest im Hinblick auf seinen mutmaßlichen Willen geleistet wird, um ihm einen seinen Vorstellungen entsprechenden menschenwürdigen Tod zu ermöglichen.“

Aktive Sterbehilfe ist Sterbehilfe durch aktives Tun, also zum Beispiel das Setzen einer Spritze oder das Abbrechen eines Medikaments mittels einer Infusion. Passive Sterbehilfe ist Sterbehilfe durch Unterlassen der Aufnahme einer Behandlung oder Nichtweiterbehandlung, etwa durch das Abstellen von Geräten. Darüber hinaus sollten Sterbehilfediskurse nicht von Vorstellungen und Konzepten beherrscht sein, die wohlmeinend, aber widersprüchlich, ideologisch aufgeladen und realitätsfern, nur vordergründig die Würde des Sterbenden im Sinn haben, tatsächlich aber würde- und lebensfeindlich sind.

Wir benötigen für diese Diskussion vorab die Bereitschaft, der Realität in die Augen zu sehen, den Blick zu öffnen für das, was sich abseits von Phrasen, Schlagworten und Heilslehren auf unseren Intensivstationen, in Heimen und in der ambulanten Versorgung tatsächlich abspielt. Ein erster Ansatz wäre, einmal denen zuzuhören, die direkt und praxisnah mit den existenziellen Fragen Sterbender befasst sind, den Sterbehelfern zum Beispiel.

Dazu wäre es aber notwendig, sie zu ermutigen, ihre Erfahrungen und ihr Wissen offensiv in der Öffentlichkeit zu vertreten, ohne befürchten zu müssen, dass am nächsten Tag der Staatsanwalt an ihrer Tür klingelt. Etwas Ehrlichkeit und Verzicht darauf, den weiteren Ausbau der Palliativversorgung als allein seligmachende Heilsbotschaft misszuverstehen, würde fürs Erste schon genügen.

Damit Sie mich nicht missverstehen: Auch ich bin selbstverständlich Befürworter eines weiteren Ausbaus der Palliativversorgung, aber ich halte es für bedenklich, die Palliativversorgung und das, was Hospizbewegung darstellt, im Gegensatz zu einer ärztlich assistierten Suizidbeihilfe zu sehen. Es geht auch nicht um die unter dem Mantel der Würde des Sterbenden versteckten religiös motivierten Interessen selbsternannter Lebensschützer oder um ärztliche Standesinteressen oder um die ökonomischen Interessen der Pharmaindustrie, sondern ausschließlich um die Patientenautonomie am Le-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

bensende, mithin auch um die selbstbestimmte Entscheidung, sein Leben mit Hilfe eines Dritten und in humaner Art und Weise selbst beenden zu können.

Beide Seiten – sowohl die Sterbehilfegegner als auch die Sterbehilfebefürworter – berufen sich vieldeutig und teilweise kryptisch auf den Würdebegriff unseres Grundgesetzes. Der Begriff der Menschenwürde kann in einer säkularen und pluralistischen Gesellschaft jedoch nichts anderes bedeuten als die Ermöglichung der Fähigkeit, das eigene Leben nicht nur zu haben, sondern es auch im Lichte eigener Werte, Normen und Ziele zu führen und zu gestalten.

Diese Fähigkeit ist Kernbestandteil der personalen Autonomie, auf der die Würde des Menschen wesentlich beruht. Ähnliche Überlegungen haben übrigens auch 141 namhafte und größtenteils führende deutsche Strafrechtslehrer dazu veranlasst, eine Resolution gegen die politischen Pläne zur Kriminalisierung des assistierten Suizids zu unterschreiben, die am 15. April dieses Jahres der Öffentlichkeit bekannt gemacht wurde. Unter den Unterzeichnern befindet sich auch Thomas Fischer, der Vorsitzende des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofes.

Diese Vorüberlegungen zugrunde gelegt, können zum assistierten Suizid im Einzelnen folgende Feststellungen getroffen werden:

Erstens. Die Beihilfe zum Suizid ist nach geltendem Recht straflos, auch für Ärzte und Pflegekräfte.

Zweitens. Die noch aus dem Jahr 1984 stammende Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur Garantenstellung – also Ärzte, Angehörige oder andere Dritte – und damit zur Rettungspflicht beispielsweise von Ärzten, sobald der freiverantwortliche Suizidwillige infolge seiner Suizidhandlung die Kontrolle über das Geschehen verloren hat, ist angesichts der durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahre 2009 in das Bürgerliche Gesetzbuch aufgenommenen Regelungen und der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs insbesondere im Hinblick auf die stärkere Orientierung am Patientenwillen als überholt zu betrachten.

Drittens. Ein gesetzlicher Regelungsbedarf im Rahmen des Strafrechts ist empirisch nicht nachgewiesen und daher zu verneinen.

Viertens. Das derzeit diskutierte strafrechtliche Verbot professioneller und organisierter Suizidbeihilfe für sterbende Menschen mit einer schweren, unheilbaren Erkrankung und/oder unerträglichem Leiden ist nicht nur kontraproduktiv, sondern erscheint aus verfassungsrechtlicher Sicht höchst fragwürdig.

Fünftens. Ein strafrechtliches Verbot geschäftsmäßiger oder gar gewerblicher Suizidbeihilfe erscheint diskutabel, erübrigt sich jedoch, wenn eine entsprechende zivilrechtliche Regelung innerhalb der Patientenrechte des Bürgerlichen Gesetzbuches aufgenommen würde.

Sechstens. Die Auffassung, dass durch eine liberale gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids die Gefahr eines Dammbrochs, mehr aber noch eines regelhaften Missbrauchs gegeben ist, ist empirisch nicht nachgewiesen und daher zu verneinen. Im Gegenteil – die seit Langem bestehenden liberalen Regelungen in Holland, der Schweiz und im Bundesstaat Oregon, USA, belegen, dass es weder zu einem Dammbroch noch zu einer signifikanten Anzahl von Missbräuchen gekommen ist. Eine Grauzone existiert allerdings im Palliativbereich.

Siebtens. Das ärztliche Standesrecht beantwortet die Frage der ärztlichen Assistenz beim Suizid uneinheitlich. Es führt daher zu erheblicher Rechtsunsicherheit innerhalb der Ärzteschaft, die durch eine Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch einer Klärung zugeführt werden könnte. Ziel einer solchen zivilrechtlichen Regelung, die bei den Patientenrechten anzusiedeln wäre, müsste es vor allem sein, einen gesicherten Handlungsrahmen für Ärzte zu schaffen, wenn sie bereit sind, einen suizidwilligen Patienten bei seinem Vorhaben zu unterstützen, ohne darüber hinaus an der geltenden strafrechtlichen Rechtslage zur Beihilfe zur Selbsttötung etwas zu ändern, die mit der damit verbundenen Gefahr einhergeht, diese straflose Handlung zu kriminalisieren.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Eine solche Regelung hätte für den zur Suizidbeihilfe bereiten Arzt einen großen Vorteil, nämlich dass er bundeseinheitlich keine standesrechtlichen Sanktionen zu befürchten hätte; denn was über ein Bundesgesetz explizit erlaubt ist, kann durch landesrechtlich normiertes Standesrecht nicht verboten sein.

Als Ergebnis der Gesamtschau dieser einzelnen Rechtsfragen steht mein Vorschlag, einen neuen Paragraphen in das Bürgerliche Gesetzbuch aufzunehmen, und zwar in den Bereich der Patientenrechte. Das wäre dann § 630i BGB, Hilfe zur Selbsttötung. Dieser könnte wie folgt lauten:

Absatz 1:

Liegt eine schwere, unheilbare Erkrankung vor oder ist das Leiden unerträglich geworden, so kann auf Verlangen des Patienten ärztliche Hilfe zur Selbsttötung geleistet werden.

Absatz 2:

Der zur Hilfe zur Selbsttötung bereite Arzt muss

1. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seinen Wunsch in einem Zustand der Einwilligungsfähigkeit frei verantwortlich und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.
2. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos ist.
3. zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient sein Leiden als unerträglich empfindet.
4. den Patienten über seine Situation, über die Prognose und über die Möglichkeit einer stationären oder ambulanten Palliativversorgung aufklären.
5. gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für seine Situation keine andere für den Patienten annehmbare Lösung gibt.

Absatz 3:

In Zweifelsfällen ist ein weiterer Arzt oder eine anerkannte Suizidberatungsstelle zurate zu ziehen.

So weit zu meinem Gesetzesvorschlag.

Erlauben Sie mir zum Schluss noch eine ganz persönliche Anmerkung, auch in Anlehnung an meine Vorredner und im Sinne des Mottos dieser Anhörung. Der Autonomiegedanke, den wir der Aufklärung verdanken, und der das Recht zur Selbstbestimmung zum Inhalt hat, schließt auch das Recht auf einen selbstbestimmten Tod ein. In einer freien, säkularen, pluralen und sozialen Gesellschaft muss jeder Mensch im Bedarfsfall das Recht einer adäquaten ärztlichen und pflegerischen Versorgung haben und ebenso das Recht, eine geplante oder bereits begonnene Behandlung abzulehnen.

Wenn ein unheilbar erkrankter oder schwer leidender, aber entscheidungsfähiger Patient durch therapeutische Maßnahmen nur eine Lebensspanne gewinnen kann, die er – und nur er – für nicht mehr lebenswert erachtet, so hat niemand das Recht, geschweige denn die Pflicht, ihm diese Selbstbestimmung zu verweigern und ihm das nicht mehr gewollte Leben durch ärztliche Maßnahmen aufzuzwingen.

Dies setzt freilich eine freie Entscheidung des vollständig informierten, das heißt über seinen Zustand aufgeklärten Patienten voraus. Es ist das Recht des Patienten, dem herannahenden Ende mit der Würde des Wissenden entgegenzutreten. Es ist sein Recht auf einen selbstbestimmten Tod, welches übrigens auch den ärztlich assistierten Suizid mit einschließt, das zum Recht auf Leben komplementär ist.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Es wäre fatal und verkehrte den Würdebegriff geradezu in sein Gegenteil, wenn der Wunsch, in Würde zu sterben, als unreflektierter oder gar krankhafter Wille zur Selbsttötung gedeutet und damit im Sinne einer Herrschaft der Gesellschaft über den Sterbenden am Ende noch kriminalisiert würde.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall der SPD und des BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Professor Roßbruch. – Wir nähern uns allmählich dem Ende der Anhörung. Wir haben noch zwei Damen und Herren zum Vortrag. Als Nächstes darf ich das Wort erteilen an Herrn Dieter Skala vom Katholischen Büro in Mainz.

Elektronische Fassung

Herr Dieter Skala
Katholisches Büro Mainz

Herr Skala: Sehr geehrte Herren Vorsitzende der verschiedenen Ausschüsse, meine sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Vielen Dank für die Möglichkeit, hier in diesem Rahmen sprechen zu dürfen. Meine Ausführungen liegen Ihnen zwischenzeitlich auch verschriftlicht vor. Ich werde sie bei meinem Vortrag etwas kürzen.

Erlauben Sie mir, im Rahmen einiger Vorbemerkungen zunächst einen Hinweis zur Benennung des Tagesordnungspunkts. Ich bin sehr froh, dass Sie, die Mitglieder des rheinland-pfälzischen Landtags, heute – wie schon in Ihrer Orientierungsdebatte – über Sterbe-„Begleitung“ sprechen. Wie Sie wissen, hat sich durch die Zeiten im Kontext der Diskussionen um die Gestaltung des Lebensendes eine verwirrende sprachliche Begriffspalette herausgebildet, die eine kaum abzuschätzende Problemvielfalt mit sich bringt.

Ich erinnere nur an den Begriff der Euthanasie, den sogenannten „schönen Tod“. Ebenso ist der Begriff der Sterbehilfe mehr als umstritten und benötigt weiterer Präzisierungen, die es inzwischen in hoher Vielfalt gibt. Frau Angerer hat uns hier kompetent eingeführt. Der Landtag Rheinland-Pfalz spricht nun über „Sterbebegleitung“; er lenkt den Blick damit auf den Umstand, dass ein Mensch im Sterbevorgang nicht sich selbst überlassen, nicht allein gelassen werden darf, sondern dass er Menschen braucht, die diesen letzten Weg mit ihm gehen.

Ihre Diskussion zur Thematik gestaltet sich im Kontext gesellschaftlicher Befassungen in den letzten Jahren wie auch der aktuellen politischen Befassung des Deutschen Bundestags. Im Zentrum der gegenwärtigen Diskussion – auch im Deutschen Bundestag in Berlin – steht die Frage des assistierten Suizids bzw. der assistierten Selbsttötung.

Im Folgenden möchte ich Ihnen Haltungen und Sichtweisen zur Thematik aus der katholischen Kirche darlegen. Seit Jahrzehnten greift insbesondere die Deutsche Bischofskonferenz immer wieder aktuelle Fragestellungen zum Thema „Lebensende“ auf. Zuletzt hat sie sich in ihrer Herbstvollversammlung 2014 geäußert. Hierbei hat sie sich sowohl gegen alle Formen der aktiven Sterbehilfe als auch gegen jegliche Form der organisierten Beihilfe zur Selbsttötung ausgesprochen – Sie sehen die Übereinstimmung an dieser Stelle zur evangelischen Kirche –, eine Position, die übrigens auch durch das wichtigste kirchliche katholische Laiengremium, nämlich durch das Zentralkomitee der Deutschen Katholiken geteilt wird.

Christen verstehen das Leben als Geschenk Gottes. Sie betrachten jeden Menschen als Abbild bzw. als Ebenbild Gottes und leiten daraus seine unantastbare Würde ab. Im Verständnis der jedem Menschen innewohnenden Würde wissen wir uns mit jenen Menschen verbunden, die nicht von unserem kirchlichen christlichen Glauben her argumentieren, sich jedoch in der Anerkennung des Grundrechts der Menschenwürde mit uns treffen. Diese Würde kommt jedem Menschen zu, unabhängig von seiner Leistung und seinem Nutzen für andere, und noch viele andere Bedingungen, die wir jetzt im Einzelnen nicht benennen zu brauchen.

Mit den soeben verwendeten theologischen Sätzen ist die grundsätzliche Position der katholischen Kirche zu Fragen der Selbsttötung bzw. des Suizid beschrieben. Sie hat mit dem Gedanken der Gotesebenbildlichkeit zu tun und damit, dass das Leben und die damit verbundene Würde als Geschenk zu betrachten sind.

Vor diesem Hintergrund stellen sich nun auch die hier zur Debatte stehenden Fragen in Bezug auf die Mitwirkung Dritter um die Assistenz beim Suizid. Hierbei ist der Kirche wichtig, aufzuzeigen, dass eine Duldung oder Anerkennung organisierter Formen von Suizidbeihilfe das menschliche Leben entscheidend verändern – ja, das menschliche Leben gefährden werden. Um es nochmals zu verdeutlichen: Das Problem liegt aus unserer Sicht in den organisierten Formen, dort, wo die Beihilfe wiederholt angeboten oder praktiziert wird, durch Einzelne oder beispielsweise Vereine.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Einen breiten Raum in der Diskussion nimmt die Frage der Selbstbestimmung ein. Für die katholische Kirche hat das Recht auf Selbstbestimmung als zentrales Menschenrecht einen hohen Stellenwert. Aus diesem Grund machen wir auf Aspekte aufmerksam, die dieses Recht auf Selbstbestimmung mit Berufung auf dasselbe Recht einschränken können.

So kann sich das Recht auf Selbstbestimmung nicht auf die Verfügung über die Existenz als solche erstrecken. Philosophisch betrachtet wird nämlich die Selbstbestimmung abgeschafft, wenn der Mensch unter Berufung auf das Argument der Selbstbestimmung sich selbst ein Ende setzt und dadurch sich als Träger eben dieser Selbstbestimmung auslöscht. Zu fragen ist auch, inwieweit ein Mensch, der sich zum Suizid als letztem Ausweg angesichts der Hoffnungslosigkeit seines zu erwartenden Schicksals entschließt, tatsächlich frei in seiner Entscheidung ist.

Zudem ist Selbstbestimmung nicht als völlige Unabhängigkeit zu verstehen; vielmehr entfaltet sie sich jeweils in menschlichen Beziehungen. So erzeugt jeder Suizid, ja bereits jeder Versuch eines Suizids, seelische Wunden und Schuldgefühle bei den Mitmenschen. Ein Konflikt entsteht auch hinsichtlich der gesellschaftlichen Solidaritäts- und Fürsorgepflicht. So ist es die Pflicht des Staates, seine Bürger zu schützen, und die Pflicht des Arztes, das Beste für seine Patienten zu tun.

Was nun den Suizidhelfer betrifft, so ist zu fragen, inwieweit die ihm aufgebürdete Verantwortung im verträglichen Bereich liegt, ja, ihm überhaupt noch zumutbar ist. Und: Kann die Suizidbeihilfe durch einen Dritten überhaupt durch das Selbstbestimmungsargument des Betroffenen abgedeckt werden? Nur andeuten möchte ich an dieser Stelle die Gefahr eines Missbrauchs vonseiten des Suizidhelfers, der nie objektiv sein kann, sondern immer auch aufgrund eigener Motivationslagen über sein Handeln verfügt.

Zu bedenken sind auch Fragen im Zusammenhang mit der Menschenwürde. Manche Situationen am Lebensende können mit Sicherheit von den betroffenen Menschen als zutiefst entwürdigend empfunden werden. Im Gegensatz zu dieser Empfindung ist festzuhalten: Keine Krankheit, kein Leid und kein Sterbeprozess kann dem Menschen die ihm innewohnende Würde nehmen oder auch nur beeinträchtigen. Umso mehr gilt es dann jedoch, die als entwürdigend empfundenen Situationen aufzufangen, beispielsweise durch Schmerzlinderung und durch Zuwendung angesichts von Hilflosigkeit, Verlassens- und Schamgefühlen.

Immer wieder vor Augen geführt werden uns Schicksale von Menschen, die es aus ihrem Leiden zu erlösen gelte, da ihre Krankheit so schwerwiegend sei, dass auch die Palliativmedizin an ihre Grenzen stoße und nicht helfen könne. Hier stellt sich die Frage, ob Extremsituationen als Begründung für allgemeine Regelungen herhalten dürfen. Dabei sehen viele Fachleute die Problematik, dass sich keine klaren Grenzen mehr ziehen lassen und die Suizidbeihilfe generell als ethisch erlaubt angesehen werde. Vor allem besteht aus ihrer Sicht die Befürchtung, dass sich hieraus dann in bestimmten Fällen ein fließender Übergang von der Suizidassistenz zur aktiven Sterbehilfe ergibt.

Wir sehen eine besonders hohe Gefahr für die Geschehnisse am Lebensende, wenn Ärzte als Suizidassistenten zugelassen werden, was übrigens auch für die Ärzte selbst ein grundsätzliches Dilemma darstellt. Rainer Kardinal Woelki hat zur Problematik der ärztlichen Begleitung am Suizidgeschehen vor einiger Zeit ausgeführt – ich zitiere –: „Es ist eine Perversion des Arztberufs, wenn Ärzte töten. Selbst wenn nur ganz wenige Menschen ärztliche Suizidhilfe verlangen würden, wäre doch ihre ausdrückliche gesetzliche Erlaubnis, wie sie jetzt von einigen Medizinern, Juristen und Ethikern verlangt wird, eine schwere Beschädigung jeder Arzt-Patienten-Beziehung. Der Arzt wäre plötzlich nicht mehr wie seit Jahrtausenden nur der Helfer zum Leben und gegen das Leiden, sondern möglicherweise auch derjenige, der mich töten kann.“

So weit das Zitat vom November 2014.

Der Arzt als Suizidbeihelfer würde auf jeden Fall auf die Gesellschaft rückwirken und den Suizid als gleichsam „reguläre Option“ anbieten. Hier kommt dann wiederum die vermeintliche Selbstbestimmung des Menschen ins Spiel. Wie frei wären beispielsweise alte, kranke, behinderte oder mittellose

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Menschen tatsächlich in ihrer Entscheidung? Welche Entscheidung würde von dem erwartet, von dem kein weiterer sozialer bzw. gesellschaftlicher Nutzen mehr zu erwarten ist?

Nochmals Kardinal Woelki – Zitat –: „Als Christen befürchten wir, dass eine gesetzlich geregelte ärztliche Suizidbeihilfe die Selbstbestimmung einschränkt, nämlich die der Schwachen, Alten und Kranken, die spüren, dass der Druck steigt, die Gesellschaft von sich zu ‚entlasten‘. Wir Christen haben uns solchen Forderungen schon in der Antike entgegengestellt. Dabei bleibt es.“

So weit Kardinal Woelki.

Mit einer Erlaubnis ärztlicher Suizidbeihilfe wird vor allem aber ein fragliches gesundheitspolitisches Signal gegeben. Anstelle der notwendigen Lösungen realer Probleme in Bezug auf die medizinische Versorgung, die Pflege, Betreuung und Begleitung der betroffenen Menschen, würde unter Berufung auf eine vermeintliche Patientenautonomie die Kapitulation treten.

Der Vollständigkeit halber weise ich darauf hin, dass wir als Kirche nicht nur die ärztliche Suizidassistenz ablehnen, sondern jegliche organisierte Form der Suizidbeihilfe, gleichgültig ob durch Einzelpersonen oder Vereine; ich es habe vorhin schon gesagt. Auch bei solchen Angeboten erkennen wir die Gefahr einer scheinbaren Normalität des Angebots, das Druck auf die Schwachen und Hilfebedürftigen ausübt. So besteht die Sorge, dass die am Lebensende möglichen vielfältigen Hilfestellungen nicht mehr hinreichend in Erwägung gezogen und aufgegriffen werden.

Aufgrund all dieser Aspekte sehen wir den Gewinn eines rechtlichen Verbots der ärztlichen und organisierten Suizidbeihilfe deutlich höher als die unbeherrschbaren Risiken, die sich eine Gesellschaft durch die wie auch immer eingeschränkte Freigabe einhandeln würde.

Aus alledem entstehen Aufgabenstellungen für die Politik auf ihren unterschiedlichen Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen sowie für die Gesellschaft. Einige dieser Aufgaben möchte ich zumindest kurz andeuten und Ihnen zur Weiterverfolgung in Ihrer parlamentarischen Arbeit ausdrücklich empfehlen.

Wenn sich etwa 75 % der Deutschen zu den Themen „Palliativversorgung“ und „Sterbehilfe“ nicht ausreichend informiert fühlen, so zeigt dies einen deutlichen Nachholbedarf in unserer Gesellschaft. Aufklärung in diesem sensiblen Feld tut not.

Notwendig scheint auch ein Ausbau der palliativmedizinischen Betreuung zu sein, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung. Nur so kann das Versprechen eines Sterbens in Würde und Selbstbestimmung, in Selbstachtung und ohne massive Schmerzen flächendeckend eingelöst werden.

Immer wieder sprechen Fachleute davon, dass Ärzte wie auch Pflegepersonal besser auf die sich am Lebensende ergebenden Aufgabenstellung vorbereitet werden müssen. Dies spricht für einen Ausbau der Aus- und Weiterbildungsangebote. Eigens zu bedenken ist zudem wohl eine verstärkte Forschung auf dem Gebiet der Palliativmedizin.

Überprüft werden sollte, ob die bestehenden Angebote im Blick auf die Kinder-Palliativmedizin und die Kinder-Hospizarbeit ausreichend sind. Manche Verbesserung in der Hospiz- und Palliativversorgung wird derzeit über den Deutschen Bundestag vorbereitet. Dies betrifft nicht zuletzt die finanziellen Bedingungen der Hospize. Von kirchlicher Seite wird bei dem in Berlin laufenden Diskussionsprozess daneben die Umsetzung eines ganzheitlichen Versorgungs- und Betreuungsansatzes angeregt.

Neben den Aspekten von medizinischer und pflegerischer Versorgung sollte durchgängig auch die Möglichkeit einer psychosozialen und seelsorglichen Begleitung schwerstkranker und sterbender Menschen bestehen und angeboten werden. Soweit es um stationäre Pflegeeinrichtungen geht, sollten Wege gefunden werden, die dies nicht zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung für die Heimbewohner werden lassen. Dies ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund zu bedenken, dass sich 38 % der sterbenden Menschen in Pflegeeinrichtungen befinden.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Ich komme nun zum Abschluss. Meine sehr geehrten Damen und Herren Abgeordnete, ich habe am 19. März 2015 Ihrer Orientierungsdebatte zur Sterbebegleitung hier im rheinland-pfälzischen Landtag über die gesamte Dauer von drei Stunden beigewohnt. Die große Ernsthaftigkeit Ihrer Beiträge, Ihre Sachlichkeit, Ihr Ringen um Positionen und Haltungen zum Wohl der Menschen in unserem Land konnte ich verspüren, Ihre Art und Weise des Umgangs miteinander wahrnehmen. Dies alles hat mich sehr beeindruckt, und ich danke Ihnen ganz nachdrücklich dafür.

Als Kirche lenken wir Ihren Blick auf die Hilfsbedürftigen, die alten, kranken und verzweifelten Menschen. Wir selbst engagieren uns vielfältig in diesem Bereich als Träger ambulanter und stationärer Einrichtungen, beispielsweise der Alten- und Krankenhilfe, in der Ausbildung von Pflegepersonal, in einer dem schwerstkranken und sterbenden Menschen wie auch dessen Angehörigen zugewandten Seelsorge, in der Hospizarbeit, um nur einige Felder zu nennen.

Wir danken den haupt- und ehrenamtlichen kirchlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und auch denjenigen, die überall sonst diesen für unsere Gesellschaft so wertvollen Dienst übernehmen. Auch für die Kirche ist die Befassung mit der Thematik Anlass, eigenes Handeln zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Ich hoffe, es ist insgesamt zu verspüren, wie deutlich sich die katholische Kirche in diesem sensiblen Feld in der Verantwortung und in der Mitverantwortung sieht.

Nun stehen Sie, die Abgeordneten des rheinland-pfälzischen Landtags wie auch Ihre Kolleginnen und Kollegen im Deutschen Bundestag in Berlin, im weiteren Verfahren vor der Ihnen durch die Verfassung gestellten Aufgabe, menschliches Leben in seiner Endphase im Sterbeprozess zu schützen, ja es sogar zu stärken. Wir sind der Auffassung, dass Sie dieser Aufgabe dadurch nahekommen, wenn Sie sich insbesondere für ein Verbot jeglicher organisierter Form der Suizidbeihilfe aussprechen und so einer Erosion des derzeit noch weitgehend konsensualen Verbots der aktiven Sterbehilfe entgegenwirken, und wenn Sie den Ausbau von palliativer und hospizlicher Hilfe fördern, im stationären wie im ambulanten Bereich in Krankenhäusern, Altenheimen und zu Hause. Beide Ansätze gehören aus kirchlicher Sicht untrennbar zusammen.

Für Ihren Einsatz und dafür, dass Sie sich dieser wichtigen Fragestellung angenommen haben, danken wir Ihnen sehr herzlich. Ebenso dankbar sind wir für die bislang verspürte hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Notwendigkeit eines Ausbaus der palliativlichen und hospizlichen Versorgung. Zugleich wünschen wir Ihrer Weiterarbeit gutes Gelingen und Gottes Segen. Soweit wir können, werden wir Ansätze zum Wohl der Menschen auch auf diesem Feld weiterhin gerne begleiten und unterstützen.

Herzlich danke ich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Skala. – Bevor ich zum Schluss Frau Textor das Wort erteile, darf ich Gäste hier im Plenarsaal begrüßen, und zwar die Aphasiker-Selbsthilfegruppe Speyer und Neustadt an der Weinstraße sowie Mitglieder des SPD-Ortsvereins Katzweiler. Seien Sie uns hier im Landtag herzlich willkommen.

(Beifall)

Frau Textor, Sie haben das Wort.

Frau Gisela Textor
LAG Hospiz Rheinland-Pfalz e. V.

Frau Textor: Sehr geehrter Vorsitzende, sehr geehrte Damen und Herren! Beim Zuhören dessen, was meine Vorrednerinnen und Vorredner gesagt haben, ist mir noch einmal klar geworden, wie komplex dieses Thema immer wieder ist, auch für jemanden wie mich. Ich beneide Sie nicht, und ich finde es beeindruckend, dass Sie sich dieser Thematik stellen. Herzlichen Dank!

Ich bin Pragmatikerin, weniger Theoretikerin; von daher wird meine Sprache vielleicht ein wenig von der meiner Vorredner abweichen. Der Hospiz- und Palliativverband Rheinland-Pfalz – in der Ausschreibung stehe ich noch als Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz; wir haben uns bei der letzten Delegiertenversammlung umbenannt – versteht sich als Interessensvertretung aller rheinland-pfälzischen ambulanten und stationären Hospize.

Vor circa 30 Jahren haben sich bürgerlich engagierte Menschen auf den Weg gemacht, die Situation schwerstkranker, sterbender Menschen zu verbessern. Daraus ist in diesen drei Jahrzehnten eine große und sehr erfolgreiche Bürgerbewegung geworden, die mittlerweile diverse Strukturen aufgebaut hat und immer noch mit dem Ziel unterwegs ist, ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

Zum Selbstverständnis dieser Bewegung gehört es, Sterben als einen natürlichen Teil des Lebens zu betrachten, den es weder zu beschleunigen noch zu verzögern gilt. Im Zentrum der hospizlichen Sorge stehen die Würde des Menschen am Lebensende, die Verbundenheit mit den Sterbenden und seinen Zugehörigen und die absolute Betroffenenorientierung. Aus diesem Selbstverständnis heraus und aufgrund der langjährigen Erfahrung in der Begleitung lehnen wir aktive Sterbehilfe, Beihilfe zum Suizid in jeglicher Form ab. Darauf brauche ich nicht weiter einzugehen; dazu haben meine Vorredner schon genügend gesagt.

Wir verfügen hier in Rheinland-Pfalz über 35 ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste; davon sind zwei ambulante Kinderhospize, acht ambulante rein ehrenamtliche Hospizdienste, acht stationäre Hospize, ein stationäres Kinderhospiz und mittlerweile acht SAPV-Teams. Das ist im Bundesvergleich wirklich beachtenswert. Die Flächendeckung haben wir noch nicht erreicht; darauf ist bereits Herr Gosenheimer eingegangen.

Ich möchte Ihnen ein paar Zahlen nennen: In den ambulanten Hospizen – darauf gilt es immer noch den größten Schwerpunkt zu legen, weil die meisten Menschen ambulant versorgt werden wollen – wurden im Jahr 2014 3.800 Menschen begleitet, 71 davon konnten dort versterben, wo sie lebten. Bei diesen Begleitungen sind 67 % der Menschen krebserkrankt. Im stationären Bereich liegt diese Prozentzahl höher; da sind es über 90 % der Menschen, die krebserkrankt sind. Erfreulich ist, dass im ambulanten Bereich eine Veränderung stattfindet und zunehmend auch nichtonkologisch erkrankte Menschen den Weg in die Begleitung finden. Schließlich noch eine Zahl: In Rheinland-Pfalz sind 1.600 Menschen als ehrenamtlich Aktive in der direkten Begleitung tätig.

Auch in den ambulanten und stationären Hospizen werden wir immer wieder mit dem Wunsch auf Sterbehilfe konfrontiert. Ob bei der Aufnahme im stationären Hospiz oder beim Erstgespräch im ambulanten Hospiz – wir hören selten, aber auch da immer mal wieder: Ach, und ich dachte, Sie helfen mir jetzt und geben mir eine Spritze oder ein Medikament. – Da müssen wir aufgrund unseres Selbstverständnisses sagen: Nein, das tun wir nicht, aber wir haben andere Angebote. Schau sie dir an, probiere sie aus, erzähl uns genau, was du brauchst.

Ich muss sagen: In den gesamten 20 Jahren, die ich jetzt in dieser Arbeit tätig bin, habe ich nicht erlebt, dass dieser ursprünglich geäußerte Wunsch geblieben ist, wenn die Beziehung gut gebaut werden konnte. Und das ist mein Hauptthema.

Gerda Graf, eine der Pionierinnen der Hospizarbeit, hat „Hospiz“ einmal definiert als Versprechen: Ich bin da, ich bleibe da, egal was passiert. Ich halte das mit dir, mit euch aus. Ich sehe dich und nehme dich wahr als den Menschen, der du bist, mit all deinem Leben, mit all deinen Wünschen und deinen

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015

43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015

38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015

31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015

– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Ängsten. – Diese uneingeschränkte Annahme des anderen in seiner Einzigartigkeit, diese absolute Betroffenenorientierung – das macht Hospiz als Haltung aus; das unterstützt Betroffene und ihre Angehörigen darin, ihren Weg zu gehen. Das benötigt viele Zeitressourcen; das benötigt Lernen für diese Begegnung. All das ist nur möglich, wenn entsprechende finanzielle Förderung vorhanden ist. Sterben geht uns alle an. Wir kommen daran nicht vorbei. Professor Werner Schneider spricht von einer „gesellschaftlichen Neuordnung des Lebensendes“. Er sagt: Man stirbt nicht mehr einfach so in unserer Gesellschaft. Wir sehen uns gezwungen, unser Sterben zu organisieren und zu planen. – Und das ist eine Herausforderung, von der ich persönlich glaube, dass sie uns in der Tat überfordert, weil: Können wir das überhaupt, unser Sterben planen? Ist Sterben überhaupt planbar?

Wir leben nicht mehr in der Sicherheit, dass Angehörige zur Verfügung stehen. Immer mehr Menschen leben alleine; die Kinder sind weit entfernt. Soziale Netze bestehen mitunter überhaupt nicht mehr. Wir kommen oft in Begleitungen, wo Menschen sich schon in einem Stadium der totalen Isolierung befinden. Hinzu kommt, dass die meisten von uns keine Erfahrung mehr im Umgang mit Sterben haben. Wir erleben Sterben in der Familie nicht mehr.

Wir bemerken in unseren Projekten zu „Hospiz macht Schule“, dass die Kinder das Sterben von Großeltern – was die Kinder früher schon in jungem Alter miterlebt haben – gar nicht mehr richtig mitbekommen. Ich komme oft in Beratungssituationen, wo mir das Gegenüber sagt: Nein, ich habe das noch nie erlebt. – Und diese Menschen sind dann häufig schon in meinem Alter. Damit will ich deutlich machen: Was früher so selbstverständlich war, auch für den Umgang mit Sterbenden, das ist heute schwer, weil wir die Erfahrungen einfach nicht mehr haben. Und allein das macht schon Angst.

Wir beschäftigen uns viel damit, was wir planen können, also Dinge, die wir uns auf keinen Fall am Ende unseres Lebens wünschen. Ich glaube, wir täten gut daran, uns eher zu überlegen, was wir uns denn wünschen.

Entspringt der Wunsch nach Legalisierung der Beihilfe zum Suizid nicht aus einer Sorge heraus? Wir hören immer wieder Begriffe wie „Selbstbestimmung“, „Autonomie“ und „unerträgliches Leid“. Ich persönlich frage mich, ob ich wirklich mein Leben lang immer selbstbestimmt bin. Wir sind als Menschen soziale Wesen, die angewiesen sind auf andere. Das wird auch in vielen Veröffentlichungen so formuliert, diese Verwobenheit des Menschen in einem sozialen Netz.

Ist es wirklich meine Angst vor Abhängigkeit, wenn ich mal irgendwann in eine solche Situation komme? Oder geht es vielleicht eher um das Wie einer eventuell für mich notwendigen Fürsorge, wenn ich mich nicht mehr selbst sorgend kümmern kann? – Klar, wir wollen anderen nicht zur Last fallen. Aber ist es wirklich so schlimm? Und ist es wirklich eine Last? – Wir merken in den Begleitungen häufig, dass die Menschen darüber gar nicht miteinander kommunizieren, und wenn es dann auf den Tisch kommt, stellt sich heraus, dass das Ganze eigentlich gar kein Thema ist.

Beispielsweise bei der Begleitung von Eltern im Sterbeprozess erlebe ich immer wieder, dass Kinder, auch wenn sie weit weg wohnen, bereit sind, sich Urlaub zu nehmen, dass sie kommen. Sie sagen: Das ist für mich gar keine Last. – Im Nachhinein erfahren wir dann, dass sie das absolut nicht als Last empfunden haben, sondern da gibt es viel Dankbarkeit, das getan zu haben.

Wie ist das mit dem unerträglichen Leid? Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung, hat den Begriff „total pain“ geprägt. Herr Gosenheimer möge mir bitte verzeihen, wenn ich das jetzt so benenne; aber in Großbritannien sind „hospice care“ und „palliative care“ ein und dasselbe. „Total pain“ meint: ein Schmerzempfinden, das nicht nur auf den physischen Schmerz begrenzt ist, und somit viel mehr braucht als Schmerzmedikation.

Wir wissen aus unseren Begleitungen, dass mitunter noch so gute und ausgefeilte Schmerzkombinationen nicht wirklich helfen, nicht wirklich entlasten und lindern. Hier braucht es immer wieder den ganzheitlichen Blick auf die Situation; denn es schmerzt, aus dem Leben zu gehen und sich von dem Leben zu verabschieden. Es schmerzt, wenn ich Kinder zurücklassen muss, die noch nicht alt genug

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

sind. Wir begleiten immer mehr junge Menschen, wo minderjährige Kinder zurückbleiben. Das schmerzt unendlich.

Es schmerzt, nicht mehr das tun zu können, was ich sonst immer tun konnte – die Schwäche, die mir schwerfällt; das sein zu lassen, was ich immer geliebt habe. Man könnte unendlich viele Dinge aufzählen, die unerträgliches Leid und Schmerz verursachen, die aber nicht im Bereich der Medikation angesiedelt werden können. Hier braucht es einfach viel mehr; hier braucht es ein Miteinander im gesellschaftlichen Kontext und eine entsprechende Akzeptanz.

Wir hören im Rahmen der Sterbehilfedebatte immer wieder erschreckende Beispiele, wie es ist, wenn Menschen sehr große unansehnliche, übelriechende Wunden haben, und dann auch noch im Gesichtsbereich. Ich erlebe im Kontakt mit diesen Menschen, dass deren Hauptthema natürlich ihre Wunde ist, ihre Erkrankung. Aber daneben beschäftigt sie das Thema: Die anderen können das nicht aushalten, mich so zu sehen, mich so zu riechen.

Das ist ein Auftrag an jeden von uns: Sich selbst zu prüfen, ob wir da nicht unsere Einstellung ändern müssen. Der Kontakt mit schwerkranken und sterbenden Menschen wird oft von der Gemeinschaft vermieden und hat ganz viel zu tun mit Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit. Wie kann, wie soll ich dem anderen begegnen? Was sage ich? Sage ich etwas Falsches? – Wir wissen, dass Sterbende und ihre Zugehörigen eines absolut nicht brauchen, und zwar Mitleid und Trost im Sinne von: Das wird schon wieder.

Schön ist es dann, wenn wir in unseren Begleitungen Rückmeldungen bekommen im Sinne von: Wir konnten uns nicht vorstellen, den Vater nach Hause zu holen. Er wollte unbedingt nach Hause und zu Hause sterben. Wir waren unsicher, wir hatten Sorge, dass wir das nicht schaffen. Wir wussten nicht, was auf uns zukommt. Wir hatten überhaupt keine Vorstellung davon, wollten dem Vater aber unbedingt den Wunsch erfüllen, zu Hause zu sterben.

Dann ist es schön, zu erleben, dass es sehr wohl möglich ist, Familie, Freunde und sogar Nachbarn so weit zu stärken und zu befähigen, dass sie in den letzten Tagen oder Stunden das Ruder selbst in die Hand nehmen. Dazu benötigt es Zeit und eine gute Vorbereitung. Die Zugehörigen wissen, was wie passieren könnte. Sie sind darauf vorbereitet, was Sterben bedeutet. Sie fühlen sich sicher, weil sie im Hintergrund Menschen haben, die sie zur Not anrufen können, wenn es nicht mehr geht. Sie sind eingedeckt mit Notfallmedikamenten, über deren Einsatzmöglichkeiten sie informiert sind. Sie wissen, wie sie selbst handeln können.

Ganz oft sind wir da gar nicht mehr gebraucht. Hier sind sowohl ehrenamtliche wie auch professionelle Helfer diejenigen, die am Sterbebett eigentlich primär nichts zu suchen haben, denn der letzte Blick, die letzte Berührung, die letzten Worte gehören nach Möglichkeit den vertrauten Menschen.

Ziel der Hospiz- und Palliativarbeit muss es bleiben, Angehörige so zu unterstützen und zu entlasten, dass sie sowohl ein Sterben zu Hause zulassen können, als auch über die Kraft und die Ressourcen verfügen, das tun zu können. Dazu braucht es ein gut funktionierendes Netzwerk aller Professionen, die für den Einzelfall und jede Begleitung individuell gebraucht ist.

Wir haben zum Beispiel gerade letzte Woche mit viel Aufwand und in Zusammenarbeit mit vielen anderen ein 17-jähriges Mädchen von der Intensivstation, die zwei Stunden entfernt vom Wohnort lag, nach Hause geholt, weil die Eltern nicht wollten, dass sie auf der Intensivstation stirbt. Die Frage war: Schaffen wir diese zweistündige Fahrt mit dem Rettungswagen überhaupt, damit sie lebend zu Hause ankommt? Sie ist lebend zu Hause angekommen, das Palliativteam hat sie dort empfangen, die Kollegin aus dem ambulanten Kinderhospiz war schon vor Ort, sie hat noch 45 Minuten zu Hause gelebt. Sie hatte noch die Möglichkeit, verbalen und Berührungskontakt mit ihren Eltern und Geschwistern aufzunehmen. Sie ist dann in Ruhe gestorben. Das professionelle Team blieb im Hintergrund und war lediglich als Stütze vor Ort.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Das ist das, was möglich sein muss, und zwar auf allen Ebenen. Es geht darum, dass Angehörige oder Zugehörige direkt Abschied nehmen können in der Zeit des Sterbens, also in der letzten Lebenszeit. Das hat enorme Auswirkungen auf die anschließende Trauerverarbeitung. Das ist zumindest unsere Erfahrung. In unseren Trauerbegleitungen stammen die wenigsten Menschen aus unseren eigenen Begleitungen. Es wäre sicher spannend, hier Forschungen zu betreiben zur Frage: Ist Trauer, die immer schwer ist, leichter oder anders zu verarbeiten, wenn der Abschied gelebt werden konnte?

Was macht für mich selbst die Hospizarbeit so wertvoll? Ich lerne durch den Kontakt mit Sterbenden ganz viel für mein Leben. Ich will Ihnen damit Mut machen. Man lernt in der Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Menschen ganz viel in Bezug auf Wertemaßstäbe; denn nicht alle von uns verstehen das Gleiche unter „Würde“. Wir gehen mit diesem Begriff sehr großzügig um, aber nicht alle verstehen das Gleiche darunter.

Wenn Sie Sterbebegleitung machen, dann beginnen Sie zu lernen, dass Würde sehr unterschiedlich definiert wird. In manchen Begleitungen bekommt man den Eindruck, dass da dringend etwas getan werden müsste. Im Moment begleiten wir eine Frau, die – – –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Frau Textor, ich muss Sie kurz einmal unterbrechen. Sie machen sehr interessante Ausführungen, aber ich muss mit Rücksicht auf die anderen, die sich an die Zeit gehalten haben, doch eingreifen. Ich habe Ihnen schon drei Minuten mehr gegeben.

Frau Textor: Ich hatte nur vier Seiten, und ich dachte, ich fülle die Zeit gar nicht aus. Dann höre ich jetzt auf.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich darf Sie einfach bitten, innerhalb der nächsten Minute zum Schluss zu kommen, damit wir sozusagen Waffengleichheit bei allen Anzuhörenden haben. Danke.

Frau Textor: In Ordnung. – Ich begrüße das Hospiz- und Palliativgesetz sehr. Die Hospiz- und Palliativgesellschaft Rheinland-Pfalz wünscht sich einen stärkeren Ausbau der hospizlichen und palliativen Versorgung. Wir wünschen uns für Rheinland-Pfalz, dass Sie die bestehenden Strukturen beachten; denn wir haben schon sehr gute Strukturen.

Was mir noch ein Anliegen ist – das ist heute Morgen schon mehrfach gesagt worden –: Bitte denken Sie an die Einrichtungen, in denen die meisten Menschen sterben. Das sind die Altenhilfeeinrichtungen, und diese brauchen dringend mehr Ressourcen. – Danke schön.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Ich danke allen Anzuhörenden, dass Sie sich weitgehend an die Zeitvorgaben gehalten haben. Es ist jetzt 11 Uhr, wir haben somit eine Punktlandung geschafft. Bevor wir jetzt in die Befragung gehen, schlage ich vor, dass wir eine Pause von maximal 15 Minuten machen. Wir werden dann die Sitzung pünktlich um 11:15 Uhr fortsetzen.

(Unterbrechung der Sitzung von 11:00 Uhr bis 11:15 Uhr)

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Meine sehr geehrten Damen und Herren, wir wollen jetzt die Sitzung fortsetzen. Herr Dr. Konrad führt vereinbarungsgemäß die Rednerliste. Ich darf um die ersten Wortmeldungen bitten. – Bitte lassen Sie die Hände noch oben, damit Herr Dr. Konrad die Nahmen aufnehmen kann. Sie kommen alle zu Wort, wir haben genügend Zeit. Weitere Wortmeldungen werden selbstverständlich zugelassen.

Ich darf dann als Erstem Herrn Präsidenten Mertes das Wort erteilen. Wir haben vereinbart, dass sämtliche Redner und Fragesteller nach vorne ans Mikrofon treten, gerade wegen des Livestreams. Das ist die einzige Möglichkeit, eine gute Bild- und Tonqualität hinzubekommen.

Herr Präsident Mertes: Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr geehrten Damen und Herren, was ich gerade gehört habe, führt bei mir zu zwei Fragen.

Zum einen habe ich wenig gehört zur Einbindung einer europäischen Perspektive. Welche Bedeutung hat auch für die deutsche Entscheidung die Entwicklung in Benelux? Das ist kein von uns sehr entferntes Gebiet, sondern das ist – historisch gesehen – Lotharingen. Dass zwischen Maas und Rhein zusammen gedacht wird, kann man als Europäer annehmen. Es geht um die Bedeutung der Entscheidung in Benelux für uns. Diese Entscheidungen unterscheiden sich von der unsrigen. Sie sind zudem schon längst getroffen. Kann man sie vollkommen ausblenden?

Zum anderen: Heute war schon einige Male von der Bedeutung der Palliativmedizin – Frau Textor, ich habe es übrigens persönlich selbst erlebt – in der Realität die Rede. Das ist ein großes Wort, und wenn alles so gut läuft, wenn wir in der Palliativmedizin und in der Hospizarbeit so gut werden, dass der Mensch in Frieden und unterstützt zu Hause sterben kann, dann könnten wir uns andere Entscheidungen ersparen.

Nun habe ich aber die Erfahrung machen können, dass es auch Grenzen gibt. Es ist ja nicht so, dass die Palliativmedizin – ich bin kein Mediziner, Gott bewahre! – sozusagen ein Knopf wäre, auf den wir nur zu drücken brauchen, oder eine Pille, die wir nur schlucken müssen, und dann sind aller Schmerz, alles Leid und alle Angst vor dem Sterben auf einmal weg. Es gibt viele Krankheiten, die hierdurch nicht erfasst werden können.

Hierzu hätte ich gerne noch genauere Ausführungen; denn wir werden in diesem Landtag bestimmt eine Debatte führen über das, was wir hier gehört haben. Da werden Hospiz und Palliativmedizin eine große Rolle spielen. Deshalb hätte ich diesen Bereich gerne noch stärker ausgeleuchtet. – Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Darf ich nachfragen: Sind die Fragen an alle gestellt?

Herr Präsident Mertes: Ja, die gehen an alle.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Ich darf die nächsten Fragenden bitten, konkret zu sagen, an wen die Fragen jeweils gestellt werden. Dann haben wir etwas mehr Struktur darin. – Wir werden jetzt zunächst noch weitere Fragen sammeln. Dann ist jetzt Frau Kohnle-Gros dran.

Frau Abg. Kohnle-Gros: Ich möchte zunächst sagen, wie beeindruckt ich von der Anhörung bin, obwohl wir gemeinsam schon ganz vieles zu diesem Thema erarbeitet haben.

Ich habe jetzt noch ein paar ganz sachliche Fragen.

Erstens. Darf ich den medizinischen Aspekt – ich selber bin Juristin – noch einmal aufrufen? Was bitte bedeutet „Sedierung“ in diesem Zusammenhang? Was bedeutet es, wenn ein Patient – das liest man in den schriftlichen Stellungnahmen – im Hospiz oder im Krankenhaus sediert und dann nach Hause entlassen wird? Wie muss man sich das als Laie vorstellen?

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Zweitens. Was mir aus juristischer Sicht aufgefallen ist, war die Garantenstellung für die Ärzte in der Medizin. Es wäre gut, wenn hierauf die ärztliche bzw. die juristische Seite noch einmal zu sprechen kommen könnte, was das genau bedeutet und wie man eine Abgrenzung vornehmen kann. Frau Angerer, Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass es hier beim Bundesverfassungsgericht noch eine offene Frage gibt. Vielleicht können Sie das noch einmal vertiefen.

Drittens. Auch diese Frage ist immer wieder in der Diskussion: Wie grenzt man ambulante und stationäre Hospizhilfe ab? In welchem Bereich wäre noch mehr zu leisten? Wo sehen Sie da eine Abgrenzung? – Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Wir nehmen jetzt noch drei Kollegen dazu, und dann machen wir einen Schnitt. – Herr Wäschenbach.

Herr Abg. Wäschenbach: Zur Konkretisierung würde mich interessieren:

Erstens. Gibt es konkrete Beispiele für gelungene Suizidprävention?

Zweitens. Wie separiert man in der Praxis Behandlungsabbrüche aus rein monetären Gründen? Diese Frage geht in erster Linie an Frau Baezner und Herrn Roßbruch.

Drittens. Gibt es konkrete Missbrauchsrisiken? Wie kann man diese völlig ausschließen? – Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Als Nächste folgt Frau Schleicher-Rothmund.

Frau Abg. Schleicher-Rothmund: Ich habe zwei Fragen; eine davon geht konkret an Herrn Professor Roßbruch. – Vorausschicken möchte ich: Ich habe den Eindruck, dass wir hier immer von ganz bestimmten Gruppen sprechen. Da wird skizziert, dass es sich um Krebskranke handelt oder um alte Menschen, dass es also heißt: Klar, es gibt eine Erkrankung, und da kommt es eben zu einem absehbaren Ende.

Sie, Herr Roßbruch, sagen: Ja, man kann eine assistierte Selbsttötung auf den Weg bringen; das setzt aber eine freie Entscheidung des vollständig über seinen Zustand informierten, also aufgeklärten Patienten voraus. Da frage ich mich: Was ist denn mit dem Apalliker oder mit dem Tetraplegiker? Was macht man denn, wenn jemand einen Unfall hatte? Heutzutage haben wir eine weitaus verbesserte Rettungsmedizin; wir holen Leute ins Leben zurück, die früher am Unfallort gestorben wären.

Was ist beispielsweise mit dem Tetraplegiker, der für sich entscheidet, dass er in diesem Zustand nicht leben möchte? Das ist doch ein ganz anderer Fall. Der hat möglicherweise vor dem Unfall noch nicht ein entsprechendes Schreiben auf den Weg gebracht. Und dann steht die Familie am Bett des Wachkomapatienten und muss sich fragen: Was machen wir?

Außerdem habe ich noch eine Frage an die Gegner der Legalisierung einer assistierten Selbsttötung. Sie sagen: Es entsteht ein Druck, dieses Recht in Anspruch zu nehmen. – Ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang ein anderes Beispiel nennen: Es gibt die Möglichkeit der In-vitro-Fertilisation für Paare, die keine Kinder bekommen können. Meines Wissens gibt es doch auch keinen Druck auf kinderlose Paare, dass gesagt wird: Das müsst ihr in Anspruch nehmen. – Da wüsste ich gerne von Ihnen: Wieso sagen Sie, dass ein solcher Druck entsteht?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Schleicher-Rothmund. – Der Letzte in dieser Runde ist Herr Dr. Dr. Schmidt.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte kurz betonen, dass das Thema sehr wichtig ist, auch im Hinblick auf den demografischen Wandel. Wir sollten die Diskussion über dieses Thema ganz offen im interkulturellen und im interreligiösen Geiste führen. Meine Frau ist

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

praktizierende Christin; ich selbst bin liberal religiös, säkular humanistisch geprägt und offen für die Zukunft.

Ich habe an fast jede und jeden eine Frage.

Zunächst an Frau Angerer. Sie haben sehr stark die Möglichkeiten der palliativen Versorgung betont. Ich bin selber Hausarzt, mache seit Langem Sterbebegleitung und betreue Krebspatienten sowie im Exil Sterbende, die überhaupt keine Angehörige haben. Das ist auch ein wichtiger Aspekt. Meine Frage: Wie sollen wir heute handeln, wenn die Palliativversorgung bundesweit nicht so zufriedenstellend ist, wie sie sein sollte? Wie schätzen Sie die Möglichkeiten der Palliativmedizin ein? Können Sie dazu etwas mehr ausführen?

An Frau Baezner. Ich bin Ihnen sehr dankbar für Ihre klare, aber auch sehr lebensnahe Darstellung. Das entspricht auch meinen eigenen Erfahrungen. Es geht – ganz pointiert – um das Thema „Ökonomie versus Ethik“. Wir müssen hier eine Position finden. Was sagen Sie dazu? Im Grunde gibt es eigentlich keine befriedigende Antwort. Wo kann man da einen Konsens finden? Ökonomie und Ethik – das wird immer ein Widerspruch bleiben, „Ökonomie“ ist hier insofern immer ein konflikträchtiger Begriff.

An Herrn Gosenheimer. Sie sagen – das ist völlig richtig, und dafür bin ich Ihnen auch dankbar –, dass Sterben nicht mehr in der Mitte unserer Gesellschaft stattfindet. Was sagen Sie zur Rolle der Bildung in diesem Zusammenhang? Sollte dieses Thema von der Schule aufgenommen werden und zum Beispiel im Ethikunterricht Behandlung finden? Die Angehörigen sind insgesamt doch sehr überfordert.

An Herrn Dr. Posern. Ich bin Ihnen sehr dankbar für den Satz – der auch meinen Erfahrungen entspricht –: Sterbende befinden an sich an der Grenze der Gesellschaft; sie gehören zu den Schwachen, zu den Abhängigen, und deshalb müssen wir uns um sie kümmern. Das ist für mich neben dem Aspekt der Selbstbestimmung eine der zentralen Fragen.

Sie sagten auch: Niemandem kann seine Würde genommen werden. – Das ist völlig richtig. Aber müssen wir nicht etwas vorsichtig sein, dass wir nicht das Selbstbestimmungsrecht des Individuums gefährden? Würde und Selbstbestimmung sind voneinander nicht zu trennen. Wie sollen wir diese Messlatte für unser praktisches Vorgehen austarieren?

An Herrn Roßbruch. Ich bin dankbar, dass Sie den Begriff „Sekularität“ in die Diskussion eingebracht haben. Ich habe den bundesweiten Arbeitskreis „Sekulare Grüne“ gegründet, gerade auch, um über solche Themen zu reden.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Herr Kollege, ich darf ganz kurz unterbrechen. Wir hatten uns im Vorfeld darauf geeinigt, pro Runde maximal drei Fragen zu stellen, damit das Ganze für die Damen und Herren beantwortbar bleibt. Deswegen darf ich Sie bitten, an dieser Stelle einen Cut zu machen. Sie haben dann später Gelegenheit, weitere Fragen zu stellen. Ich bitte da um Verständnis, aber sonst wird es zu unübersichtlich.

Wir machen jetzt einen Schnitt. Die Anzuhörenden haben in derselben Reihenfolge wie vorhin die Gelegenheit zum Antworten. Zunächst hat Frau Anger das Wort, bitte schön.

Frau Angerer: Zur ersten Fragen von Herrn Präsident Mertes nach der Einbindung in den europäischen Rahmen. Das ist schwierig; das können wir in diesem Punkt einfach nicht erreichen. Es gibt manchen strafrechtlichen Bereich, wo das nicht der Fall ist, und wo wir das auch gar nicht wollen. Da haben wir eigene Anschauungen – natürlich auch geprägt durch unsere Vergangenheit – und eine viel differenziertere Sicht auf die Dinge als unsere Nachbarn, die Beneluxländer.

Mit der Schweiz besteht eine gewisse Nähe, das ist nicht so entfernt von der Situation, wie wir sie in Deutschland haben. Was Benelux auszeichnet, ist die Tatsache, dass dort auch die aktive Sterbehilfe

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

zulässig ist. Viele Patienten tun sich leichter – so ist jedenfalls meine Erfahrung –, wenn sie alles ganz dem Arzt überlassen können, wenn sie es nicht selber machen müssen.

Man sollte nicht an unserer grundsätzlichen Vorstellung rütteln, dass es nur Beihilfe geben darf und dass der Patient die Sache, wenn schon, selbst in die Hand nehmen muss. Der Europäische Menschenrechtsgerichtshof hat dazu auch eine Entscheidung gefällt. Darin hieß es: Grundsätzlich sind die verschiedenen Regelungen in der Europäischen Union denkbar. – Darin hat er kein Problem gesehen.

Zur Garantenstellung in der Medizin, Frau Kohnle-Gros. Die Garantenstellung ist ein besonderer Begriff in der Juristerei. Dabei geht es um die unterlassene Hilfeleistung, die strafbar ist. Wir unterscheiden zwischen den Menschen, die nicht eine unmittelbare Nähe zu dem Sterbewilligen haben, und den anderen; das sind der Hausarzt oder der Arzt, der die Patienten ständig betreut.

Vor dem Bundesgerichtshof ging es um einen Fall, wo der Hausarzt zur Sterbewilligen nach Hause kam, die das das Medikament genommen hatte. Nun ging es um die Frage: Musste er jetzt noch irgendetwas dagegen tun? Der Bundesgerichtshof als höchste Instanz im Strafrecht hat gesagt: Grundsätzlich besteht eine Garantenstellung, auch für diesen Arzt, der die ständige Betreuung übernommen hat. Übrigens haben auch Angehörige eine solche Garantenstellung gegenüber dem anderen. Es handelt sich dabei um eine zusätzliche Strafbarkeit: nicht nur unterlassene Hilfeleistung, sondern auch Tötung. Deshalb ist diese Frage sehr relevant, und wir sollten sie klarstellend regeln.

In einer neueren Entscheidung hat der Bundesgerichtshof quasi am Rande betont, dass keine Strafbarkeit in Betracht komme; aber in der Sache selbst hat er das nie entschieden. So lange tun sich die Untergerichte schwer, eine klare Entscheidung zu treffen. Zwar sagt die rechtswissenschaftliche Literatur, das Ganze sollte nicht strafbar sein und argumentiert mit gesetzlichen Notstandsgesichtspunkten. Ich sehe es mehr unter dem Gesichtspunkt der Autonomie des Patienten. Wenn dieser frei verantwortlich den Suizid wählt, sollten nicht die Angehörigen oder der Arzt durch das Strafrecht gezwungen sein, hier einzugreifen. Wenn er aufgrund seines eigenen Gewissens eingreift, ist das seine Sache; er sollte jedenfalls nicht durch das Strafrecht gezwungen sein.

Auf eines muss ich noch hinweisen: Dass jemand einwilligt, setzt voraus, dass er voll aufgeklärt ist. Das ist eine schwierige Frage. Wenn jemand in die Lage kommt, dass er eigentlich überhaupt nichts mehr entscheiden kann, und vorher auch keine Patientenverfügung getroffen hat, dann ist es sehr schwierig für die Angehörigen, diese Entscheidung zu treffen. Das ist ein großes Problem, das im Zweifelsfall durch das Betreuungsgericht geklärt werden muss. Wir kennen viele Fälle – auch aus Amerika –, in denen das ein ganz langer Prozess wurde, nachdem der Patient ins Koma gefallen war und vorher keine Entscheidung getroffen wurde. Diese Schwierigkeiten kann man nicht gänzlich ausräumen.

Wenn die palliative Versorgung noch nicht in dem gewünschten Umfang möglich ist – was machen wir für den Übergang? Ein großes Problem besteht darin, dass viele Menschen heute als Single leben, gerade im Alter, wenn ein Ehepartner alleine zurückbleibt, wenn die Kinder nicht mehr vor Ort leben oder die Beziehung so ist, dass man nicht unbedingt Hilfe erwarten kann. Da hilft sicher nur, dahin zu wirken, dass der Patient in einem Krankenhaus palliativ versorgt und betreut werden kann. Deshalb sind die Erweiterung und die möglichst flächendeckende palliative Versorgung eminent wichtig.

(Beifall)

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Angerer. – Bevor ich Frau Baezner das Wort erteile, gestatten Sie mir, dass ich eine Besuchergruppe aus dem Kreis Altenkirchen begrüße: Schülerinnen und Schüler der 7. Jahrgangsstufe der IGS und der Realschule plus Betzdorf-Kirchen, vermutlich mit ihren Lehrerinnen und Lehrern. Ich darf Sie herzlich hier im Landtag willkommen heißen.

(Beifall)

Frau Baezner: Meine Damen und Herren, gerade wurde die Frage nach den Auswirkungen der europäischen Gesetzgebung auf Deutschland gestellt. Das müssen wir meiner Meinung nach auch auf

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

nichteuropäische Länder ausweiten. Sie wissen, in USA sind bereits fünf Bundesstaaten zur organisierten, tolerierten und sehr streng überwachten Freitodhilfe übergegangen; das gilt übrigens seit Kurzem auch für Kanada. In Australien beispielsweise sind die Northern Territories zu nennen. Das ist also nicht nur ein europäisches Problem, sondern es ist ein weltweites Problem.

Zu Ihrer Information: Es gibt die World Federation of Right to Die Societies, der rund um den Globus über 400.000 Menschen angehören. Zur Erklärung, wie das dort abläuft: Immer wieder wird der Irrtum verbreitet, in den Beneluxländern sei aktive Sterbehilfe gesetzlich erlaubt. Dem ist nicht so. Aktive Sterbehilfe – also die Spritze durch den Arzt – ist in diesen Ländern möglich, aber sie ist nicht legalisiert, sondern sie ist depenalisiert. Das ist ein ganz wichtiger Unterschied.

Vor und nach der Begleitung müssen da sehr intensive Protokolle geschrieben werden. Diese Protokolle werden von einer neutralen staatlichen Kommission geprüft. Es gilt auch dort das Vier-Augen-Prinzip; da kann also nicht ein einzelner Arzt in der Intimität mit dem Patienten entscheiden, was nun geschehen soll, sondern es muss immer ein zweiter Arzt beigezogen werden. Das ist ein Prinzip, das wir durchaus auch für Deutschland befürworten würden.

Es ist so: Wenn ein Termin, wenn ein Datum, wenn die grundsätzliche Entscheidung zu einem – nach Möglichkeit von einem einen Arzt – begleiteten Suizid vorliegt, dann sind die Angehörigen ganz anders einbezogen und können sich ganz anders darauf vorbereiten. Der Kranke beschäftigt sich meist schon seit Jahren damit. Dazu hat er seine Patientenverfügung ausgefüllt; das heißt, er hat sich bereits mit der Endlichkeit seines Lebens befasst. Das sollte nach Möglichkeit rechtzeitig geschehen. Das ist gut und richtig so.

Es geht aber nicht nur darum, was der Betroffene vorher getan hat. Er kann übrigens die Patientenverfügung, solange er irgendwie reden oder auch nur mit den Augen klimpern kann, widerrufen. Er kann sie ändern. Das ist kein Todesurteil. Ich weiß, dass viele Menschen Angst davor haben, eine Patientenverfügung auszufüllen, weil sie sich sagen: Dann habe ich mich endgültig festgelegt. – Dem ist aber nicht so, im Gegenteil.

Wir empfehlen unseren Mitgliedern immer wieder, mindestens alle ein, zwei Jahre einen Blick auf ihre Patientenverfügungen zu werfen. Wir füllen sie zusammen mit ihnen aus, wir beraten sie, wenn sie Änderungen vornehmen wollen. Das ist nie eine endgültige Entscheidung, aber sie ist der Ausdruck dessen, dass sie sich mit dem Thema befasst haben, sie und ihre Angehörigen. Sie sollen auch Betreuer und Bevollmächtigte einsetzen, die dann zwar nicht die Entscheidung ändern können, die aber die Entscheidung ausführen sollen, wenn die Betroffenen selber nicht mehr dazu imstande sind.

Wir stellen immer wieder fest: Wenn die Betroffenen mit ihrer Umgebung, mit der Familie, mit den Angehörigen, den Freunden, mit dem Betreuer, mit dem Berater vorher intensiv über die Sache gesprochen haben, wenn sie das Thema nicht totgeschwiegen haben, dann sind sie beruhigter, und ihre Familie weiß, was geschehen sollte, der Arzt nach Möglichkeit auch. Der Arzt sollte ein Exemplar der Patientenverfügung erhalten, ebenso das Krankenhaus. Die Anwesenheit der Familie kann so jedenfalls ganz anders und viel intensiver erfolgen.

In Dänemark übrigens müssen Sie, wenn Sie ins Krankenhaus kommen, eine Patientenverfügung vorlegen, sonst werden Sie gar nicht erst aufgenommen. Dänemark war eines der ersten Länder, in denen eine solche Regelung eingeführt wurde. Wir empfehlen also dringend die Patientenverfügung, die schon einmal Ausdruck Ihrer Wertehaltung und Ihrer Wertevorstellungen gibt.

Die Situation ist heute im Übrigen noch nicht so ideal, wie es heute Morgen so oft hervorgehoben wurde. Es ist noch nicht überall so, dass wir in einem liebevollen Rahmen in der Palliativpflege oder im Hospiz sterben dürfen. Tatsache ist doch, dass die meisten Menschen im Krankenhaus sterben. Morgens um sechs Uhr kommt dann ein Anruf aus dem Krankenhaus: Ihr Vater ist heute Nacht verstorben. – Sie waren jedoch nicht dabei, und Sie werden sich immer Vorwürfe machen, dass Sie ihn nicht genügend umsorgt haben, dass Sie nicht vorbereitet waren.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015

43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015

38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015

31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015

– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Was ist denn so schlimm daran, mit Ihrem Vater zusammen die Möglichkeit seines baldigen Todes besprochen zu haben? Was ist so schlimm daran, mit dem mit dem Arzt des Vaters Dinge zu besprechen wie: Wann kann ich nicht mehr? Wann soll das erfolgen, was ich mir heute noch nicht vorstellen kann, was aber mit Sicherheit kommt? – Wenn Sie sich vorbereitet und ein Datum festgesetzt haben, wie das in der Schweiz immer der Fall ist, dann kann ich Ihnen sagen: Die Intensität Ihrer Beziehung mit der Familie, mit der Umgebung ist derart gewaltig – das können Sie nicht erreichen, wenn Sie die Augen davor verschließen und den Tod bzw. die Möglichkeit des baldigen Todes von sich weisen. Sie und ich, wir wissen alle, dass das nicht geht. Wir alle werden drankommen.

Dann war noch die Frage nach den Missbrauchsrisiken gestellt worden. Die Missbrauchsrisiken sind dann groß, wenn alles im Heimlichen geschieht, wenn alles unter den Teppich gekehrt wird. Dann treten solche selbsternannten, medizinisch oft nicht gebildeten Sterbehelfer auf den Plan. Diese bieten Ihnen gegen Geld Hilfe an und bestellen dann das Medikament über das Internet irgendwo in China. Und Sie tragen dann das Risiko, dass dadurch alles noch schlimmer wird. Missbrauch kann nur dann ausgeschaltet werden, wenn alles offen und transparent abläuft und nichts unter den Teppich gekehrt wird.

Zur Frage nach Ökonomie und Ethik und wie da ein Konsens erreicht werden kann. Ein solcher Konsens ist sicher nur schwer herzustellen. Da gibt es viele Begründungen für beide Seiten. Aber auch hier würde ich sagen: Offenheit, Transparenz, ein Protokoll, nicht nur das Zwei-Augen-Prinzip, sondern mindestens vier oder sechs Augen; eine Umgebung, die vorbereitet ist. Das wäre vielleicht die einzige Sicherheit, damit nicht eine Seite das Tuch an sich ziehen kann.

Die Würde und das Selbstbestimmungsrecht gehören ganz wesentlich zusammen. Es entsteht keine Diskrepanz. Keiner verliert die Würde, wenn er sagt: Ich will unter diesen Umständen nicht mehr weiterleben. – Die Wahlfreiheit gehört ebenfalls zur Würde dazu. Sie müssen wählen können, Sie müssen informiert sein, und Sie müssen wissen: Was kann ich tun? Das ist ja das große Verdienst der Menschen, die sich um Palliativmedizin und um die Hospize kümmern. Ich habe den größten Respekt vor den Menschen an der Basis, die täglich das Elend und die Leiden eines sterbenden Menschen mit ansehen und sich eben nicht von unangenehmen Dingen wie Gerüchen abschrecken lassen, sondern die einfach da sind. Das ist unendlich viel, was hier geschieht, und was auch notwendig ist.

Ich möchte mich wehren gegen diesen Kontrast, der immer wieder aufgebaut wird zwischen Palliativmedizin auf der einen Seite und Freitodbeihilfe auf der anderen Seite. Es gehört alles zu unserer Wahlfreiheit dazu. Und solange Sie reden können, können Sie selbst bestimmen. Das ist Ihre einzige Sicherheit – dass Sie bestimmen können, was für Sie im Moment richtig ist. – Ich danke Ihnen.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Jetzt hat Herr Gosenheimer das Wort.

Herr Gosenheimer: Zum einen wurde die Frage gestellt: Wie wirken sich Entscheidungen und Vorgehensweisen in anderen europäischen Ländern auf uns aus? – Da habe ich mir das Stichwort „aktive Sterbehilfe“ unterstrichen. Es gibt klare Richtlinien in den Beneluxländern; auch dort – wie Sie richtig ausgeführt haben – ist die aktive Sterbehilfe verboten. Durch ein Verfahren, das nach dem Tod des Patienten durchgeführt wird, stellt man sicher, dass diese Handlungen für den Arzt, für die Handelnden, die dort beteiligt waren, rechtens gewesen sind.

Hat diese Praxis, wie sie in den Beneluxländern geübt wird, für uns Bedeutung? – Meiner Meinung nach nicht. Ich glaube vielmehr, unsere Gesellschaft hat durch diese Diskussion jetzt die Chance, Regelungen zu treffen, die aus unserer Gesellschaft heraus intelligent sein müssen. Wir können nicht sagen: Wir werden eine Regelung finden analog zu den Beneluxländern. Dort hat sich die Thematik viel früher und anders entwickelt.

In England gab es die Hospizbewegung schon in den 60er-Jahren; da war in Deutschland überhaupt noch gar nicht daran zu denken. Diese gesellschaftliche Entwicklung steht noch am Anfang, und sie wird gefördert durch unsere Diskussion, wie wir mit diesen Dingen umgehen.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Zur Bedeutung der Palliativmedizin. Wir sind unterwegs, wir haben eine Entwicklung angestoßen. Jetzt liegt ein Gesetzesentwurf vor, der eine breite Vernetzung innerhalb der Bevölkerung, innerhalb der verschiedenen Professionen, der medizinischen Dienste zusammen mit dem Hospizdienst zum Ziel hat. Wir können nicht alles mit einem Paukenschlag innerhalb von einem halben Jahr wie gewünscht herstellen. Einiges ist schon auf dem Weg; es ist schon viel passiert. Das erlebe ich gerade in Rheinland-Pfalz. Wenn heute ein Problem auftritt, gibt es schon Möglichkeiten, und wir können Menschen, die zu Hause nicht mehr versorgt werden können, in Palliativstationen oder in Hospizen aufnehmen. In Rheinland-Pfalz sind wir da schon ganz gut aufgestellt.

Zu den Grenzen der Palliativmedizin. Die Palliativmedizin ist kein Allheilmittel für jeden, der ein Leiden hat. Der Palliativmedizin liegt eine Definition zugrunde, und zwar sind Palliativmediziner dann gefragt, wenn eine unheilbare, weit fortgeschrittene Krankheit vorliegt, die weiter fortschreitet, mit begrenzter Lebenserwartung. So weit ist das klar.

In diesem Rahmen werden die spezialisierte ambulante Palliativversorgung und auch die Therapie auf der Palliativstation durchgeführt. Dieser Rahmen ist klar gesteckt und hat viele medizinische Implikationen und Handlungsweisen, gilt aber nicht für Menschen, die am Leben leiden. Ich sage das so pointiert, wenn ich höre, dass es eine gesetzliche Regelung geben soll bzw. wird, dass jeder das Recht auf einen assistierten Suizid hat.

Da denke ich an leidende Menschen, die wirklich am Leben leiden, zum Beispiel den 24-Jährigen, der die Prüfung versiebt hat, den Job verloren hat, die Freundin ist weggelaufen, sein Traumauto bekommt er nicht – der leidet an seinem Leben. Seine Wertvorstellung lässt nicht zu, dass er unter diesen Kautelen weiterleben kann. Und dann soll ich als Arzt – und da komme ich zum ärztlich assistierten Suizid – Verantwortung mittragen für diesen Todeswunsch? Da sage ich: Das ist für mich als Arzt einfach zu hoch gegriffen. Ich bin da jetzt ins Extreme gegangen.

Wenn wir jetzt über eine Krankheit mit fortgeschrittenem Leiden diskutieren – das kann ich als Arzt behandeln, das kann ich auch begleiten. Es gibt für fast alle Krankheitsprozesse medizinische Lösungen. Eine davon ist die palliative Sedierung – das war vorhin eine Frage, was das genau bedeutet. Das heißt: einen Schlaf herstellen. „Sedieren“ heißt „tief schlafen“. Das ist eine Medikamentenkombination, die Ängste nimmt, die Schmerzen und Luftnot lindert. Manchmal muss man auch starke Medikamente einsetzen bei Übelkeit.

Es gibt Kriterien, wie man eine solche Sedierung durchführt, den Ranson-Score, sodass der Patient gut symptomkontrolliert ist und sich in einem milden Halbschlaf befindet. Bei manchen Menschen reicht das nicht aus. Da muss man sehr hoch dosieren. Dann haben wir die Situation, im Prinzip am Lebensende, dass dieser Mensch das Ganze praktisch nur noch im Schlaf mit schweren Medikamenten aushalten kann. Um ihn vor Leiden zu schützen, benötigt es die Dauermedikation. Dieser Mensch wird dann im Schlaf sterben. Das kommt vor.

Es ist ein Problem, den Suizidwunsch nur an den Ärzten zu verorten. Wir sind noch nicht so weit, dass wir das alles so regeln können. Ich glaube schon, dass unsere Gesellschaft auf diese Frage eine Antwort finden muss; ich glaube aber nicht, dass das jetzt sofort schon der Fall sein kann. – Danke.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Kollege Gosenheimer. – Herr Dr. Posern, Sie sind an der Reihe.

Herr Dr. Posern: Ich möchte versuchen, kurz zu drei Fragen Stellung zu nehmen.

Zunächst komme ich zur Frage von Herrn Präsidenten Mertes nach der europäischen Perspektive. Da kann und will ich zu den rechtlichen Hintergründen nicht sagen. Ich möchte Ihnen aber berichten, dass die Gemeinschaft der evangelischen Kirchen in Europa, die sogenannte GEKE, vor einigen Jahren den Konsultationsprozess „Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit“ mit den evangelischen Kirchen in Europa durchgeführt hat.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Dabei ist noch einmal deutlich geworden, dass neben den rechtlichen Rahmenbedingungen auch die theologischen, religiösen und kulturellen Bedingungen in den verschiedenen Ländern Europas sehr unterschiedlich sind, und dass es deshalb sehr stark auf den Kontext ankommt, welche Antworten wir finden können. So viel zur Frage nach der europäischen Dimension.

Frau Schleicher-Rothmund, Sie hatten gefragt: Wie entsteht Druck auf Menschen, möglicherweise eine Wahlfreiheit – wie immer sie gestaltet sein mag – in Anspruch zu nehmen? Ich habe die Zahlen leider nicht im Kopf, und ich habe sie auf die Schnelle auch nicht gefunden, aber nach dem, was ich gelesen habe – wenn ich mich recht erinnere –, insbesondere mit Blick auf die Niederlande und auch Belgien, ist es schon so, dass die Zahlen dort signifikant angestiegen sind, trotz des Prozederes, das Frau Baezner ausführlich beschrieben hat.

Das ist ein Grund zur Unruhe. Obwohl es nicht in die Beliebigkeit gestellt ist, ob man den Suizid unterstützt oder nicht, sondern ganz bestimmte Schritte vorgeschrieben sind, steigen die Zahlen. Das geht bis dahin, dass auch behinderte Menschen getötet werden. Und das gerät mir dann doch gefährlich nahe an das heran, was wir in Deutschland unter dem Titel „Euthanasie“ schon einmal hatten.

(Beifall bei der CDU)

Da kommen wirklich solche Nützlichkeitsabwägungen ins Spiel. Ich erinnere mich, dass wir vor Jahren einmal eine Diskussion hatten – das ist schon lange her –, bis zu welchem Alter es gesellschaftlich nützlich ist, dass jemand noch eine künstliche Hüfte bekommt. Ich befürchte, da könnten vergleichbare Diskussionen auf uns zukommen: Wie nützlich ist es, ob ein Mensch noch lebt oder nicht mehr lebt?

Damit kommen wir zur Frage der Würde und der Selbstbestimmung in diesem Kontext. Da gibt es das Element der Patientenverfügung. Ich halte es für eine wichtige Sache, dass Menschen im vollen Bewusstsein ihrer Urteilsfähigkeit sagen, was ihnen in einer solchen Situation wichtig ist und woran ihnen gelegen ist. Gerade mit Blick auf die Möglichkeiten der Selbstbestimmung müssen wir sagen – auch wenn ich die Möglichkeiten der Palliativmedizin sehr betont habe, weil ich das gut und richtig und wichtig finde, auch wenn es schmerzlich und schwierig ist –: Das alles ist bei Weitem noch nicht genügend ausgebaut; weder ist es flächendeckend noch ist es überall erreichbar.

Dazu gehört auch die Frage der sozialen Gerechtigkeit, nämlich dass eine solche Option für alle erreichbar sein muss. Nur dann können wir dem Ziel näherkommen, dass Menschen in Würde sterben können, sodass auch sie selber es als würdig empfinden. Ich hatte in der letzten Woche ein Gespräch bei der Kreuznacher Diakonie, wo ich genau danach gefragt habe, und da wurde mir gesagt: Wir haben wesentlich mehr Anfragen nach hospizlicher Betreuung als wir Plätze haben. Dann kommt es natürlich zu Situationen, von denen wir nicht sagen können, dass die in Ordnung wären.

Insofern gehört zur Selbstbestimmung auch dazu, dass Menschen sich entscheiden können, möglichst unabhängig von Nützlichkeitsabwägungen und von einem äußeren Druck. Sterben zu müssen und Abschied nehmen zu müssen, ist schon schlimm genug. Viele von uns haben das schon erlebt. Wie gesagt, die Gefahr, die Menschenwürde letztlich dadurch zu beschädigen, dass man diese Möglichkeit zu einer Option macht, die eine Option unter mehreren ist, halte ich für zu groß, als dass ich dem zustimmen wollte. Ich habe allerdings auch gesagt: Wir treten nicht für eine Verschärfung der Regeln ein, jenseits dessen, was ich zum Unterbinden der gewerbsmäßigen Organisationen gesagt habe. – Danke.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Dr. Posern. – Der Nächste in der Reihe ist Herr Professor Roßbruch.

Herr Prof. Roßbruch: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Bevor ich zu den Fragen kommen, zunächst noch eine Vorbemerkung. Ich möchte, dass wir endlich einmal zur Kenntnis nehmen: Es gibt keine empirischen Nachweise, dass es durch einen begleiteten ärztlichen Suizid zu einem

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Dambruch kommt oder gar eine erhöhte Anzahl von Missbrauchsfällen zu befürchten ist. Das sollten wir alle zur Kenntnis nehmen.

Die empirische Datenlage ergibt sich aus den fünf Bundesstaaten in den USA, aus der Schweiz und aus Holland. Die Anzahl der begleiteten Suizide ist in Holland nicht steigend, die Anzahl der Fälle der aktiven Sterbehilfe hingegen schon. Das ist aber nur deswegen der Fall, weil die Dokumentationslage eine bessere geworden ist. Heutzutage wird in Holland wesentlich besser und effizienter dokumentiert, als das noch vor fünf oder zehn Jahren der Fall war. Daraus ergeben sich die erhöhten Fallzahlen, was die aktive Sterbehilfe betrifft. Daher möchte ich darum bitten, die aktive Sterbehilfe, um die es hier eigentlich gar nicht geht, und den begleiteten ärztlichen Suizid immer gut auseinanderzuhalten.

Nun zu den Fragen.

Frau Angerer schon einiges zur europäischen Situation gesagt. Dazu möchte ich keine weiteren Ausführungen machen; denn ich stimme ihr voll und ganz zu. Der Europäische Menschenrechtsgerichtshof hat in einer Entscheidung eindeutig gesagt, dass jeder Nationalstaat hier selber Regelungen vornehmen kann, sowohl im strafrechtlichen Bereich als auch im zivilrechtlichen Bereich. Jedenfalls lässt das das europäische Recht und insbesondere die Europäische Menschenrechtscharta zu.

Zur Garantenstellung. Bei der Garantenstellung gibt es ein großes Problem, das für einen juristischen Laien überhaupt nicht nachvollziehbar ist. Der BGH hat damals, im Jahr 1984, eine etwas merkwürdige Entscheidung gefällt, die im juristischen Schrifttum erhebliche Kritik erfahren hat. Ich habe schon in den 90er-Jahren versucht, diese Argumentation zu entkräften.

Man muss sich das einmal vorstellen: Ein Arzt kann einem Patienten ein Medikament geben, das der Patient sich selbst verabreicht. Das ist nach unserem Strafgesetzbuch eine straflose Beihilfe zum Suizid seitens des Arztes. Wenn jetzt aber der Patient aufgrund dieses eingenommenen Medikaments in Ohnmacht fällt – sozusagen nicht mehr die Tatherrschaft hat –, dann soll der Arzt plötzlich zur Lebensrettung schreiten. Diese Entscheidung ist einfach abstrus! Deswegen ist sie im juristischen Schrifttum so sehr kritisiert worden.

Vielleicht noch ein Hinweis auf meine Anmerkungen. Da mittlerweile das Patientenrechtegesetz, die Patientenverfügung, in den §§ 1901a, 1901b, 1904 BGB existiert, kann die BGH-Rechtsprechung so nicht mehr aufrechterhalten bleiben. Im BGB hat der Bundesgesetzgeber eindeutig geregelt, dass man im Rahmen einer Vorabverfügung entscheiden kann, ob man noch eine Behandlung möchte oder nicht. Das ist für die Behandlerseite absolut rechtsverbindlich. Der Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme ist im Übrigen passive Sterbehilfe, und das kann für den ärztlich begleiteten Suizid juristisch nicht anders bewertet werden. – So viel zur Garantenstellung.

Zum Missbrauch und zu den Missbrauchsrisiken. Darauf ist Frau Baezner schon eingegangen. Einen absoluten Schutz vor Missbrauch gibt es nicht. Es gibt auch keinen absoluten Schutz vor Tötung, obwohl die Tötungsdelikte schon seit langer Zeit im Strafgesetzbuch stehen. Es gibt niemals einen absoluten Schutz. Was man jedoch machen kann – und darauf hat Frau Baezner hingewiesen –, ist, durch eine offene, transparente rechtliche Regelung mit Kontrollen diesen Missbrauch gegen Null zu minimieren. Derzeit gibt es nämlich – gerade in der Palliativversorgung – keine Überprüfung, keine Überwachung.

Ich habe nicht nur einen Lehrauftrag in Saarbrücken, sondern ich bin auch Anwalt und als solcher in diesen Bereichen ziemlich aktiv. Da kann ich Ihnen sagen: Es gibt etliche Fälle von Missbrauch im Palliativversorgungsbereich, wo es zu einer ärztlichen Beihilfe zum Suizid gekommen ist unter dem Mäntelchen der Palliativversorgung. Hier muss zwingend eine gesetzliche Regelung erfolgen, damit auch das kontrollierbar und überprüfbar wird. Transparenz und Regelungen sind die besten Möglichkeiten, um Missbrauch zu verhindern. Alles andere – das kennen wir seit Jahrzehnten – ist sehr problematisch.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Zur Frage nach den Tetraplegikern und Apallikern. Da gehen zwei Dinge etwas durcheinander. Hier muss man Folgendes unterscheiden:

Der Apalliker ist nicht mehr entscheidungsfähig. Die Lage stellt sich daher so dar: Zu dem Zeitpunkt, in dem er entscheidungsunfähig wurde, gilt das, was er zuvor verfügt hat oder nicht verfügt hat. Das bedeutet ganz konkret: Er kann keine Entscheidung mehr fällen, also wird er, wenn er nichts verfügt hat, weiter versorgt bis zum bitteren Ende. So ist das.

Der Tetraplegiker hingegen kann sehr wohl noch entscheiden, er ist noch entscheidungsfähig. Wenn der Tetraplegiker zu dem Ergebnis kommt, dass er so nicht mehr weiterleben will, dass er das für sich als unwürdig erachtet, dann muss er diese Möglichkeit des begleiteten ärztlichen Suizids haben. Das ist zwingend, denn er selbst kann diesen Suizid ja nicht mehr durchführen.

Juristisch gesehen ist daher eindeutig die Differenzierung entscheidend, ob man es mit einem noch entscheidungsfähigen Patienten zu tun hat oder mit einem Patienten, der eben nicht mehr entscheidungsfähig ist. Ein Patient, der nicht mehr entscheidungsfähig ist, und der nicht vorab in einer Vorausverfügung eine Entscheidung getroffen hat, ist weiterzubehandeln. So ist die Rechtslage.

Noch ein Wort zum Patientenrecht im BGB. Der Bundesgesetzgeber hat nicht nur eine ausdrückliche Willenserklärung akzeptiert, sondern er hat sogar in § 1901a Absatz 2 BGB hineingeschrieben, dass man auf den mutmaßlichen Willen des Patienten abstellen kann, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Der mutmaßliche Wille ist zu eruieren durch Gespräche mit dem behandelnden Arzt, mit den Pflegekräften und mit Angehörigen im Hinblick darauf, wie sich der Patient vorab zu diesen Fragen geäußert hat. Das hat der Bundesgesetzgeber eindeutig geregelt.

Das Positive an dieser Rechtslage ist, dass weder – wie es von kirchlicher Seite gefordert worden ist – eine Todesnähe noch eine ganz bestimmte Erkrankung in einem ganz bestimmten Endstadium Voraussetzung sind, sondern jede Erkrankung führt zu einer möglichen Entscheidung des Patienten. So steht es schon heute in unserem Bürgerlichen Gesetzbuch.

Schließlich noch eine Klarstellung im Hinblick auf meinen zuvor genannten Gesetzesvorschlag. Ich empfand es als leichte Polemik – die bis dato in dieser Debatte nicht zu verspüren war –, ein Beispiel mit einem 24-jährigen jungen Mann zu wählen, der an seinem Leben leidet. Es hätte jetzt nur noch die 18-Jährige gefehlt, die an Liebeskummer leidet und sich suizidieren will. Das sind nicht die Fälle, die gesetzlich geregelt werden sollen. Hier sollen vielmehr Fälle geregelt werden, in denen es um erhebliche Krankheiten geht, um erhebliches Leiden, um intensivste Absprachen mit dem behandelnden Arzt, um Klarheiten und um gesetzliche Kontrolle.

Diese Wahlmöglichkeit muss aus meiner Sicht gegeben sein, wenn wir den Begriff der Menschenwürde – und das Selbstbestimmungsrecht ist das wesentliche Kriterium der Menschenwürde – ernst nehmen. Deswegen ist die Gegenüberstellung „Palliativversorgung einerseits – ärztlich begleiteter Suizid andererseits“ aus meiner Sicht verfehlt; das ist falsch. Es geht hier nicht um das eine oder um das andere, sondern es geht um das Sowohl-als-auch. Das verstehe ich unter Wahlfreiheit, und das verstehe ich unter Menschenwürde.

Es wird immer Menschen geben – die gehen in die Schweiz oder machen es illegal in Deutschland –, die sich eben nicht einer Palliativversorgung zuführen lassen wollen, sondern die einen begleiteten Suizid wünschen. Für diese Menschen muss es eine juristische Alternative geben, ohne dass der Helfer sich strafbar macht und kriminalisiert wird. Das ist die entscheidende Fragestellung. – Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Jetzt hat Herr Skala das Wort.

Herr Skala: Ich möchte zu Beginn noch einmal kurz auf die Diskussion zum Thema „Dambruch“ eingehen. Nach meinem Kenntnisstand ist die Oregon-Studie durchaus umstritten. Es gibt Menschen,

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

die sagen: „Diese Studie ist eindeutig“; es gibt aber auch solche, die sagen: Hier müssen bestehende Probleme aufgezeigt werden.

Es gibt Anfragen, ob eine solche Studie auf Europa, auf Deutschland übertragbar wäre. Das ist eine offene Diskussion, die wir hier sicher nicht mit einem Entweder-oder abschließen sollten. Generell gilt für solche Studien, dass wir empirische Befunde, die dabei zutage treten, nicht mit normativen Ansprüchen verwechseln dürfen. Das heißt: Aus Umfragen ist nicht unbedingt ablesbar, was ethisch richtig oder vertretbar war.

Was jedoch sehr deutlich zutage tritt: In Umfragen werden Kenntnisstände und Werthaltungen der Befragten deutlich. Bei solchen Umfragen – und da komme ich, Herr Präsident Mertes, noch einmal auf Ihre Frage nach der europäischen Perspektive zurück – nehmen wir wahr: Menschen gehen in die Schweiz zu Sterbehilfeorganisationen, weil ein entsprechendes Angebot hier in Deutschland nicht vorhanden ist.

Das ist aber auch immer nur die Hälfte der Wahrheit. Nach Einführung der Möglichkeit zum begleiteten Suizid, auch der aktiven Sterbehilfe, in den Niederlanden und in Belgien hat sich gezeigt, dass es einen gewissen Andrang von Menschen aus diesen Ländern gab, die Altenheime und Altenpflegeheime in Deutschland aufgesucht haben, weil sie dem immer wieder nachgewiesenen Missbrauch entfliehen wollten, die dieser Option, dass sie zu Tode gebracht werden, obwohl sie das überhaupt nicht wünschten, entfliehen wollten. Das gehört auch zur Realität dazu, die wir zur Kenntnis nehmen müssen.

Ansonsten stimme ich meinem Kollegen Dr. Posern zu, dass wir innerhalb der jeweiligen Gesellschaften fragen müssen: Wie organisieren wir uns? Was ist für uns wertleitend? So verstehe ich die Befassung des rheinland-pfälzischen Landtags mit dieser Frage, also dass Sie genau diese Frage stellen: Wie ist das für uns zu bewerten?

Frau Schleicher-Rothmund, noch einmal zu Ihrer Frage hinsichtlich des zu verspürenden Drucks am Lebensende. Sie haben das Beispiel der In-vitro-Fertilisation gewählt. Ich glaube, hier liegen grundsätzlich unterschiedliche Wertigkeiten vor. Die Frage nach der In-vitro-Fertilisation ist keine Lebensentscheidung im klassischen Sinn. Ich verstehe aber, was Sie mit Ihrer Frage meinen, und möchte eine Antwort versuchen, indem ich auf ein anderes Feld zu sprechen komme.

Wir wissen: Es gibt heute im vorgeburtlichen Bereich die Möglichkeit der Feststellung von Behinderungen, über die das Neugeborene verfügen wird. Wir wissen von den Frauen, die eine solche Diagnose im Hinblick auf ihr Kind erhalten haben, dass an diese häufig die Frage gestellt wird: Warum tust du dir das an? Warum bringst du dieses Kind überhaupt zur Welt? Was bedeutet das für dich in lebensperspektivischer Hinsicht?

Aus diesem Feld können unsere Beraterinnen in den Schwangerenberatungsstellen vielfältig berichten, wie der Druck auf Menschen wächst. Da es hier um das höchste Gut, um den Schutz des Lebens generell geht, wäre das vielleicht ein vergleichbarer Fall. Das sollte uns zusammenzucken lassen, das sollte uns erschrecken.

Ein dritter Aspekt. Herr Dr. Schmidt, Sie haben die Frage gestellt: Inwieweit ist es Aufgabe auch der Bildung, in den Schulen im Rahmen des Ethikunterrichts das Thema „Sterben“ zu behandeln? Ich möchte Ihnen nicht im Blick auf den Ethikunterricht antworten; denn ich halte – und das ist zum Glück in Rheinland-Pfalz der Fall – den Religionsunterricht für die Normalform des Angebots; ich bin aber trotzdem sehr dafür, dass dieser Ethikunterricht stattfindet für diejenigen Schüler, die keine konfessionelle Bindung oder keine religiöse Bildung haben. Sie sollen in solchen Fragen nicht benachteiligt werden.

Zur Behandlung im Rahmen des Religionsunterrichts. Religionen geben Antworten auf die grundlegenden und die letzten Fragen des Lebens; sie versuchen es zumindest. Das ist vielleicht ein Kernstück von Religion. Insofern sind Fragen nach Sterben und Tod immer auch Inhalt des Religionsunter-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

richts. Es ist gut, dass das so ist und dass wir zumindest dieses Fach haben, in dem solche Antworten versucht werden können, in dem um solche Antworten gerungen werden kann.

In der Oberstufe zum Beispiel spielt die Ethik im Rahmen des Religionsunterrichts eine ganz besondere Rolle. Da sind die Diskussionen, wie wir sie heute hier führen und wie Sie sie im März geführt haben, sicherlich Bestandteil der Frage: Wie gehen Menschen mit Fragen des Lebensendes um? Wie sollen sie damit umgehen? Was ist wichtig? Dort hat so etwas seinen Platz.

Im Kontext von Schule möchte ich noch auf einen weiteren Punkt hinweisen, nämlich auf die Schulseelsorge. Wir kennen das für unsere katholischen Schulen, wo es solche Schulseelsorger gibt. Es geht darum, wie Fälle von Sterben auch in der Schule aufgegriffen werden. Denken Sie einige Wochen zurück: die tragischen Geschehnisse rund um den Flugzeugabsturz in Frankreich und die anschließende – ich nenne es mal – Trauerarbeit, die auch an der Schule in Haltern, Westfalen, zu leisten war.

Das sind Punkte, wo junge Menschen heute ganz selbstverständlich mit Fragen von Tod und mit Fragen von Leben konfrontiert werden. Wir haben das in der Vergangenheit in vielfältiger Form erlebt; ich erinnere an den Freitod des Hannoveraner Torwarts Enke. Die Menschen werden immer wieder mit solchen Fragen konfrontiert, und wir haben in unserem Land in gewisser Weise eine Kultur, wo es häufig die Kirchen und die Religionsgemeinschaften sind, die darauf eine Antwort geben.

Wir werden in der Schule insbesondere das vermitteln können, was auch in der Gesellschaft seinen Platz hat. Deshalb ist es wichtig, dass wir um diese Fragen öffentlich ringen, und das durchaus mit unterschiedlichen Positionen, von denen Sie auch heute einige zu hören bekommen haben. – Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Dann kommt jetzt noch Frau Textor am Ende der ersten Runde. Danach gehen wir in die zweite Runde. Da liegen bereits drei Wortmeldungen vor. Wir machen das in Dreierblocks, damit es überschaubarer bleibt. Ich darf Sie bitten, präzise zu fragen und präzise zu antworten. So können möglichst viele zu Wort kommen. – Vielen Dank.

Frau Textor: Ich komme zunächst zur Frage nach der Abgrenzung zwischen den ambulanten und stationären Hospizen. Ich bin mir nicht ganz sicher, was Sie mit „Abgrenzung“ meinen. Ich hatte vorhin schon erwähnt, dass es in Rheinland-Pfalz flächendeckend ambulante Hospize gibt. Ambulante Hospize sind in Rheinland-Pfalz mit einer Fachkraft besetzt, die eine Palliative-Care-Ausbildung hat, da unsere Dienste in Rheinland-Pfalz Hospiz- und Palliativberatungsdienste sind. Wir haben da schon seit 1997 eine hauptamtliche Säule. Da können wir, glaube ich, sagen, dass wir flächendeckend versorgt sind. Einige Dienste müssen noch stärker ausgebaut werden.

„Ambulant“ bedeutet für diese Dienste: Sie gehen in die Häuslichkeit. Zur Häuslichkeit gehört auch – das möchte ich nochmals ausdrücklich betonen – die Alten- und Behindertenhilfe. Was die ambulanten Hospize so besonders macht? Ich formuliere es einmal so: Sie nehmen auf. Die Situation ist ja schwierig: Die Menschen kommen in die Dienste und bitten um Begleitung. Sie nehmen schon sehr frühzeitig auf, je nach Wunsch der Betroffenen. Sie begleiten auch Menschen, die zum Beispiel stationär nicht begleitet werden, nämlich solche, die noch in der Chemotherapie oder in der Bestrahlungstherapie sind oder dergleichen.

Was wir sicher – das erlebe ich immer wieder – noch tun müssen, ist, das Ganze noch viel mehr in die Öffentlichkeit zu bringen. Die Menschen haben, wenn sie „Hospiz“ hören, als Allererstes das stationäre Hospiz im Blick, also das Haus; davon gibt es in Rheinland-Pfalz acht. Es gilt die Devise, wie überall: ambulant vor stationär. In die stationären Hospize kommen Menschen, die lebensbegrenzend erkrankt sind, die keine Therapie mehr haben – im Sinne von Chemotherapie beispielsweise –, die eine voraussichtliche Lebensbegrenzung von Wochen bis Monaten haben, die der Arzt entsprechend absichern muss.

In Rheinland-Pfalz gibt es, wie gesagt, acht stationäre Hospize, jeweils mit ungefähr acht bis zehn Betten. Wir hören im Moment, dass es Bestrebungen gibt, an weiteren Stellen noch stationäre Hospi-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

ze aufzubauen. Wir gehen davon aus, dass es weitere acht Häuser sein werden. Dann aber bekämen wir ein Problem, wenn man die Anzahl der stationären Hospizbetten weiter erhöhen würde.

Das möchte ich Ihnen gerne begründen. In stationären Hospizen müssen unserer Meinung nach die Betten frei bleiben für die Menschen, die anders nicht versorgt werden können. Wir haben Riesenwartelisten. Aber das ist einfach so, weil Menschen in den Hospizen anrufen und sagen: Haben Sie ein Bett frei? – Dann kommen sie auf die Wartelisten, und wenn dann zwei Tage später ein Bett frei wird, dann werden die Wartelisten abgegangen und dann stellt man fest: Die Menschen haben schon längst andere Entscheidungen getroffen, oder es ist noch gar nicht so notwendig. Da wäre ich also ein bisschen vorsichtig in der Bewertung.

Wir bekommen ein großes Problem, was die stationären Hospize betrifft, dadurch, dass das HPG jetzt eine 95%-Finanzierung vorsieht, also eine deutliche finanzielle Verbesserung der stationären Hospize. Damit laufen wir Gefahr – das wird schon sehr deutlich thematisiert –, dass wir ein Zwei-Klassen-Sterben haben, nämlich das Sterben in stationären Hospizen, das nichts kostet, weil die Menschen nichts mehr hinzuzahlen müssen, und das Sterben in der Altenhilfe, wo Angehörige einen enormen finanziellen Beitrag dazu leisten müssen. Da gibt es entsprechende Bewegungen, dass Angehörige fordern, dass die sterbenden Menschen ins stationäre Hospiz kommen.

Da warne ich davor, diese stationären Hospize in unbegrenzter Zahl entstehen zu lassen. Da muss man vor Ort immer das gesamte Konstrukt prüfen. Man muss schauen: Was gibt es an ambulanten Möglichkeiten? Gibt es neben dem ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst ein SAPV-Team? Gibt es Palliativstationen in der Nähe?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Frau Angerer musste bereits um 12 Uhr weiter zu einem Folgetermin. Wir haben jetzt eine neue Dreiergruppe, das sind die Damen Frau Anklam-Trapp, Frau Thelen und Frau Neuhof, in dieser Reihenfolge. Bitte schön.

Frau Abg. Anklam-Trapp: Ich bin sehr beeindruckt von der Anhörung. Meine Fragen will ich möglichst kurz fassen.

Meine erste Frage geht an Herrn Gosenheimer, Herrn Roßbruch und Frau Textor. Dabei geht es mir darum, dass man denjenigen, die die Leistung tragen, Rechtssicherheit und Unterstützung zukommen lassen sollte. Ich frage daher noch einmal ganz gezielt danach: Bedarf es einer Änderung unserer aktuellen Rechtsprechung? Bedarf es einer Novellierung insbesondere beim Arznei- und Betäubungsmittelgesetz? Ist aus Ihrer praktischen Sicht die Problematik des Notfalleingriffs gegeben? Sind dem rheinland-pfälzischen Ständerecht entsprechend die Regelungen, die sich daraus ableiten, für Ihr ärztliches Handeln gedeckt, oder würden Sie seitens der Kammern eine Ergänzung für Ihren eigenen Berufsstand bzw. für Ihre eigene Arbeit wünschen?

Meine zweite Frage ist etwas umfassender, weil sie sich mit Grundlegendem auseinandersetzt. Die Frage möchte ich an Herrn Gosenheimer, Herrn Prof. Roßbruch und Frau Textor, aber auch an die Vertreter der Kirchen richten. Wenn wir in einer älter werdenden Gesellschaft die Diskussion um Sterbebegleitung – aktiv oder passiv – führen, dann ist es wichtig, alle sozialen Schichten mit einzubeziehen. Gerade wenn wir über den assistierten Suizid sprechen, habe ich oftmals den Eindruck, dass das eine besonders privilegierte Bevölkerungsschicht betrifft, aber nicht zwangsläufig die Menschen, die in unserem Land leben, wirken und arbeiten, die vielleicht auch nicht an unsere Kirchen gebunden sind, die aber im täglichen Spannungsfeld der Versorgung der Menschen eine Rolle spielen.

Heute sprechen wir intensiv über die palliative Versorgung und die Hospizversorgung. Hier versuchen wir, im Land Verbesserungen voranzutreiben. Meiner Erfahrung nach leben und sterben die Menschen im ganz normalen Alltag, und nicht jede oder jeder braucht diese spezialisierte, erleichternde Versorgung am Schluss seines Lebens. Da möchte ich Herrn Gosenheimer als Praktiker noch um eine Einschätzung bitten. Ich möchte nicht, dass in dieser Anhörung der Gedanke entwickelt wird, dass ein Lebensende immer so aussehen muss. Wir sprechen hier von einer überschaubaren Bevölkerungsgruppe.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Eine Zusatzfrage. Bei der Ausbildung unserer Medizinstudentinnen und -studenten geht es um Heilen und Helfen. Wie sieht es da aus mit der Rolle des Lebensendes? Welche Voraussetzungen im Rahmen der Ausbildung wären nötig – auch in der Sterbebegleitung –, um die Medizinerinnen und Mediziner vorzubereiten auf die Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten in deren letzten Tagen?

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Anklam-Trapp. Dann kommt als Nächste Frau Thelen.

Frau Abg. Thelen: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren, meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Roßbruch – und ich bitte auch Herrn Gosenheimer, hierzu Stellung zu nehmen –; es geht um seine schriftliche Vorlage. Er hat sie vorhin in seinem Vortrag kurz angesprochen.

In den Vorbemerkungen seiner schriftlichen Stellungnahme bittet er uns, diese Diskussion mit der Bereitschaft zu einer stärkeren Realitätsnähe zu führen. Wir sollen den Realitäten ins Auge sehen, den Blick öffnen für das, was sich abseits von Phrasen, Schlagworten und Heilslehren auf unseren Intensivstationen, in Heimen und in der ambulanten Versorgung tatsächlich abspielt. Ein erster Ansatz wäre, einmal denen zuzuhören, die direkt und praxisnah mit den existenziellen Fragen Sterbender befasst sind, den Sterbehelfern zum Beispiel.

Nun haben wir heute Morgen eine Sterbebegleiterin gehört, nämlich Frau Textor. Ich möchte Sie, Herr Roßbruch, fragen: Wen meinen Sie mit diesen „Sterbehelfern“? Da ich es einfach für nicht für ausreichend halte, nur Andeutungen zu lesen, möchte ich Sie bitten, uns zu sagen, was Sie damit ausdrücken wollen.

Ich möchte Herrn Gosenheimer bitten, uns zu sagen, wie er die realistische Situation auf Intensivstationen, Palliativstationen usw. wahrnimmt. Ich bin durchaus für kritische Anmerkungen dankbar; denn wir sind uns alle einig, dass wir in der Situation der Begleitung und Versorgung sterbender Menschen sicherlich noch Nachholbedarf haben, um die Rahmenbedingungen so herzustellen, wie wir sie für richtig halten.

Ich will mich außerdem noch einmal auf eine Aussage von Herrn Professor Roßbruch beziehen. Da geht es um die Trennlinie zwischen einem gesellschaftlichen Dammbbruch und festgestelltem dokumentiertem Missbrauch, wenn es dank liberaler Gesetzgebung wie in den Beneluxländern die Möglichkeit gibt, den assistierten Selbstmord zu begehen. Im Internet kann man sehr gut die Diskussion in den Niederlanden verfolgen. Sie hat sich in den letzten Jahren sehr verschärft, insbesondere nachdem auch einige Alzheimer-Patientinnen und -Patienten zu Tode gebracht wurden – und das, obwohl auch in den Niederlanden selbstverständlich der eigene Wille zwingende Voraussetzung ist, dem Leben ein Ende zu bereiten, und ein Aufklärungsgespräch mit einem Arzt stattgefunden haben muss. Auch dafür ist eine gewisse Verständnisfähigkeit Voraussetzung. Dass sich die Entwicklung in den Niederlanden so darstellt, bringt dort viele Menschen auf.

Ich möchte den Sprung machen zum Thema „Dammbbruch in der Gesellschaft“. Da bin ich Herrn Skala dankbar, dass er diesen Punkt noch einmal angesprochen hat: Wie verändert sich denn Gesellschaft, wenn diese Möglichkeit als Option zur Verfügung steht und damit Druck ausgeübt werden kann auf Menschen, dass sie bitte vielleicht diesen Weg wählen mögen? Da bitte ich vor allen Dingen die Vertreter unserer Kirchen um eine Stellungnahme; denn ich glaube, wir müssen bei allem, was wir tun, immer die Wirkung mitbedenken. Und ich halte das für eine gravierende Wirkung. – Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Frau Thelen, können Sie bitte noch einmal konkretisieren, an wen sich diese Fragen genau richten?

Frau Abg. Thelen: Die erste Frage – Stichwort: Sterbehelfer – geht an Herrn Prof. Roßbruch und an den Palliativmediziner Herrn Gosenheimer. Die nächste Frage geht an Herrn Skala und Herrn Dr. Posern.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Jetzt Frau Neuhof, bitte.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015

43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015

38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015

31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015

– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Frau Abg. Neuhof: Ich möchte zwei Fragen an Professor Roßbruch stellen. Herr Professor, Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme von der möglichen Gefahr, dass – gerade angesichts der jetzigen Diskussion – der ärztlich assistierte Suizid möglicherweise auch in Gefahr stehen könnte, kriminalisiert zu werden. Wenn Sie das bitte kurz ausführen könnten?

Des Weiteren bringen Sie in Ihrer Einlassung die Autonomie und die Selbstbestimmung des Menschen in Bezug auf einen selbstbestimmten Tod in eine enge Korrelation mit der Würde des Menschen. Das begrüße ich sehr. Sie schreiben aber auch, dass es fatal und sehr verkehrt wäre, diesen Würdebegriff ins Gegenteil zu verkehren und durch einen möglicherweise krankhaften Willen zur Selbsttötung zu unterstellen. Das würde zu einer Interpretation seitens Dritter führen, was genau der Absichtswille des Patienten oder des Leidenden bedeutet. Da bitte ich Sie noch um etwas Ausführung.

Meine dritte Frage geht an Herrn Skala. Herr Skala, Sie geben der Selbstbestimmung der Menschen eine zentrale Bedeutung, schränken diese aber mit genau der zentralen Bedeutung wieder ein. Das bedarf für mich der Erläuterung, zumal Sie schreiben, dass Selbstbestimmung nicht die völlige Unabhängigkeit bedeute, und dass Suizid oder Suizidversuche, möglicherweise auch assistierte Suizide, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Mitmenschen führen könne. Ich weiß es – ich bin Fachkrankenschwester für Psychiatrie –, dass die Angehörigen auch leiden und Schuldgefühle haben.

Sie schreiben dann, die gesellschaftliche Solidaritäts- und Fürsorgepflicht habe da zu greifen. Meine konkrete Frage ist: Wer hat denn das größere Recht auf diese Solidaritäts- und Fürsorgepflicht – der Schwächste in der Reihe, der Leidende, der Kranke, der Totkranke, der an Schmerzen Leidende? Oder bedürfen in erster Linie andere Mitglieder der Familie, der Gesellschaft, die Ärzte, die Krankenpflege der Solidarität und der Fürsorge? – Ich möchte den Kranken, den Leidenden der Fürsorgepflicht anheimstellen. – Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Diese fünf Fragen gingen jetzt in unterschiedlicher Intensität an Herrn Gosenheimer, Herrn Dr. Posern, Herrn Prof. Roßbruch, Herrn Skala und Herrn Textor. Ich schlage vor, dass wir in dieser Reihenfolge fortfahren. Herr Gosenheimer, Sie sind der Erste.

Herr Gosenheimer: Es wurde die Frage gestellt, ob wir eine Novellierung im Arzneimittelgesetz benötigen. Ich komme mit den gesetzlichen Regelungen, wie sie derzeit vorliegen, eigentlich voll und ganz aus.

Zum Notfalleingriff. Wenn ein Patient bewusstlos wird, dann folgen wir ganz klar dem Patientenwillen, dem schriftlich niedergelegten oder dem mutmaßlichen, der zu bestimmen ist. Ich fahre Notarztwagen, wenn auch heutzutage nicht mehr so häufig. Da kommen solche Situationen vor, und da ist es ganz wichtig, dass man zunächst damit beginnt, das Leben zu retten, zugleich jedoch parallel fragt – das läuft heute gezielt so ab –: Wie ist der Patientenwille, wenn ein Mensch bewusstlos ist und im Sterben liegt? Will der die medizinische Maximaltherapie? Will der auf die Intensivstation? Oder ist es jemand, der akzeptieren kann, dass das Leben ein natürliches Ende findet und dass wir sein Sterben begleiten?

Bei einem Notfalleingriff als solchem – wenn also jemand willentlich zu viele Medikamente genommen hat – und wenn der Patient vorher entsprechend schriftlich etwas festgelegt hat, bin ich daran gebunden, zu akzeptieren, dass ein schriftlicher Wille vorliegt.

Das Landesrecht in Rheinland-Pfalz nimmt keine klare Stellung zur Frage, ob es den Ärzten verboten ist, am assistierten Suizid teilzunehmen. Das würde ich auch nicht weiter präzisieren wollen. Ich bin froh mit einer Regelung, die auf die Gewissensentscheidung des Arztes abstellt.

Wenn sich jemand auf den Weg aus dem Leben macht und das ganz klar formuliert bzw. schon unterwegs ist, dann sehe ich es eindeutig als ärztliche Aufgabe ab, ihn zu begleiten, vielleicht auch im Rahmen eines Sterbefastens. Das ist die dritte Möglichkeit, ohne dass man sich Gewalt antut. Das erlebe ich auch oft bei alten Menschen, die einfach Essen und Trinken einstellen und sagen: Ich will

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

nicht mehr, ich kann nicht mehr. – Das ist aber nicht schnell, das ist nicht endgültig. Das führt letztlich dazu, dass dieser Mensch aus dem Leben gehen wird, und ab einem gewissen Punkt steht ihm ganz klar auch da ärztliche Hilfe zu.

Diese Entscheidung muss jedoch nicht ich treffen. Wenn ein schriftlicher Patientenwille vorliegt und dieser Mensch auf dem Weg ist, dann begleite ich ihn. Ich bin aber nicht derjenige, der ihm das Mittel in die Hand gibt und sagt: Jetzt kannst du, wie du willst. Das ist seine eigene Entscheidung. Und wir werden seine Entscheidung mittragen und begleiten.

Zur Frage nach der Einschätzung, wie viele Menschen denn eine palliativmedizinische Betreuung und Begleitung am Lebensende benötigen. Wir gehen generell davon aus, dass etwa 1 % der Bevölkerung pro Jahr stirbt; das heißt bei 4 Millionen Einwohnern in Rheinland-Pfalz sind das 40.000 Menschen. Wenn wir die Palliativmedizin in den Blick nehmen, rechnen wir damit, dass 7 % bis 10 % der Sterbenden einer palliativmedizinischen Betreuung bedürfen. Das heißt, das sind etwa 4.000 Menschen, die diese intensive Medizin brauchen. Anders ausgedrückt: 90 % der Menschen, die in unserem Land sterben, haben kein komplexes Symptomgeschehen, das eine Palliativmedizin notwendig machen würde.

Das Sterben auf Intensivstationen kann palliativmedizinisch begleitet sein, und da ist derzeit – und das erfahre ich spürbar – wirklich ein Umdenkungsprozess im Gange. Beim Sterben in der Demenz, beim Sterben mit beginnendem Organversagen, wo man überlegen muss: „Muss man die Organtätigkeit stützen, zum Beispiel durch Dialyse, durch künstliche Herzen, durch künstliche Beatmung?“, ist es so: Wenn ein Patientenwille vorliegt, der klar auf diese Situation hin formuliert ist, dann werden auf den Intensivstationen die Maßnahmen entsprechend eingestellt. Das war vor einigen Jahren noch nicht so der Fall, aber das setzt sich langsam durch.

Es gibt eine Rechtslage, aber die muss für den handelnden Arzt auch umsetzbar sein. Das ist immer der Spannungsbogen zwischen Leben retten mit maximalen Maßnahmen auf der einen Seite und auf der anderen Seite die gefühlsmäßig getragene Möglichkeit der Einstellung der Maßnahmen. Das ist schwer. Das ist auch für die Familien schwer, die einerseits die Hoffnung auf das weitere Leben haben, und die andererseits sehen: Der Vater oder die Mutter hat das nie gewollt. Jetzt müssen wir aufhören. Das muss man gut begleiten.

Wie gesagt, hier findet ein Umdenken statt, eine Anpassung, auch im hausärztlichen Bereich. Auf den Intensivstationen gibt es mehr oder weniger regelmäßig – so ist das bei uns geregelt – Fallbesprechungen, auch ethischer Art. In der Klinik gibt es das Ethikteam. Wenn die Situation unklar ist, dann holt man sich Fachleute hinzu, die Fachmeinungen anderer Ärzte, anderer Abteilungen, anderer Professionen, um zu klären: Was ist in dieser Situation zu tun? Wie gehen wir weiter vor?

Beinahe hätte ich die Frage nach der Ausbildung der Ärzte vergessen. Im Medizinstudium ist die Palliativmedizin implementiert; da kommen die Studenten damit in Kontakt. Das Problem ist nur: Die Medizin entwickelt sich weiter, das Wissen verdoppelt sich alle zehn Jahre. Ich denke, dass sich Handlungs- und Verfahrensweisen, die auch die Palliativmedizin betreffen, in die Assistenzarztzeit, also nach Abschluss des Studiums, implementieren lassen. Im Laufe der weiteren Ausbildung, wenn man schon Arzt ist, wenn man in der Verantwortung steht, sollte man von den Leitenden Ärzten und von den Fachgesellschaften Anleitungen bekommen, wie mit den palliativmedizinischen Situationen umgegangen werden sollte.

(Frau Abg. Thelen: Ich hatte noch nach den kritischen Situationen auf den Intensivstationen gefragt. Wir müssen die Realität in diesen Einrichtungen wahrnehmen! Da gibt es Dinge, die sind strafrechtlich relevant!)

– Sie haben rückgefragt nach kritischen Situationen auf Intensivstationen. Kritisch ist es dann, wenn es unklar ist. Wenn der Patientenwille klar ist, dann habe ich auch einen Handlungspfad. Kritisch ist es dann, wenn unklar ist: Trifft die Situation, die aktuell medizinisch vorliegt, auf den Patientenwillen zu?
– Konkret heißt das: Ich habe einen Patienten – sagen wir mal: 84 Jahre, mit einer schweren Lungen-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

entzündung – auf der Intensivstation an der Beatmungsmaschine. Ein Patientenwille liegt vor, der besagt: Wenn ein unheilbares Leiden eingetreten ist, dann sollen keine weiteren medizinischen Maßnahmen erfolgen.

In solch einem Fall ist immer die ärztliche Einschätzung wichtig: Ist das jetzt eine Situation, die dieser Mensch, die sein Herz-Kreislauf-System noch aushält? Ist da noch eine Therapie insoweit möglich, dass er am Leben bleibt und wieder von der Maschine wekommt? Oder ist die Erkrankung so weit fortgeschritten, die Lungenentzündung so massiv, dass es zu einem Multiorganversagen kommt? Das sind Probleme, die rein medizinisch-ärztlich anzugehen sind, und das muss man von Tag zu Tag, manchmal auch von Stunde zu Stunde entscheiden. Manchmal holen wir dann auch das Ethikteam zusammen und beraten das weitere Vorgehen, das sich am Patientenwillen und der ärztlichen Kunst orientieren soll.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – In der Zeit, in der Herr Dr. Posern nach vorne kommt, sei mir die Bemerkung gestattet, dass zu den Zeiten, als ich Medizin studiert habe – Ende der 70er-Jahre, Anfang der 80er-Jahre –, Palliativmedizin noch überhaupt kein Thema war. Ich bin dann Gott sei Dank Anästhesist geworden. Unsere Fachgruppe kennt sich mit den Medikamenten aus. Es ist jedoch ein großes Dilemma, dass der normale niedergelassene Arzt mehr als Respekt vor den Substanzen hat, die wir in der Palliativmedizin einsetzen. Deswegen ist Weiterbildung so wichtig. – Jetzt Herr Dr. Posern. Bitte schön.

Herr Dr. Posern: Frau Anklam-Trapp und Frau Thelen, ich bin mir in beiden Fällen nicht ganz sicher, ob ich die Zielrichtung Ihrer Fragen richtig verstanden habe. Ich werde aber trotzdem versuchen, darauf zu antworten. Gegebenenfalls müssen Sie noch einmal nachfragen.

Zunächst einmal, Frau Anklam-Trapp, zur Frage: Wie sieht es schichtenspezifisch aus, und was ist mit den Menschen, die nicht christlich geprägt oder gebunden sind? – Ich hatte vorhin schon einmal darauf hingewiesen, dass der Zugang zu all diesen Möglichkeiten sozial gerecht sein muss. In diesem Zusammenhang fand ich es sehr wichtig, was Frau Textor gesagt hat. Da steckt nämlich wirklich der Teufel im Detail, zum Beispiel, welche Auswirkungen auf die Kosten etwa der Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Hospizversorgung hat. Das ist sicher eine Sache, auf die man bei der Ausgestaltung achten muss.

Eine zweite Sache, die ich da heraushöre, hat nicht unbedingt mit den finanziellen Möglichkeiten der Menschen zu tun, sondern mehr mit der Bereitschaft – vielleicht auch der Fähigkeit –, sich mit diesen Fragen zu beschäftigen. Es ist ja nicht so, dass wir uns jeden Tag mit diesen Fragen auseinandersetzen. Ich kenne selber Menschen, die die Frage: „Wie gehe ich mit meinem eigenen Sterben und dem meines Ehemannes um?“ schlichtweg nicht an sich heranlassen. Das bedeutet zugleich, dass man sich nicht informiert, wie man in einer entsprechenden Situation handeln kann.

Ich glaube, wir haben eine Aufgabe in dem Sinne, dass schulische Bildung, aber auch Bildung darüber hinaus, ein Stück weit dazu anleiten muss, dass wir uns mit solchen Fragen auseinandersetzen. Das betrifft natürlich den Religionsunterricht, ebenso den Ethikunterricht. Wir werden sicherlich Aufklärungskampagnen benötigen, damit Menschen in die Lage versetzt werden, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen. Das Ganze muss so gestaltet sein, dass es nicht von finanziellen Gründen abhängt, ob jemand bestimmte Dinge in Anspruch nehmen kann oder nicht. Das muss sozial gerecht ausgestaltet werden. Die Aufklärungsarbeit spielt also eine große Rolle.

Wir bemerken in der Tat – in Pflege- und Alteinrichtungen zwar ein bisschen später, aber langsam doch – in dieser älter werdenden Gesellschaft, dass wir so etwas wie kultursensible Pflege benötigen und überhaupt einen kultursensiblen Umgang mit Menschen. Das gilt natürlich auch für dieses Thema, zumal – ich habe das vorhin im Blick auf Europa gesagt, aber das gilt weltweit und für all die Menschen, die bei uns leben, auch für die Flüchtlinge; denn auch die werden älter – der kulturelle Umgang mit Pflege, mit Tod, mit Sterben, mit der Rolle der Familie und den staatlichen Institutionen ungeheuer unterschiedlich ist. Und auch darauf müssen wir aufmerksam werden. Ich habe dafür keine fertigen Lösungen; vielmehr müssen wir darauf achten, hier niemanden zurückzulassen.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Frau Thelen, ich hatte Sie so verstanden, dass ich noch einmal zum Thema „Dambruch“ Stellung nehmen sollte. Ich habe in meiner Stellungnahme – schriftlich wie mündlich – Altbundespräsident Rau dahin gehend zitiert, dass Menschen in Situationen geraten, in denen sie für ihr Weiterleben sozusagen rechenschaftspflichtig werden. Ich glaube, das passt hier ganz gut.

Das Wort „Dambruch“ würde ich ein wenig relativieren wollen. Es ist ja nicht so, dass wir uns oder dass kranke Menschen sich ununterbrochen nach dem Sterben sehnen und dann die Möglichkeit ergreifen, endlich Hilfe in Anspruch zu nehmen. So ist es ja wirklich nicht, sondern es geht – so verstehe ich auch die Befürworter solcher Möglichkeiten – um eine gesetzliche Regelung, in Grenzfällen für Abhilfe zu sorgen.

Ich habe jedoch den Eindruck, dass sich diese Inanspruchnahme verbreiten wird, wenn man erst einmal diese Türe öffnet, allein weil es eine solche Möglichkeit gibt. Herr Skala hat vorhin zu Recht gesagt: Umfragen haben keine normative Bedeutung, sondern sie sind etwas Empirisches. Es gibt zu diesem Thema eine neue Umfrage des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD vom 11. Mai 2015. Da sind es genau 61 % der Befürworter und der Gegner, die vermuten, dass durch eine entsprechende gesetzliche Regelung – da geht es um den ärztlich assistierten Suizid – eine höhere Inanspruchnahme die Folge sein wird. Diese Zahl ist gegenüber früheren Umfragen gesunken, aber es ist – wie auch immer man den Wert von 61 % bewerten mag – eine gewisse Mehrheit, die das befürchtet.

Noch eine interessante Zahl: Je älter die Menschen werden, desto geringer – nahezu verschwindend gering – wird bei den um die 80-Jährigen die Sorge vor einem langen Sterben. Es sind interessanterweise die Jüngeren, die diese Ängste haben, also wir, ich. Je näher die statistische Wahrscheinlichkeit heranrückt, dass ein Mensch stirbt, desto geringer werden erstaunlicherweise die damit verbundenen Ängste. Das alles relativiert ein Stück weit diesen Gedanken vom Dambruch.

Ich komme zu meiner letzten Anmerkung. Bei seinem Bericht vor der bayerischen Synode hat der Landesbischof und Ratsvorsitzende Heinrich Bedford-Strohm gesagt, er sei der Überzeugung – und das teile ich –, dass wir mit einer Öffnung der gesetzlichen Regelung unsere vom Schutz des Lebens geprägte Sozialkultur schwächen. Genau darum geht es. Wenn wir es zu einer Option machen, die eine unter anderen ist – unter welchen Grenzen auch immer –, würde das eine Schwächung der Überzeugung bedeuten, dass für uns die Erhaltung des Lebens – was auch in den Grundsätzen der Ärztekammern im Vordergrund steht –, die wichtigste Aufgabe ist. Diesen Grundsatz wollen wir nicht schwächen; und das gilt für Pflege und für uns andere sicher genauso.

Was ich zum Punkt „Gewissensentscheidungen“ vorhin gesagt habe, war sicher schon ausführlich genug. – Danke.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Herr Professor Roßbruch, bitte schön.

Herr Prof. Roßbruch: Ich werde versuchen, die Fragen einigermaßen systematisch zu beantworten.

Frau Anklam-Trapp, Sie haben nach der Rechtssicherheit in Bezug auf die möglichen Regelungen des Arznei- oder Betäubungsmittelgesetzes gefragt. In meiner Stellungnahme habe ich es schon dargestellt: Ich persönlich und viele Kollegen von mir halten eine Änderung des Strafgesetzbuches nicht für zielführend. Das Strafgesetzbuch soll so bleiben, wie es jetzt ist. Etwas Besseres gibt es derzeit im Grunde nicht. Da sehe ich überhaupt keinen Handlungsbedarf.

Handlungsbedarf sehe ich lediglich – und da bin ich anderer Auffassung als viele Landesvertreter der Ärzte – im Bereich des ärztlichen Standesrechts, und zwar ganz allein aufgrund der Tatsache, dass es einen Flickenteppich standesrechtlicher Regelungen gibt. Wir haben zwar eine Vorgabe seitens der Bundesärztekammer, aber wir alle wissen, dass diese Vorgabe nicht rechtsverbindlich ist. Rechtsverbindliches Standesrecht kann nur die jeweilige Landesärztekammer setzen.

Da gibt es eben unterschiedliche Regelungen. Es kann doch nicht sein, dass in Rheinland-Pfalz eine etwas liberale standesrechtliche Regelung gilt, weil kein absolutes Verbot übernommen wurde, und in

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Nordrhein-Westfalen und in anderen Bundesländern gilt ein absolutes Verbot. Ein derart unterschiedliches Landesrecht in den verschiedenen Bundesländern kann sich eine Gesellschaft einfach nicht erlauben.

Genau dafür soll eine Regelung im BGB vorgenommen werden, nämlich die von mir vorgeschlagene Regelung, die ärztliches Landesrecht bindet. Noch einmal: Ärztliches Landesrecht, das landesrechtlich geregelt ist, kann nicht über Bundesrecht stehen. Das heißt: Wenn über das BGB eine Vorgabe getroffen und so standesrechtliches ärztliches Handeln geregelt wird, dann muss sich das Landesrecht dieser Norm anpassen. Das ist die eigentliche Zielsetzung dieser Norm. Deswegen plädiere ich dafür, das BGB im Abschnitt zu den Patientenrechten entsprechend zu ergänzen.

Ich halte es zudem für zwingend notwendig, das Arzneimittel- und Betäubungsmittelgesetz zu ändern, denn wir haben bei uns derzeit eine Regelung, die es dem Arzt verbietet, entsprechende Betäubungsmittel anzuordnen, zum Beispiel das Betäubungsmittel Natrium-Pentobarbital, das in der Schweiz eingesetzt wird. Das ist bei uns in Deutschland verboten. Ein Arzt kann es nicht anordnen bzw. einsetzen, weil es nach dem Betäubungsmittelgesetz verboten ist.

Noch einmal: Strafrechtliche Beihilfe seitens des Arztes zum Suizid ist straffrei. Wenn er aber, um eine adäquate Sterbehilfe vornehmen zu können, dieses Betäubungsmittel einsetzt, dann verstößt er eindeutig gegen das Betäubungsmittelgesetz. Das muss man einfach so sehen. Deshalb wäre ein solcher Einsatz illegal. Und aus diesem Grund ist es aus meiner Sicht zwingend notwendig, entsprechende rechtliche Anpassungen vorzunehmen.

Frau Thelen, Sie haben die Frage gestellt, was genau ich in meiner Stellungnahme mit „Sterbebegleitung“ und „Sterbehilfe“ sowie mit den sogenannten „kritischen Fällen“ meine.

Bei der Sterbebegleitung ist es von den Begrifflichkeiten her klar. Die Sterbebegleitung ist der klassische Fall im Hospizbereich in der Palliativversorgung. Wenn ich von Sterbehelfern spreche, dann sind das Sterbehelfer, die nicht beim Sterben helfen, sondern zum Sterben helfen, das heißt: Hilfe zum begleiteten Suizid vornehmen. Das ist nach meiner Definition ein Sterbehelfer.

Da ist es in der Tat so, dass sich ein Sterbehelfer nicht outen kann. In Deutschland gibt es derzeit nur einen oder zwei Sterbehelfer, die sich als solche outen, bei den Ärzten zum Beispiel Dr. Arnold, der allgemein bekannt ist, der auch im Fernsehen immer wieder zu sehen ist. Er outet sich, ärztlich assistierten Suizid zu begleiten. Er macht es so, dass es derzeit nicht strafbar ist. Er würde allerdings unter eine Strafbarkeit fallen, wenn man den Suizid, und zwar den organisierten Suizid, unter Strafe stellen würde.

Auch der Deutsche Ethikrat hat gesagt, zum wiederholten Male und öffentlich: Ein Arzt würde sich nach dieser Vorstellung nicht strafbar machen, wenn er das einmalig macht, aber wenn er das immer wieder macht, dann würde er sich strafbar machen, weil man da schon von organisierter Sterbehilfe sprechen könnte. Das ist das Problem.

Das kann aber doch nicht sein. Ich muss Ihnen ehrlich sagen: Ich möchte die professionelle Behandlung eines Arztes, und ich möchte die professionelle Hilfe eines Arztes zum Suizid. Ein Arzt, der das nur einmalig macht, hat diese Professionalität nicht. Gehen Sie mal in den Hausarztbereich: Da wird erst mal geschaut, was vonseiten der Hospizmitarbeiter vorgeschlagen wird, weil die Hausärzte kaum Ahnung von der Medikation haben. Der Vorsitzende hat es eben schon entsprechend dargestellt.

Ich möchte, wenn schon eine ärztliche Begleitung zum Suizid, dann auch eine ordnungsgemäße professionelle Begleitung haben. Das kann ein Arzt, der das nur einmalig macht, gar nicht oder nur sehr schwer handeln. So viel zu dieser Problematik.

Zu den kritischen Fällen. Da muss ich etwas allgemein bleiben. Ich kann Ihnen aber versichern: Als Anwalt hatte ich im letzten Jahr zwei Dutzend Fälle, bei denen aus meiner Sicht eindeutig eine aktive

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

Sterbehilfe seitens des Arztes auf einer Intensivstation vorlag. Das war aus meinem Strafrechtsverständnis heraus eindeutig, weil das ohne Willen und eben aktiv geschehen ist.

Im letzten Jahr hatte ich einen Strafprozess hier in Rheinland-Pfalz, bei dem es um die Problematik ging, dass keine Reanimation mehr seitens des zuständigen behandelnden Intensivmediziners stattgefunden hat – auch das gehört meines Erachtens zu einer aktiven Sterbehilfe durch Unterlassen –, obwohl er dokumentiert hat, eine Reanimation habe stattgefunden. Er hat schlichtweg durch Unterlassen den Patienten sterben lassen, obwohl keine Einwilligung in dieses Sterbenlassen vorlag. Das ist eine aktive Tötung durch Unterlassen, ganz eindeutig.

Ich komme in sehr viele Krankenhäuser, denn ich bin ja Gesundheits- und Pflegerechtler. Im Übrigen möchte ich an dieser Stelle kurz darauf hinweisen, dass ich den Begriff „Palliativmedizin“ für zu eng halte. Gerade im pflegerischen Bereich gibt es sehr viel Palliativversorgung, und es sind überwiegend Pflegefachkräfte, die diesen Bereich abdecken, und nicht nur Ärzte. Es ist mir ganz wichtig, die fachliche Pflege mit einzubeziehen. – Mir haben schon einige Ärzte gesagt: Ich habe eine aktive Tötung begangen. Das hat mir sogar schon ein Palliativmediziner gesagt, dass er in drei Fällen Sterbebegleitung zum Suizid vorgenommen hat. Und das respektiere ich, unter den derzeitigen gesetzlichen Voraussetzungen.

Das sind also die kritischen Fälle, die ich meine, und wo ich der Auffassung bin: Wenn wir das endlich einmal gesetzlich regeln, dann könnte man das Ganze minimieren, und dann müsste das nicht mehr so heimlich geschehen, sondern dann kann das kontrolliert und offen geregelt werden.

Zu Ihrer Frage nach dem „Dambruch“ und ob sich eine Gesellschaft verändert. Frau Baezner, Sie leben schon sehr lange in der Schweiz. Ich bin auch sehr häufig in der Schweiz, weil meine Schwester Schweizerin ist. Ich kann keine Veränderung in der Gesellschaft der Schweiz erkennen, die seit einigen Jahren die Suizidbegleitung hat. Das ist zwar nicht empirisch unterlegt, was ich sage, aber ich kann es nicht erkennen, dass es zu einer Veränderung in der Schweiz geführt hat – im Gegenteil, ich bin der Auffassung, dass die Schweizer und die Holländer diesbezüglich sehr liberal sind.

Jetzt noch zu einem für mich sehr wichtigen Punkt, nämlich den Gefahren, die der ärztlich assistierte Suizid in rechtlicher Hinsicht mit sich bringt. Warum kann das kriminalisiert werden? – Ich habe vorhin schon versucht, das zu erklären: Wenn ein Arzt das einmalig macht, dann besteht diese Gefahr wohl nicht; wenn er das aber mehrmals macht, dann würde er – nach den politischen Absichten einer Gesetzesregelung –, Beihilfe zum organisierten Suizid begehen und sich so strafbar machen. Das würde eine eindeutige Kriminalisierung von Ärzten bedeuten. Das halte ich für extrem problematisch.

Noch ein weiterer Punkt, der mir sehr wichtig ist: Die Interpretation von „Leiden“ und von „nicht mehr leben wollen“, von „Lebenssattheit“, oder wie auch immer man das definiert, durch Dritte – sei es der Staat, seien es die Kirchen, sei es die Gesellschaft im Allgemeinen, sei es die Ärzteschaft im Besonderen – halte ich für extrem problematisch. Ob ich noch leben möchte oder nicht mit diesem Leiden, mit dieser Krankheit, kann in einem freiheitlichen Staat nur einer entscheiden – und das ist immer nur der Betroffene selbst, nur dieser und sonst niemand. – Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Wir sind jetzt in dieser Runde weit fortgeschritten. Vom Maßstab her brauchen wir pro Fragerunde circa eine Stunde. Herr Skala wäre der Nächste und der Vorletzte in dieser Runde.

Herr Skala: Frau Anklam-Trapp, Sie haben zwei Fragen gestellt. Ich finde, der Kollege Dr. Posern hat diese Fragen sehr umfassend beantwortet. Ich möchte die Frage: „Wie können die gebotenen Möglichkeiten so vermittelt werden, dass sie tatsächlich allen zugänglich sind?“ vielleicht noch um einen Gedanken ergänzen.

Ich glaube, hier kommt den Ärzten, vor allem den Hausärzten, eine Schlüsselstellung zu. Unabhängig von den Fragen: „Wie vermögend bin ich? In welchem gesellschaftlichen Milieu verorte ich mich?“, ist der Arzt immer derjenige, der den Patienten gut kennt. Insofern kommt dem Arzt an dieser Stelle aus

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

meiner Sicht eine – ich sage mal – hohe Aufklärungsverantwortung zu, vielleicht auch eine Aufklärungspflicht, über die Möglichkeiten, die ein Mensch Richtung Lebensende hat. Das wäre aber auch die einzige Ergänzung, die ich hier noch anfügen möchte.

Frau Neuhof, Sie haben gesagt: Einerseits definiere ich die Selbstbestimmung als hohes Gut der Kirche, andererseits schränke ich sie ein. – Die Selbstbestimmung ist aus meiner Sicht zunächst einmal gegeben. Sie ist gegeben in dem Maße, in dem ich mich selbst bestimme, für mein Tun und für mein Handeln. Mehrfach wurde auf den Einzelnen verwiesen, der Suizid begehen möchte. Da würde ich sagen: Das ist keine Handlung, die wir als Kirche unterstützen möchten, weil sie von unserem Menschenbild her in eine falsche Richtung weist, aber strafrechtlich würden wir uns nicht dagegen verwehren. Es geht aber nicht um den Einzelfall.

Wo sich die Selbstbestimmung selbst einschränkt, sehen wir durchaus ein Problem. Das ist eine etwas komplizierte philosophische Struktur. Als Mensch bin ich Träger von Menschenwürde und von Selbstbestimmung. Indem ich mich selbst töte, lösche ich die Selbstbestimmung aus. Das muss ich zur Kenntnis nehmen. Das ist ein philosophisches Paradox. Nicht ich habe damit die Selbstbestimmung wegdefiniert, sondern das Handeln der Selbsttötung würde diese Selbstbestimmung wegdefinieren.

Sie haben noch eine andere, sehr wichtige Frage gestellt. Sie haben gefragt: Wer hat denn das größere Recht auf die Solidarität: der Leidende oder – ich nenne es mal so – der Begleitende im Umfeld, wer auch immer das sein mag? – Ich möchte Ihnen kurz darauf antworten. Indem ich aktiv in irgendeiner Form beitrage zum Tode eines Menschen, beende ich die Solidarität. Die Tötung eines Menschen beendet immer die Solidarität mit ihm. Derjenige aber, der sich an die Seite stellt und mit ihm geht, mit ihm auch durch Schmerzen geht und durch alle Probleme des Lebens, dieser Begleiter ist derjenige, die die Solidarität spendet.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Skala. – Dann ist jetzt Frau Textor als Letzte in dieser Runde dran.

Frau Textor: Ich würde gerne ausführlicher auf Ihre zweite Frage antworten. Die erste Frage hinsichtlich der Änderung der aktuellen Rechtslage hatten Sie auch an mich gestellt, aber da liegt mir aktuell nichts vor. Ich würde vermuten, dass, wenn die Altenhilfe in Bezug auf hospizliche und palliative Versorgung diskutiert wird, das Arzneimittelrecht begutachtet werden muss. Da gibt es aber noch ein ganz anders Thema, nämlich die MDK-Begutachtungen. Das wird sicher kritisch unter die Lupe genommen werden müssen.

Was die älter werdende Gesellschaft betrifft: Das wird auf uns zukommen. Da gibt es eine klare Aussage, die wir vorhin auch schon von Herrn Gosenheimer gehört haben: Nicht alle Menschen brauchen Palliativversorgung, wenn sie sterben – zum Glück –, sondern die meisten schaffen es zumindest bis jetzt noch gut alleine, in ihren Familien oder in ihren sozialen Strukturen.

Wie das mit den Angeboten ist und ob alle schon an diese Angebote kommen können: Das ist wohl noch nicht der Fall. Da braucht es noch Unterstützung. Die Angebote müssen viel klarer in alle Schichten kommuniziert werden. Das wird sicher – das muss man allerdings abwarten – mit dieser Beratungsfunktion, die sich jetzt im HPG findet, ein Stück weit verbessert werden.

Die kultursensible Begleitung von Menschen ist eine Herausforderung. Es kommen immer mehr Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen, und das verlangt sehr viel Sensibilität in der Begleitung. Das bedeutet mitunter, dass man sie nicht in die Richtung bekommt, wo man sie gerne hinbekommen möchte, sprich: Da gibt es viele Kulturen, bei denen ein stationäres Hospiz gar nicht infrage kommt. Das ist in der Tat etwas im Gange, und da muss mehr passieren.

Das hat der Deutsche Hospiz- und Palliativverband im Blick. Ähnliches gilt für den Bereich der Obdachlosen. Wir haben einige Randgruppen, die es zu beachten gilt. Ich will jetzt nicht unsere ausländischen Mitbürger als „Randgruppen“ bezeichnen, aber es ist schon eine Herausforderung. Da gibt es

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

auch noch andere Gruppen, die eine Herausforderung darstellen, wie beispielsweise die Gefangenen in den Gefängnissen, die Obdachlosen usw. – Danke schön

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich habe für die nächste Runde bereits drei Wortmeldungen: Herr Dr. Dr. Schmidt, Herr Dr. Konrad, Frau Anklam-Trapp. Da erfahrungsgemäß eine Runde eine Stunde dauert, darf ich fragen: Gibt es noch weitere Wortmeldungen? – Besteht der Wunsch nach einer Pause? – Ich sehe kein Signal. Darf ich nach weiteren Wortmeldungen fragen? Daran kann ich abschätzen, wie viele Runden wir noch aufmachen müssen. – Ich sehe zurzeit keine weiteren Wortmeldungen. Dann würde ich jetzt die Rednerliste schließen, Ihr Einverständnis vorausgesetzt, und dann Herrn Dr. Dr. Schmidt, Herrn Dr. Konrad und Frau Anklam-Trapp in dieser Reihenfolge um ihre Fragen bitten.

Herr Abg. Dr. Dr. Schmidt: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Sehr geehrter Herr Skala, ich möchte auf Ihre Aussage eingehen. Sie sagen, der Tod und das Leben ist eine religiöse Frage. Ich würde einschränkend sagen, es ist eine philosophische Frage. Die Religion ist ein Teil der Philosophie. Wenn ich es so formuliere, nehme ich auch Atheisten mit, die genauso Ethik und Moral haben wie Sie und ich. Das einmal definitionsgemäß.

Die Ethik und der Religionsunterricht sind eine andere Angelegenheit. Die Politik hat Aufgaben neu zu bewerten und neu zu entscheiden. Meine Frage an Sie lautet: Wenn man zu sehr in Kollektiven denkt, besteht dann nicht die Gefahr, dass man von diesen Kollektiven aus auf individuelle Wünsche und Sorgen ein bisschen mit schrägen Augen schaut, weil das zu einem eigenen kollektiven sozialisierten Bild nicht mehr passt?

An Herrn Professor Roßbruch möchte ich die Frage stellen: Wenn wir die Rolle der Palliativmedizin so stark betonen, was ich sehr befürworte, besteht nicht die Gefahr, dass wir dann diese Selbstbestimmung und die Würde der Menschen indirekt sozusagen in einen dunklen Raum verlagern?

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Kollege Schmidt. – Herr Dr. Konrad.

Herr Abg. Dr. Konrad: Vielen Dank. Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Anzuhörende! Ich habe drei Fragen. In meiner ersten Frage, die ich an Herrn Roßbruch und Herrn Gosenheimer richte, geht es um die Zwangslage, die beschrieben wurde, dass es zu einer Tötung durch Unterlassen kommt und damit die Ärztinnen und Ärzte in eine Zwangslage gebracht werden. Wenn eine schriftliche Erklärung vorliegt und ein Mensch, der von einem Arzt die entsprechenden Medikamente bekommt, dann in den Zustand kommt, in dem er sich nicht mehr selbst helfen kann, müssen wir bisher eingreifen.

Wenn eine schriftliche Erklärung vorliegt, müsste doch die rechtliche Situation dieselbe wie bei einer Vorsorgevollmacht sein, bei der der Betroffene oder die Betroffene erklärt hat, dass er oder sie im Falle einer Reanimationsbedürftigkeit eine solche Hilfe nicht bekommen sollte. Ich bitte Sie, das noch einmal kurz zu klären. Dann wäre eigentlich diese Zwangslage bei einem assistierten Suizid auszu-schließen. Dann könnten die Menschen auch dabei begleitet werden. Ich muss sagen, wenn ich auch eine andere Auffassung habe als Sie, halte ich es für eine untragbare Situation, dass jemand dann quasi alleingelassen werden müsste. Vielleicht können Sie das noch einmal kurz klären.

Dazu gehört auch, ob Ärzte dafür geeignet sind. Ich bin selber Arzt. Nach meiner Erfahrung mit Ärzten ist diese Berufsgruppe nicht unbedingt geeignet dafür, solche Entscheidungen zu treffen als andere Berufsgruppen. Früher hätte man vielleicht Seelsorger gefragt. Aber auch diese stehen heute wegen der einen oder anderen Sache am Pranger. Vielleicht können Sie einmal sagen, was Sie davon halten, wenn das jetzt Ärzte betreffen soll.

Dann habe ich an Sie beide die Frage, ob eine Willenserklärung in einer solchen Ausnahmesituation wie Schmerz, Krankheit und drohender Tod überhaupt belastbar ist. Ist in dieser Ausnahmesituation,

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

in der der Tod droht, eine unheilbare Krankheit besteht, Schmerz und die Belastung der Angehörigen dazukommt, überhaupt die Voraussetzung für eine freie Willensentscheidung gegeben? Ist dieser Wunsch nach dem Suizid überhaupt belastbar?

Immerhin ist es so, dass nach der ICD-10 die Suizidalität, also der Wunsch nach dem eigenen Ableben, nach R 45.8 eine Krankheit und damit behandlungsbedürftig ist. Es ist schon widersinnig, wenn wir dann in der Situation einerseits von einer Krankheit und andererseits nicht von einer Krankheit sprechen. Sie haben es zwar eben ein bisschen ins Lächerliche gezogen, was die depressive Erkrankung oder die depressive Reaktion angeht, aber es ist durchaus ein Grenzfall. Wenn Sie vielleicht dazu noch Stellung nehmen könnten.

Dann habe ich an Herrn Roßbruch und zusätzlich an Frau Baezner die Frage nach der Gefahr einer Euthanasie. In den Niederlanden ist es möglich, auch Säuglingen, die mit einer unheilbaren und schweren Erkrankung geboren werden, entsprechende Medikamente zu verabreichen. In der Schweiz kann bereits seit Jahrzehnten darüber entschieden werden, ob eine Spina bifida, also ein offener Rücken, gedeckt werden sollte, weil diese Krankheit unbehandelt zum Tod, aber mit Behandlung in der Regel zu einem Leben mit Behinderung führt.

Wir können nicht immer nur auf die anderen zeigen. Nach § 218 kann eine medizinische Indikation auch dann festgestellt werden, wenn die Geburt eines behinderten Kindes eine unzumutbare Belastung der Frau darstellt und dazu führt, dass eine Abtreibung bis unmittelbar vor der Geburt, also bis zur 40. Woche, möglich wäre. In Rheinland-Pfalz haben wir bei einer vergangenen Anhörung gelernt, dass in jährlich 81 Fällen genau unter dieser Indikation ein Abbruch durchgeführt wird. Das ist dann noch nach der 20. und 30. Woche möglich. Vor dem Hintergrund habe ich an Sie beide die Frage, ob die Gesetzeslage nicht auch die Ethik in der Gesellschaft entsprechend bestimmt und wir darauf nicht doch Rücksicht nehmen müssen.

Vielen Dank.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Herr Dr. Konrad. – Frau Anklam-Trapp.

Abg. Frau Anklam-Trapp: Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Eine letzte abschließende Frage von mir geht an Frau Textor. In dieser geht es insbesondere um die Hospizarbeit. 1.600 Menschen in Rheinland-Pfalz sind ehrenamtlich in der Hospizarbeit engagiert. Die Hospizarbeit arbeitet, ohne steuer- oder GKV-finanziert zu sein. Das hat einen guten Grund. Ich würde mir wünschen, dass Sie auf diesen Grund eingehen. Welche Auswirkung hätte das auf Ihre Arbeit, wenn es nicht so wäre? Sie arbeiten auf einer anderen Ebene. Ich denke, wir sollten noch einmal beleuchten, warum das so ist.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. Wir haben alle Fragen, die gestellt wurden, abgearbeitet. Wenn ich es richtig verstanden habe, wurden die Fragen im Einzelnen an Herrn Skala, Herrn Roßbruch, Herrn Gosenheimer, Frau Baezner und Frau Textor gestellt. – Frau Baezner, bitte.

Frau Baezner: Ich wurde gefragt, was ich davon halte, dass in den Niederlanden Säuglinge und in der Schweiz behinderte Kinder durch Abtreibung getötet werden, um es einmal ganz brutal zu sagen. Weder in den Niederlanden noch in Belgien und Luxemburg – in allen drei Ländern ist die legale Situation fast gleich – werden Kinder auf den Entschluss eines Arztes oder anderer Pflegepersonen einfach getötet. In jedem Fall werden die Eltern befragt; denn das kranke oder das noch nicht geborene Kind kann das nicht.

Das ist übrigens der ganz große Unterschied zu unseren Anforderungen. Wir wollen nur für uns selber als Erwachsene, vielleicht als lebenssatt Menschen, Hilfe haben. Wir würden uns auf gar keinen Fall unterstehen, für noch nicht oder krank geborenes Leben irgendeine Entscheidung aufzuoktroieren. Das ist ein ganz sensibles Gebiet. Wir werden uns hüten, hier irgendeine Empfehlung abzugeben. Das sind so intime Fragen, die die Eltern lösen müssen, hoffentlich gut beraten und gut begleitet vom Pflegepersonal und dem ärztlichen Personal.

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

In den Beneluxländern werden Kinder, wenn überhaupt, nur nach sehr intensiver Beratung mit den Eltern getötet. Man kann es nicht anders sagen. Es wird auch Belgien vorgeworfen, dass dort Jugendliche selber entscheiden können. Sie können entscheiden, aber nie ohne den Rat und die Entscheidung der Eltern. Es ist nicht so, dass 14-Jährige zu sich sagen, ich möchte nicht mehr leben, bitte lasst mich sterben, wenn die Eltern dagegen sind. Das gibt es nicht, und zwar in Holland nicht, in Belgien nicht und in Luxemburg schon gar nicht.

Ich denke, in Deutschland ist dieses Thema für uns jedenfalls kein Thema. Es gibt sicher Kinder, die früher reif sind, weil sie durch eine lange Krankheit gelitten haben und vielleicht früher mit ihren Eltern zusammen entscheiden wollen. Dann ist es nie eine Alleinentscheidung eines nicht erwachsenen Menschen.

Ich möchte vielleicht noch eines dazu sagen. Es wurde viel von Oregon gesprochen. In Oregon wird nicht nur einmalig, sondern seit über zehn Jahren jedes Jahr ein Bericht erstellt. Diesem Bericht zufolge wollen ungefähr 24,7 % sterben, weil ihre Schmerzen nicht behoben werden konnten.

89 % der Fälle wollen sterben, weil ihrer Vorstellung nach ihre Lebensqualität nicht mehr stimmt und sie nie wieder – als alter Mensch schon gar nicht – ihr Leben so führen können, wie sie es vorher geführt haben und wie sie es gern wieder führen würden. Sie haben keine Perspektive mehr. Das sind die viel größeren Probleme, weshalb Menschen um Hilfe zum Sterben bitten. Es geht nicht um ihre Schmerzen, die zu 94 % behoben werden können, weil für andere Fälle tatsächlich die Hilfe durch die palliative Sedierung zur Verfügung steht.

Ich möchte noch ein Schlusswort sagen. Es ist eine Frage der Generation, wenn in Deutschland und rund um den Globus, besonders in den hoch industrialisierten Ländern, Menschen sagen, so nicht mehr, jetzt nicht mehr. In Deutschland und in Europa mag es auch mit den 68er-Jahren zusammenhängen. Ich glaube, unsere Generation ist nicht mehr bereit, Herr Doktor oder Herr Pfarrer zu sagen. Wir haben gelernt, auf Augenhöhe mit diesen Gruppen zu diskutieren, und wir wollen uns nicht mehr von Menschen mit einer anderen Wertvorstellung oder Ideologie bevormunden lassen.

Die aktiven Kirchenangehörigen in Deutschland sind inzwischen bei den Katholiken auf 20 %, bei den Protestanten auf 15 % und bei den Mitgliedern der christlich-judäischen Kirchen auf unter 60 % geschrumpft. Wir können nicht annehmen, dass diese Gruppe, die jedes Jahr noch 1 % verliert, uns anderen aufoktroieren soll oder darf, was wir zu denken und zu tun haben. Das ist eine Generationenfrage. Wir wollen uns das nicht mehr bieten lassen.

Ich glaube, damit habe ich Ihre Fragen beantwortet.

Herr Gosenheimer: Es ist die Frage nach der Willenserklärung, der schriftlichen Erklärung und der rechtlichen Klarheit gestellt worden. Im palliativmedizinischen Bereich gehört es zum Aufnahmesetting, dass wir den Patienten nach seinem Willen, seiner schriftlichen Patientenverfügung und auch nach Vorsorgevollmachten fragen. Es hat sich eigentlich überall durchgesetzt, dass wir das noch einmal nachfragen, dass wir das lesen und vielleicht noch einmal mit dem Patienten spezifizieren. Ich denke, dass wir die Frage, ob das in dieser Situation weiterhin belastbar ist, dadurch klären können.

Suizidwunsch als Krankheit. Nach den International Classification of Diseases (ICD) steht hintendran, dass bei vielen Menschen, die einen Suizidwunsch haben, eine larvierte Depression im Hintergrund zu finden ist. Das löst dann eine weitere ärztliche Untersuchung und Beratung aus. Wenn diese nicht durch Ärzte stattfinden kann, sollte man, wenn ein Suizidwunsch entsteht, diesen Menschen andere Beratungsstellen zuführen.

In der Schweiz ist es so, dass die Suizidpräventionsgesellschaft Y festgestellt hat, dass über 90 % der Patienten, die sich dort beraten lassen, klare Anzeichen einer Depression haben. Das sind Zahlen, die wir in Deutschland auch so sehen. Oft ist es ein Hilferuf, der aus ganz verschiedenen Lebenssituationen heraus entsteht. Ich denke, wenn wir diesen Suizidwunsch als Hilferuf verstehen, dann ist es lo-

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

gisch, dass wir uns dieses Menschen annehmen und versuchen müssen, seine Lebenssituation mit ihm zu klären und einen Weg zu finden, dass es nicht dazu kommt, dass er sich umbringt.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Herr Professor Roßbruch.

Herr Prof. Roßbruch: Herr Dr. Dr. Schmidt, Sie hatten die Frage – ich hoffe, ich habe sie einigermaßen verstanden – über die Rolle der Palliativversorgung im Hinblick auf die Selbstbestimmung und den Willen des Betroffenen gestellt. Meine Erfahrungswerte sind die, dass wir in der Palliativversorgung auf einem guten Weg sind, ein verstärktes Problembewusstsein da ist und aus meiner Sicht überwiegend der Wille des Betroffenen respektiert wird, und zwar wesentlich mehr, als dies in unseren Krankenhäusern und in unseren Intensivstationen passiert. Wir haben mit der Palliativmedizin einen großen Schritt nach vorne gemacht.

Deswegen plädiere ich auch dafür, dass sie zwingend auszubauen ist. Ich sehe diesbezüglich kein Problem im Hinblick auf die Selbstbestimmung und das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen, wiewohl ich allerdings auch zur Kenntnis nehme, dass die palliative Versorgung und insbesondere das, was unter der Hospizbewegung zu verstehen ist, tendenziell nicht unbedingt weltanschaulich offen ist, sondern schon in eine bestimmte Richtung, nämlich der Kirchen, geht. Das hat aber nichts mit den Kirchen zu tun. Das hat etwas mit alternativen Angeboten zu tun, die einfach nicht da sind. Das ist so. Das muss man zur Kenntnis nehmen. Wie gesagt, unter dem Gesichtspunkt Selbstbestimmung und Respektierung des Willens sehe ich überhaupt keine Probleme in diesem Bereich. Ich hoffe, dass Ihre Frage damit einigermaßen beantwortet ist.

Herr Dr. Konrad, Sie haben die Frage nach den Alternativen gestellt. Warum sollten das Ärzte tun? Das war eine Teilfrage. Ich frage Sie: Wer denn sonst sollte das tun? – Wenn überhaupt jemand die Kompetenz hat, dann doch der Mediziner und nicht ein Jurist, der irgendwo in Norddeutschland sein Unwesen treibt. Dann muss es ein Mediziner tun, und zwar unter gesetzlichen Voraussetzungen mit all seiner Kompetenz, die er hat.

Aus meiner Sicht führt kein Weg an den Ärzten vorbei. Der Betroffene hat ein Selbstbestimmungsrecht, selbst zu entscheiden, wie er sterben möchte. Selbstverständlich hat der behandelnde Arzt das Selbstbestimmungsrecht zu sagen, diesen Weg kann ich mitgehen oder nicht mitgehen. Wenn er ihn mitgehen will, dann darf er nicht kriminalisiert werden. Dann muss ihm unser Recht diese Möglichkeit geben.

Ich weiß nicht, wie ich die zweite Frage bewerten soll. Es ist eigentlich sehr typisch, dass sie von einem Arzt gestellt wird. Ist die freie Willensentscheidung des Patienten, sterben zu wollen, überhaupt belastbar? Ich habe noch nie im Krankenhaus einen Onkologen erlebt, der dem Patienten die Diagnose gestellt hat: Sie haben Krebs. Wir müssen sie morgen unverzüglich operieren. – Ist dessen Willensentscheidung, zu einer Operation ja zu sagen, belastbar? Sie ist es eigentlich nicht. Trotzdem ist das unser tägliches Handeln in Krankenhäusern. Ich habe noch nie einen Arzt erlebt, der das hinterfragt hat.

Selbstverständlich sagen auch die Juristen und sagt unser Recht: Ja, das ist eine Entscheidung des Patienten. Er hat diese Entscheidung frei vorgenommen. Trotz seiner schweren Krankheit und der brutalen Mitteilung der Diagnose war es seine freie Willensentscheidung. Diese wird vom Gesetz respektiert. Deswegen handelt der Arzt, der operiert, auch legal. Er würde nämlich illegal handeln, würde man diese freie Willensentscheidung hinterfragen; denn die sagt, wie Sie es in Bezug auf die Sterbemöglichkeit getan haben. Selbstverständlich ist eine freie Willensäußerung auch mit einer Diagnose bzw. einer schweren Krankheit belastbar.

Ein anderes Problem ist allerdings die Problematik von kranken Menschen. Das ist bei uns sehr umstritten. Darüber muss noch sehr intensiv diskutiert werden. Ich weiß nicht, inwieweit Sie die Diskussion über eine psychiatrische Patientenverfügung verfolgt haben. Mit dieser wird Psychiatriepatienten die Möglichkeit eröffnet, eine rechtsverbindliche Patientenverfügung aufzusetzen und zu unterschreiben. Selbstverständlich haben die Juristen regelmäßige Probleme damit, weil dann immer die Frage

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015

43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015

38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015

31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015

– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

gestellt wird, ob es sich um eine freie Willensentscheidung handelt und ob der Patient noch im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist; denn das ist grundsätzlich die Voraussetzung für eine solche Entscheidung, nämlich ob jemand im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist. Dies muss spätestens über ein fachärztliches Gutachten festgestellt werden, in der Regel über ein neurologisches Gutachten, ob der betroffene Patient einwilligungsfähig ist oder nicht.

Im Hinblick generell auf eine Patientenverfügung, eine Behandlung oder einen Behandlungsabbruch ist es mittlerweile unbestritten – das ist nicht nur erst seit 2009 so, seitdem wir das sogenannte Patientenverfügungsgesetz ins BGB aufgenommen haben, sondern nach der BGH-Rechtsprechung schon seit Jahrzehnten der Fall –, dass selbstverständlich die Willensentscheidung des Patienten eine Grundvoraussetzung für das ärztliche Handeln ist. Im Übrigen entscheidet nicht der Arzt, ob etwas gemacht wird oder nicht, sondern der Patient entscheidet das aufgrund der ärztlichen Aufklärung und der Information durch den Arzt. Es ist also niemals der Arzt, der auch bei dem ärztlich begleiteten Suizid entscheidet, sondern es entscheidet der Betroffene, was und von wem es passiert.

Wie gesagt, im Rahmen der Patientenverfügung – darüber wird noch unter den Juristen diskutiert – kann sehr wohl auch der begleitete ärztliche Suizid aufgenommen werden. Ich persönlich habe diese Klausel bei mir aufgenommen, bin aber, genauso, wie es Frau Baezner zu Anfang in ihrem Eingangstatement gesagt hat, der Auffassung, dass ich jederzeit die Möglichkeit haben muss, davon Abstand nehmen zu können, solange ich noch entscheidungsfähig bin. Ich bin mir aber dessen bewusst, dass dann, wenn ich in einen Zustand komme, in dem ich nicht mehr entscheidungsfähig bin, mein Wille so, wie ich ihn aufgesetzt habe, gilt. Das, was ich in einer Patientenverfügung unter der Voraussetzung, dass sie eindeutig und konkret genug ist, aufgesetzt habe, ist für jeden behandelnden Arzt und jede behandelnde Pflegefachkraft rechtsverbindlich. Auch für einen Betreuungsrichter ist eine solche Patientenverfügung unter der Voraussetzung absolut rechtsverbindlich, dass sie eindeutig und konkret genug ist.

Danke schön.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Das Wort hat Herr Skala.

Herr Skala: Herr Dr. Schmidt, Sie haben noch einmal die Frage nach der Gefahr eines Denkens in Kollektiven gestellt und sich danach erkundigt, ob dann nicht die Gefahr eines Außerblicklassens des Einzelnen bestünde. Herr Kollege Dr. Posern hat zum Ende seiner Ausführungen, die er vorhin als Statement zu Beginn gegeben hat, auf ein ganz zentrales Moment unseres christlichen Glaubens und auch unserer Verfassung verwiesen. Er hat auf die Gewissensfreiheit verwiesen. Er hat gesagt, es ist nicht alles judikabel, was uns entgegentritt. Am Ende bleibt ein Rest an offenem Entscheidungsgelände. Ich finde, das ist eine fantastische Formulierung. Ich habe mir die extra aufgeschrieben.

Dann hat der Einzelne eine Gewissensentscheidung zu treffen. Ich glaube, das Denken im Kollektiv ist auch in unserer Gesellschaft sehr wichtig, sonst bräuchten wir beispielsweise keine Sozialpolitik zu betreiben, die größere Mengen an Personen in den Blick nimmt. Am Ende haben wir mit der Gewissensentscheidung ein Korrektiv zum Kollektiv, das auch notwendig ist, und das man gar nicht gegeneinander ausspielen kann und darf.

Wenn es so ist, dass am Ende die Gewissensentscheidung steht, dann verstehen Sie vielleicht auch den Hintergrund, warum sich Verschiedene von uns gegen die organisierte Suizidbegleitung ausgesprochen haben; denn hier ist nicht mehr der extreme Ausnahmefall beschrieben. Hier ist nicht mehr im Kern die Gewissensentscheidung betroffen, sondern hier wird etwas sozusagen ins Kollektiv überführt, was aber dann eine Gewissensentscheidung bleiben müsste. Insofern bin ich Ihnen sehr dankbar für Ihre Nachfrage.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank. – Jetzt hat Frau Textor das Wort.

Frau Textor: Ich soll zum Thema Ehrenamt Stellung nehmen. Ich hoffe, ich habe die Frage richtig verstanden. Hospizarbeit ohne Ehrenamt geht nicht. Bei der Anzahl Ehrenamtlichen, die ich genannt

41. Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 29.05.2015
43. Sitzung des Rechtsausschusses am 29.05.2015
38. Sitzung des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend am 29.05.2015
31. Sitzung des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur am 29.05.2015
– Gemeinsame öffentliche Sitzung –

hatte, geht es um die Ehrenamtler, die vorbereitet sind. In der Hospizbewegung gibt es bundesweit Qualitätsstandards. Die Menschen sind auf ihre Arbeit vorbereitet. Diese werden von hauptamtlichen Mitarbeitern koordiniert und in ihren Einsätzen gestützt. Sie haben regelmäßig Supervision. Diese Ehrenamtlichen werden gebraucht, sonst können wir keine Arbeit tun. Sie erfüllen einen Großteil der Begleitungen, weil sie den ganzen psychosozialen Bereich abdecken. Sie sind gerade bei den ambulanten Begleitungen lang allein vor Ort. Wenn dann eine palliative Frage kommt, kommt das Hauptamt hinzu. Sie erfüllen im Prinzip einen Auftrag aus der Gesellschaft. Sie decken dort Lücken, wo es zu wenig Zugehörige bzw. Angehörige gibt, und wo die nachbarschaftliche Unterstützung nicht so wie gewünscht funktioniert. So müssen Sie sich das vorstellen.

Wir werden mit dieser älter werdenden Gesellschaft viel mehr Menschen davon brauchen. Wir werden wahrscheinlich zusätzlich zunehmend diesen dritten Sozialraum in Bezug auf die nachbarschaftliche und freundschaftliche Sorge für sterbende Menschen in unserer Gesellschaft öffnen müssen.

Sie haben die Frage hinsichtlich der Finanzierung gestellt. Das Ehrenamt kostet Geld. Die Supervision kostet Geld. Die Ausbildung kostet Geld. Die Fahrtkosten müssen erstattet werden usw. Bisher werden wir über die GKV gefördert. Die Neuregelung mit der PKV macht schon Probleme, weil wir erstmals als Hospize Rechnungen stellen müssen. Das passt nicht ins System. Wir brauchen Geld. Wir brauchen das Geld aber so, dass wir nicht enorme bürokratische und zusätzliche Dinge leisten müssen. Dann ist es in Form einer Förderung am sinnvollsten. Ich hoffe, Ihre Fragen sind damit beantwortet.

Herr Vors. Abg. Dr. Enders: Vielen Dank, Frau Textor.

Meine Damen und Herren, wir sind am Ende der Fragerunde. Ich darf Ihnen für die Disziplin und die Sachlichkeit danken, mit der gefragt und geantwortet wurde. Das passt auch zu unserer Debatte vor einigen Monaten. Ich habe noch nie in den 17 Jahren erlebt, dass der Landtag trotz Meinungsverschiedenheiten in so großer Einigkeit und Kollegialität debattiert hat. Das war eine echte Sternstunde. Die Diskussion heute hat daran angeknüpft.

Mein besonderer Dank gilt den Damen und Herren Anzuhörenden und gerade denjenigen, die einen weiten Weg zurückgelegt haben.

(Beifall)

Es bleibt noch festzustellen, dass wir formell beschließen müssen, den Tagesordnungspunkt zu vertagen. Ich habe mich mit den Arbeitskreisvorsitzenden des Sozialpolitischen Ausschusses, der federführend ist, abgestimmt. Die Vorsitzenden der anderen Ausschüsse haben mir Prokura gegeben, dass wir vorbehaltlich des Beschlusses in der nächsten Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses am 23. Juni 2015 beschließen, wann wir die Auswertung der Anhörung nach dem Vorliegen des Protokolls durchführen. Das wird voraussichtlich erst nach der Sommerpause sein.

Man nimmt aber Kontakt mit dem Bundestag auf und stimmt ab, wie dort die Debatte weitergeht, um nicht in Zeitverzug zu kommen. Ist jemand gegen die Vertagung? – Das ist nicht der Fall. Dann darf ich Ihnen einen guten Nachhauseweg und ein schönes Wochenende wünschen und die Sitzung schließen.

Der Tagesordnungspunkt wird vertagt.

gez. Dohmen
Protokollführerin