SCHRIFTENREIHE
DES LANDTAGS RHEINLAND-PFALZ

63

STERBEBEGLEITUNG

ORIENTIERUNGSDEBATTE IM LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

Aus den Beratungen des Plenums und der Ausschüsse
am 19. März, 29. Mai und 23. Juli 2015

Heft 63
der Schriftenreihe des Landtags Rheinland-Pfalz
ISSN 1610-3432

IMPRESSUM

Herausgeber:	Der Präsident des Landtags Rheinland-Pfalz
Verantwortlich:	Hans-Peter Hexemer Leiter Kommunikation und neue Medien Platz der Mainzer Republik 1, 55116 Mainz
Redaktion:	Elke Steinwand, Hans-Peter Hexemer
Gestaltung:	Petra Louis, Mainz
Titelbild:	© mickyso/Fotolia.com
Fotos:	Torsten Silz
Copyright:	Landtag Rheinland-Pfalz 2015
Druck:	Druckerei Wolf, Ingelheim

Der Landtag im Internet: www.landtag.rlp.de

STERBEBEGLEITUNG

ORIENTIERUNGSDEBATTE IM LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

Aus den Beratungen des Plenums und der Ausschüsse
am 19. März, 29. Mai und 23. Juli 2015

INHALTSVERZEICHNIS

GELEITWORT
Landtagspräsident Joachim Mertes 5

ORIENTIERUNGSDEBATTE –
EIN NOVUM IM LANDTAG RHEINLAND-PFALZ 9

PLENARSITZUNG MIT ORIENTIERUNGSDEBATTE
ZUR STERBEBEGLEITUNG AM 19. MÄRZ 2015 15

ANHÖRUNG DER SACHVERSTÄNDIGEN
AM 29. MAI 2015

Constanze Angerer
Landgerichtspräsidentin a. D., Ethikrat Berlin 79

Elke Baezner
Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V. 84

Robert Gosenheimer
Leitender Oberarzt Palliativmedizin am Krankenhaus
St. Marienwörth, Bad Kreuznach 89

Kirchenrat Dr. Thomas Posern
Beauftragter der Evangelischen Kirchen
und Diakonischen Werke im Lande Rheinland-Pfalz 95

Professor Robert Roßbruch
Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes,
Department Gesundheit und Pflege 99

Ordinariatsdirektor Dieter Skala
Katholisches Büro Mainz 104

Gisela Textor
Hospiz- und PalliativVerband Rheinland-Pfalz
(bis 29. April 2015 Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz
Rheinland-Pfalz e. V.) 110

PLENARSITZUNG MIT SCHLUSSDEBATTE
ZUR STERBEBEGLEITUNG AM 23. JULI 2015 117

ENTSCHLIESSUNGEN ZU DER DEBATTE ZUM
THEMA STERBEBEGLEITUNG
Antrag von SPD und BÜNDNIS 90/DIEGRÜNEN 147
Antrag der CDU 153

PARLAMENTARISCHE VORGÄNGE ZUR
ORIENTIERUNGSDEBATTE STERBEBEGLEITUNG 159

GELEITWORT

LANDTAGSPRÄSIDENT JOACHIM MERTES

Jeder uns von hat eigene, sehr persönliche Erfahrungen mit dem Sterben von Angehörigen und Freunden, mit Abschied und Tod. Für andere wiederum gehört der Umgang mit Sterbenden zum beruflichen Alltag: für Ärzte und Klinikpersonal, für Seelsorgerinnen und Seelsorger, für fast 45.000 Menschen, die in Rheinland-Pfalz stationär oder ambulant in der Pflege arbeiten und für viele Ehrenamtliche.

Dennoch ist Sterbebegleitung ein tabubehaftetes Thema – die meisten reden nicht gern darüber, weder im Privaten, noch in der Politik. Wenn wir darüber sprechen, dann wird es sehr persönlich – auch im Plenarsaal des Landtags.

Der letzte Abschnitt des Lebenswegs eines Menschen wirft eine ganze Reihe von rechtlichen, moralischen, religiösen und ethi-

schen Fragen auf, über die sich die Gesellschaft verständigen sollte. Die Sterbenden und all diejenigen, die sie auf ihrem letzten Weg begleiten, haben ein Recht auf verlässliche gesetzliche Regelungen.

Welche Richtung sollen wir dabei einschlagen? Welche Pfade können begangen werden? Mit einer sogenannten Orientierungsdebatte hat der Landtag Rheinland-Pfalz gänzlich neue Wege beschritten, um über dieses oftmals verdrängte Thema öffentlich zu sprechen. Unabhängig von ihrer Fraktionszugehörigkeit bekamen alle Abgeordneten und Mitglieder der Regierung, die sich äußern wollten, die Gelegenheit, ihre persönliche Sicht in einer Plenarsitzung im März 2015 darzulegen.

Eine solche Orientierungsdebatte zu einem zentralen Thema ist ein Novum in der Geschichte des Landtags Rheinland-Pfalz. Im Vordergrund standen zunächst die Diskussion und die Information. Sachverständige wurden in einer gemeinsamen Sitzung von vier Fachausschüssen angehört, und ihre Stellungnahmen später in den Ausschüssen ausgewertet. Die Schlussdebatte im Juli 2015 gab im Plenum dann den Raum, die Positionen der Fraktionen darzulegen; es wurde dabei auch über zwei Entschließungsanträge beraten und abgestimmt.

Die Beratungen zur Sterbebegleitung zeugten von hoher Debattenkultur und waren ein herausragender Teil der parlamentarischen Arbeit des Landtags: Geprägt von außerordentlicher Offenheit und gegenseitigem Respekt gelang eine behutsame Annäherung an dieses schwierige, tabubehaftete Thema.

Mit dieser Publikation lade ich Sie gemeinsam mit allen Abgeordneten des Landtags ein: Setzen Sie sich mit den verschiedenen Aspekten einer menschenwürdigen Sterbebegleitung auseinander. Diskutieren sie die Informationen der Sachverständigen und die sehr persönlichen Meinungen der Abgeordneten in Ihren Familien und mit Freunden. Damit die Diskussion darüber, wie die letzte Strecke im Leben eines Menschen in Würde gestaltet werden kann, dorthin zurückkehrt, wohin sie gehört: in die Mitte unserer Gesellschaft.

ORIENTIERUNGSDEBATTE – EIN NOVUM IM LANDTAG RHEINLAND-PFALZ

Der Landtag Rheinland-Pfalz hat mit seiner Debatte zur Sterbebegleitung nicht nur ein gesellschaftlich wichtiges Thema aufgegriffen. Er hat auch der Form nach Neuland betreten. Eine Orientierungsdebatte hatte es zuvor in Rheinland-Pfalz noch nicht gegeben. Sie war aber nicht ohne Beispiel. Vielmehr gab es sie bereits zum gleichen Thema im Deutschen Bundestag.

Vorbild: Orientierungsdebatte Deutscher Bundestag

Der Deutsche Bundestag hatte in seiner Sitzung vom 13. November 2014 über das Thema „Sterbebegleitung" debattiert. Zum Beratungsverfahren hatte Bundestagspräsident Lammert zu Beginn ausgeführt:

„Liebe Kolleginnen und Kollegen, mit diesem Tagesordnungspunkt beginnen wir das vielleicht anspruchsvollste Gesetzgebungsprojekt dieser Legislaturperiode. Bei der Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung geht es um die Frage, wie der Staat seine unaufgebbare Verpflichtung zum Schutz des Lebens und zum Schutz der Menschenwürde auch und gerade gegenüber dem sterbenden Menschen wahrnehmen kann. Dabei wird der Gesetzgeber seine ganze Sorgfalt nicht nur der Frage widmen müssen, wo es zwischen individueller Selbstbestimmung auf der einen Seite und ärztlicher Verantwortung auf der anderen Seite Handlungs- und Regelungsbedarf gibt, sondern auch, ob überhaupt und wie dieser Handlungsbedarf in allgemeinverbindlichen gesetzlichen Regelungen überzeugend gelöst werden kann.

Ich will vor allem für die vielen an dieser Debatte interessierten Zuhörer darauf hinweisen, dass wir uns wegen der besonderen Ansprüche dieses Gesetzgebungsverfahrens zu einem ungewöhnlichen Beratungsverfahren entschlossen haben. Wir werden uns im Plenum des Deutschen Bundestages mindestens dreimal mit diesem Thema beschäftigen. Heute, in der Orientierungsdebatte, auf die wir uns verständigt haben, wollen wir miteinander die Fragestellungen erörtern und vielleicht auch Gestaltungsoptionen deutlich machen. Es wird dann Anfang nächsten Jahres eine weitere Plenardebatte geben, wenn es die Gesetzentwürfe gibt, für die inzwischen erste Vorstellungen erkennbar sind, die aber alle noch nicht eingebracht sind. Dann wird das selbstverständlich auf der Basis der eingebrachten Gesetzentwürfe nach einem sicherlich auch nicht ganz schnellen Beratungsverlauf in den beteiligten Fachausschüssen in zweiter und dritter Lesung im Plenum des Deutschen Bundestages beraten und abschließend entschieden.

… Ich möchte Sie schließlich, bevor ich die Redner aufrufe, bitten, damit einverstanden zu sein, dass wir bei dieser Debatte, die in Form von Fünf-Minuten-Beiträgen stattfinden soll, ähnlich wie bei der Aktuellen Stunde und den dortigen Fünf-Minuten-Beiträgen keine Zwischenfragen zulassen. Im Übrigen besteht natürlich die Möglichkeit, zu diesem Tagesordnungspunkt Redebeiträge zu Protokoll zu geben, weil verständlicherweise viele Kolleginnen und Kollegen ihre persönliche Auffassung und den gegenwärtigen Stand ihrer eigenen Meinungsbildung gerne vortragen würden, was aber auch in dem für unsere Tagesordnung unüblichen Format von vier Stunden technisch schlicht nicht für alle möglich sein wird. Sind Sie auch mit diesem Verfahrensvorschlag einverstanden? – Das ist ganz offenkundig der Fall. Dann können wir so verfahren. …

Die wesentliche Abweichung vom sonst üblichen Beratungsverfahren liegt demnach in der Vorschaltung einer Orientierungsdebatte, auf die die Beratung konkreter parlamentarischer Initiativen erst folgt. Die Thematik wird damit in mehreren Etappen behandelt. Die Orientierungsdebatte bildet gewissermaßen den parlamentarischen Aufschlag, um die Meinungsbilder zu einem kontroversen wie persönlichen Thema zu sondieren. Bereits im Vorfeld der Debatte ließen sich fünf Gruppen innerhalb des Deutschen Bundestags unterscheiden, deren jeweilige Haltung zunächst nur als Positionspapier formuliert war.

Für die Orientierungsdebatte vereinbart hatte der Deutsche Bundestag im Ergebnis dieselben Regeln, wie sie für die Aktuelle Stunde gelten, nämlich eine Redezeit von fünf Minuten und die Unzulässigkeit von Zwischenfragen. Die Bundesregierung hatte in der Orientierungsdebatte übrigens nicht das Wort ergriffen. Ob es Besonderheiten auch für die Beratung von Gesetzentwürfen geben wird, ist derzeit nicht bekannt.

Eckpunkte der Debattenstruktur im Landtag zum Thema „Sterbebegleitung"

Nach dem Vorbild des Deutschen Bundestags hat auch der Landtag Rheinland-Pfalz eine Orientierungsdebatte zum The-

ma „Sterbebegleitung“ geführt. Zum Beratungsverfahren hatte Landtagspräsident Mertes in der 93. Plenarsitzung am 19. März 2015 ausgeführt:

„Wie haben wir uns die Debatte vorzustellen? – Wir werden – darauf haben wir uns geeinigt – in Fünf-Minuten-Beiträgen debattieren. Ich habe darüber nachgedacht, ob ich jemanden, der gerade einen Satz in dieser Debatte zu Ende bringen will, abklingeln kann, weil die fünf Minuten vorbei sind. Ich bitte Sie, halten Sie sich daran, damit ich nicht dauernd in diese Schwierigkeit gerate, Sie bei einer so schwierigen Diskussion bremsen zu müssen. Wir haben auch keine Kurzinterventionen und Zwischenfragen vorgesehen. Meine Damen und Herren, wenn darüber Konsens im Hause besteht, wie das im Ältestenrat besprochen worden ist, ist die Debatte damit eröffnet. Nach der Liste, die wir gemeinsam auf der Grundlage der Praxis bei den Mündlichen Anfragen erstellt haben – das ist sozusagen unser Schlüssel für die Beiträge –, beginnt Herr Kollege Schweitzer von der SPD. Dann folgt die Christlich Demokratische Union. Ich gehe davon aus, Frau Klöckner wird sprechen. Dann ist Herr Köbler an der Reihe. Anschließend folgt die Landesregierung, ich denke, mit Frau Dreyer. Dann geht es nach der Landesregierung weiter – ich sage das vorweg, damit es jeder weiß – mit der CDU.

Orientierungsdebatte als Beratungsinstrument für die zukünftige Parlamentsgeschäftsordnung

Bei der der Orientierungsdebatte handelt es sich um eine Grundsatzdiskussion, die ausdrücklich unabhängig von vorformulierten Anträgen und folglich ergebnisoffen erfolgt. Während am Anfang der parlamentarischen Beratung sonst ein Fraktionsantrag steht, bildet dieser bei der Orientierungsdebatte erst den Schluss des Diskussionsprozesses. Im Unterschied zur sonstigen parlamentarischen Debatte ist die politische Meinung folglich noch nicht zu Papier gebracht, sondern soll im Diskurs erst noch entwickelt und gefunden werden. Ihr hauptsächliches Anwendungsgebiet findet die Orientierungsdebatte deswegen in Fragestellungen, die grundlegende Bedeutung für die Gesellschaft haben und so vielschichtig sind, dass sie jedenfalls zunächst unabhängig von im Vorhinein festgelegten Positionen verlaufen sollten. Die Debattenstruktur passt sich insoweit der Komplexität des Themas an.

Die Abgeordnetenkammer des Großherzogtums Luxemburg hat in ihrer Geschäftsordnung das Instrument der Orientierungsdebatte bereits verankert. Auch für die zukünftige Wahlperiode des Landtags Rheinland-Pfalz wird zu erwägen sein, ob dieses Instrument in der Geschäftsordnung einen festen Platz finden sollte.

PLENARSITZUNG MIT ORIENTIERUNGSDEBATTE ZUR STERBEBEGLEITUNG AM 19. MÄRZ 2015

Präsident Joachim Mertes

Meine Damen und Herren, ich rufe Punkt 14 der Tagesordnung auf:

Orientierungsdebatte zur Sterbebegleitung

Lassen Sie mich dazu eine eröffnende Bemerkung machen. Wir werden in den nächsten drei Stunden versuchen, persönliche Positionen zu einem Thema zu entwickeln, das sehr von persönlichen Vorstellungen geprägt ist. Es geht um das Sterben, die letzte Phase unseres Lebens, eine Situation, der wir so lange wie möglich aus Angst vor dem, was auf uns und unsere Angehörigen zukommen kann, ausweichen wollen. Selbstverständlich wollen wir alle natürlich, schmerzfrei und menschenwürdig sterben. Ist das aber auch gewährleistet?

Die staatliche Pflicht zum Lebensschutz und ebenso die ärztliche Verantwortung für die Lebenserhaltung setzen der Selbstbestimmung in der Sterbephase Grenzen. Wo verlaufen diese Grenzen? Wo müssen sie eventuell neu justiert werden? – Es geht um diese Fragen nicht nur in Intensivstationen der Alten- und Pflegeheime, sondern es geht auch darum, dies mit der Öffentlichkeit zu diskutieren. Es gibt einen erkennbaren Handlungsbedarf.

Wie der Deutsche Bundestag wollen wir uns jetzt in einer Orientierungsdebatte, auf die wir uns gemeinsam verständigt haben, mit den Vorstellungen und Bedenken der einzelnen Abgeordneten befassen. Diese Debatte findet frei von Anträgen der Fraktionen statt. Hier werden die Abgeordneten ihre persönliche Meinung vollkommen unabgestimmt mit ihrem Nachbarn, mit ihrem Kollegen, dem sie sonst trauen, Ratschläge zu geben, vortragen, damit wir einfach einmal deutlich machen können, wie wir selbst dazu stehen.

Das wäre aber zu wenig. Am Ende der Orientierungsdebatte in diesem Hause wird eine Anhörung im Ausschuss beantragt, in der wir uns dann mit Leuten auseinandersetzen, die sich bei diesem Thema gut auskennen und uns Ratschläge geben können. Das sind beispielsweise Vertreter der Kirchen, der Sozialverbände, Ärzte, Psychologen, die uns dann weiterbringen, wie wir hoffen.

Meine Damen und Herren, dann kann es – muss es aber nicht – in der letzten Sitzung vor der Sommerpause konkrete Initiativen geben. Sie werden

fragen: Wenn das ergebnisoffen gemacht wird, hat das dann Sinn? – Ja, das hat Sinn, weil es keine gesellschaftliche Debatte über das Sterben im breitesten Sinne gibt. Das werden wir aber alles gleich erfahren.

Wie haben wir uns die Debatte vorzustellen? – Wir werden – darauf haben wir uns geeinigt – in Fünf-Minuten-Beiträgen debattieren. Ich habe darüber nachgedacht, ob ich jemanden, der gerade einen Satz in dieser Debatte zu Ende bringen will, abklingeln kann, weil die fünf Minuten vorbei sind. Ich bitte Sie, halten Sie sich daran, damit ich nicht dauernd in diese Schwierigkeit gerate, Sie bei einer so schwierigen Diskussion bremsen zu müssen. Wir haben auch keine Kurzinterventionen und Zwischenfragen vorgesehen.

Meine Damen und Herren, wenn darüber Konsens im Hause besteht, wie das im Ältestenrat besprochen worden ist, ist die Debatte damit eröffnet. Nach der Liste, die wir gemeinsam auf der Grundlage der Praxis bei den Mündlichen Anfragen erstellt haben – das ist sozusagen unser Schlüssel für die Beiträge –, beginnt Herr Kollege Schweitzer von der SPD. Dann folgt die Christlich Demokratische Union. Ich gehe davon aus, Frau Klöckner wird sprechen. Dann ist Herr Köbler an der Reihe. Anschließend folgt die Landesregierung, ich denke, mit Frau Dreyer. Dann geht es nach der Landesregierung weiter – ich sage das vorweg, damit es jeder weiß – mit der CDU.

Abgeordneter Alexander Schweitzer, SPD

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Der Umgang mit Tod und Sterben von Angehörigen oder lieben Menschen ist aufwühlend und belastend. Beim Thema Sterbehilfe und Sterbebegleitung werden schwierige ethische Grundsatzfragen behandelt. Es müssen auch schwierige moralische Bewertungen vorgenommen werden. Es ist daher richtig und wichtig, dass wir heute eine solche Orientierungsdebatte, wie sie der Präsident vorgestellt hat, führen.

Eine so schwierige ethische Debatte – ich kann mir das nicht vorstellen – kann nicht in den üblichen Regularien des Parlamentsbetriebs ablaufen. Sie kann auch nicht entlang der Grenzen von Fraktionen oder Parteien ablaufen.

Lassen Sie für mich persönlich eines vorwegschicken: Es gibt keine moralische Pflicht zum Leben bis zuletzt. Ich habe großen Respekt vor Menschen, die etwa eine weitere Behandlung ihrer Tumorerkrankung ablehnen. Ihr Wille ist von Ärzten zu respektieren. Was mich aber umtreibt, ist die Sorge, dass ein gesellschaftliches Klima entsteht oder entstehen kann, das an Menschen mit Unterstützungsbedarf – übrigens jeden Alters – die stille Aufforderung sendet, dass die Belastung für die Familie, die Pflegenden, gar die Allgemeinheit zu groß werde.

Ein jeder trage des anderen Last, heißt es in der Bibel. Mir geht es nicht zuvorderst um den religiösen Gehalt der Aussage. Das ist eine für mich immer gültige Zusammenfassung des Leitbildes von Solidarität und Sorge füreinander. Ich finde, diesen Leitsatz müssen wir in unserer Zeit mit Leben füllen. Es wäre fatal, Menschen in dem Glauben allein zu lassen, sie fielen anderen zur Last.

Immer höre ich die Aussage – Ihnen geht es sicherlich ähnlich –, ich möchte so autonom und selbstbestimmt sterben, wie ich gelebt habe. Bei genauer Betrachtung zeigt sich aber, die Vorstellung der absoluten Autonomie ist oftmals eine Illusion. Je nach Lebensphase und -situation ist sie mehr oder minder stark ausgeprägt. Oftmals ist es auch so, dass wir sie einfach mehr oder minder stark spüren. Autonomie entwickelt sich nach meiner Auffassung erst im miteinander und füreinander Einstehen, sich sorgen.

Jede und jeder bringt sich nach seinen Kräften ein. Jeder Beitrag ist gleich viel wert. Dies ist die gesellschaftliche Übereinkunft, die wir den modernen Sozialstaat nennen. Ich finde, wir müssen diesen Sozialstaat um das Leitbild der sorgenden Gesellschaft ergänzen, wie es der anerkannte Pflegeexperte Thomas Klee genannt hat.

Noch einmal: Ich habe großen Respekt vor individuellen Entscheidungen, vor den spektakulär, auch medial wahrgenommenen Entscheidungen von Wolfgang Herrndorf, Gunter Sachs oder jüngst Fritz Raddatz. Aber dennoch kann man mir die Sorge nicht nehmen, dass wir beim Betrachten der Möglichkeit des Suizids allzu oft Gefahr laufen, dass – wie wir das in den Niederlanden nach meiner Auffassung erleben – nicht der Sterbewunsch des Menschen im Zentrum steht und wir allenfalls den Ausnahmefall rechtlich absichern, sondern ich sehe dort ganz klar die Situation, dass die moralische und psychische Bremse schon gelockert wurde, wie Thomas Klee es ausgedrückt hat.

Kann ich denn wissen, ob ich wirklich nicht mehr leben will, wenn ich an einer schweren Demenz leide? – Ich finde, das Beispiel von Walter Jens ist ein sehr eindrucksvolles. Zeit seines Lebens war er ein energischer, beeindruckender Streiter für die aktive Sterbehilfe. In den Phasen seiner

demenziellen Erkrankung, in denen er nach Angaben seines Sohns Tilmann Jens immer wieder Aussagen traf wie – Zitat – nicht totmachen, bitte nicht totmachen. Dies allerdings abgewechselt von Aussagen wie, ich will sterben. Meine Damen und Herren, wer also soll in einer solchen Situation entscheiden?

Wir brauchen in Lebenssituationen, die uns Angst machen, Menschen, die zu uns stehen. Unsere Gesellschaft lebt vom Zusammenhalt. Sie lebt davon, dass wir auch an den Grenzen des Lebens zueinander stehen. Dazu gehört auch, dass auf lebenserhaltende Maßnahmen verzichtet werden kann. Ja, die Mehrheit der Bevölkerung spricht sich für die Liberalisierung der Sterbehilfe aus, aber das kann nur gehen, indem wir Haltelinien einziehen. Das ist auch Aufgabe der Politik.

Ich will Ihnen deutlich sagen, ich bin der Meinung, dass weder die ärztliche Beihilfe zum Suizid, noch Beihilfe aus der Familie unter Strafe gestellt werden dürfen, aber wir brauchen Regelungen, die Rechtssicherheit herstellen.

Ich bin auch dafür, dass wir die Ärztinnen und Ärzte in dieser Situation nicht alleinlassen und ihnen Sicherheit geben. Es ist auch so, dass das ärztliche Tun dem Leben gewidmet sein muss. Wir sagen Ja zum Leben. Das steht für mich über allem.

Wir brauchen eine Vorstellung davon, wie wir im Alter leben. Dazu gehören eine gute Pflege, die palliative Unterstützung und Strukturen, die das Leben möglich machen und die den Menschen bis in die letzten Tage begleiten. Das muss das Ziel sein. Das muss nach meiner persönlichen Auffassung auch die Aufgabe der Politik sein. Ich freue mich, dass wir heute die Gelegenheit haben, diese persönlichen Auffassungen miteinander zu diskutieren und in Abgleich zu bringen.

Abgeordnete Julia Klöckner, CDU

Herr Präsident, Frau Ministerpräsidentin, liebe Kolleginnen und Kollegen! Viele Menschen treibt nicht so sehr die Angst vor dem Tod um, sondern sie ängstigt der Gedanke an das Sterben. Sie haben Angst davor, alleingelassen zu werden. Nicht nur Leben braucht Liebe, sondern das Sterben auch. Ein leidloses Leben oder ein leidloses Sterben kann keiner von uns hier anwesenden Politiker garantieren und versprechen. Wir müssen aber versprechen, da zu sein, wenn Hilfe gebraucht wird.

Es ist ein gutes Zeichen, dass Bundesgesundheitsminister Gröhe aktuell angekündigt hat, 200 Millionen Euro mehr, also rund 600 Millionen Euro, für die Palliativ- und Hospizversorgung gerade im ländlichen Raum auszugeben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es geht um die konkrete Lebenshilfe und nicht um die konkrete Lebensbeendung, zumal die Selbsttötung nicht ein Akt der Freiheit, sondern ein Signal der Verzweiflung ist. Deshalb brauchen wir eine stärkere Zuwendung im Sterben und damit eine Zuwendung zum Leben.

Als CDU-Landtagsfraktion haben wir eine Große Anfrage zum Thema Sterben in Würde verfasst und uns intensiv in einer Fraktionssitzung auf diese Orientierungsdebatte vorbereitet. Was ist die Ausgangslage? Die Entwicklung in der Gesellschaft und in der Medizin fordert uns heraus, die Würde des Menschen im Alter und auch im Sterben zu sichern. Das Sterben ist Teil des Lebens und nicht nur sein Nachhall. Das gilt auch dann, wenn das Sterben eines Menschen eine besonders schwierige und schmerzhafte Phase seines Lebens ist. Deshalb brauchen wir eine Hand, an der wir sterben, aber nicht proaktiv, durch die wir sterben.

In Deutschland sind die Selbsttötungen und somit auch die Beihilfe straffrei. Ich meine, das soll auch so bleiben.

Debattiert wird aber seit Jahren darüber, ob gewerblich organisierte Sterbehilfe verboten werden soll. Ich meine ja. Das sind nämlich Organisationen, die sogar mit unterschiedlichen Beitragszahlungen ihr Geschäft mit dem Tod machen wollen. Wer mehr Geld zur Verfügung hat, bekommt schneller seinen Wunsch umgesetzt, seinen Tod organisiert zu bekommen. Was hat das mit Würde und Humanität zu tun? Das habe ich nie verstanden. Roger Kusch vom Verein Sterbehilfe hat nach eigenen Angaben 41 Menschen zum Sterben verholfen. Darunter befanden sich im Jahr 2002 zwei gesunde und sozial eingebundene Seniorinnen, die keine hoffnungslose Prognose oder unerträgliche Beschwerden hatten. Sie hatten nach ihren Angaben Angst, irgendwann im Pflegeheim zu landen. Lieber tot als pflegebedürftig? Ein solches Signal darf hier keinen Raum finden. Wir wollen auch keine ethische Wanderdüne haben.

Ich will verhindern, dass die Tür für organisierte Sterbehilfe geöffnet wird, sonst werden Schutzbedürftige womöglich über eine Schwelle gedrängt, die sie ursprünglich gar nicht selbst überschreiten wollten. Wir sollten

stattdessen keinerlei Zweifel daran lassen, dass das Leben eines jeden Menschen für uns als Gesellschaft unter jeder Bedingung schützenswert ist. Wie wir mit Alter, Krankheit und Sterben umgehen, entscheidet darüber, ob unsere Gesellschaft menschlich bleibt oder nicht. In Belgien ist man inzwischen so weit, dass bei Kindern Sterbehilfe geleistet wird. In Holland betrifft es bereits Demenzkranke.

Dr. Klaus Lander, Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin im Diakonissen-Stiftungs-Krankenhaus in Speyer, hat auf folgende erschreckende Zahl hingewiesen: 30 Prozent der Patienten, die in Belgien die aktive Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen – in Anspruch genommen haben, haben vorher nicht ausdrücklich den Wunsch geäußert. Die Entscheidungen trafen Familien und Ärzte. Das darf meiner Meinung nach in Deutschland nicht der Fall sein.

Es geht auch um das Standesrecht. Ich glaube, wir sollten nicht in das Standesrecht der Ärzte eingreifen. Ich bin aber auch der Meinung, dass wir als Landesgesetzgeber aktiv werden können. Bauen wir die Palliativ- und Hospizversorgung flächendeckend aus. Stärken wir die Palliativausbildung der Ärzte bei uns im Land und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient; denn jeder Mensch muss darauf vertrauen können, dass er in seiner letzten Lebensphase die mögliche Unterstützung durch eine qualifizierte Palliativmedizin und auch Hospizbegleitung bekommt.

Wer schon einmal Sterbende begleitet hat – ich bekomme seit 13 Jahren als Schirmfrau des ambulanten Hospizdienstes in meiner Heimatregion Einblicke und weiß die Arbeit sehr zu schätzen; meistens sind es Frauen, die diese Arbeit tätigen –, der weiß, wie verletzlich und empfindsam die letzte Lebensphase ist und wie sich Wunsch und Hoffnung einander ablösen. Wir sollten aber auch in dieser Situation, wenn wir den Blick auf das werfen, was Wunsch und Hoffnung sein sollte, diejenigen nicht verurteilen, die keinen anderen Ausweg gefunden haben.

Abgeordneter Daniel Köbler, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Im Kern geht es bei der Diskussion, die wir heute führen, um nichts weniger als um die Würde des Menschen. Es geht um das Recht auf Leben. Das Recht auf Leben hat zwei Dimensionen, nämlich das Recht auf die individuelle Selbstbestimmung im Leben, aber auch beim Sterben.

Es geht aber zum anderen auch um den Schutz des Lebens. Dieses Spannungsverhältnis führt uns in zutiefst ethische Fragen, zutiefst individuelle Moralvorstellungen und auch in die persönliche Erfahrung. Deswegen sind es am Ende Fragen, die kein Parteiprogramm entscheiden kann. Deswegen ist es gut, dass wir die Debatte heute so führen, nämlich sehr persönlich und individuell.

Ich glaube, dass es zuallererst unsere gemeinsame Aufgabe ist, dafür zu sorgen – das tun wir mit einer solchen Diskussion –, wieder mehr ins Bewusstsein zu rücken, dass auch der Tod und das Sterben sowie Leid und Krankheit in unserer Gesellschaft einen Platz haben müssen und sie in die Gesellschaft und mitten ins Leben gehören. Diese Erfahrungen dürfen nicht abgeschoben werden, und zwar außerhalb der Wahrnehmbarkeit der heutigen Konsumgesellschaft, der schnellen Informationsgesellschaft und von Hochglanzbroschüren. Deswegen ist die Debatte darüber in diesem Parlament insgesamt gesellschaftlich ein Fortschritt und absolut zu begrüßen.

Dass auch Sterbende und Kranke in unserer Gesellschaft dazugehören, ist ein wichtiger Aspekt dessen, was uns so wichtig ist und was wir Inklusion nennen. Deswegen ist es unsere allererste Aufgabe, den Menschen, die von Krankheit und Sterben betroffen sind, soziale Teilhabe zu ermöglichen, und zwar unabhängig davon, wie krank und fit sie noch sind. Wichtig ist es, sie mitten ins Leben zu holen, soweit das möglich ist. Insofern ist es die Aufgabe der Gesellschaft, aber auch der Politik, dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen.

In einer gerade auch alternden Gesellschaft, wie wir es sind, spielen – das ist schon gesagt worden – Ängste vor einem Kontrollverlust eine Rolle. Wir haben Angst, der Gesellschaft zur Last zu fallen.

Es ist Konsens, dass es in erster Linie um die Lebenshilfe und darum geht, Ja zum Leben zu sagen und den Menschen ein Stück weit die Ängste zu nehmen und zu sagen: Nein, du fällst der Gesellschaft nicht zur Last, wenn du krank bist oder stirbst, sondern du bist ein Teil dieser Gesellschaft.

Diese Gesellschaft ist bereit und setzt die Voraussetzungen dafür, dich bis in die letzte Sekunde ganz als Individuum mit in diese Gesellschaft zu integrieren. Gleichwohl müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass wir pro Jahr 10.000 Suizide haben und in 90 Prozent dieser Fälle der Hintergrund eine schwere Krankheit ist.

Wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass es so etwas gibt, dass Menschen in andere Länder mit anderen Rechtsbedingungen gehen, weil sie sich entschieden haben, nicht länger leben zu wollen. Ich glaube, dass wir deswegen einen entsprechenden Rechtsrahmen miteinander organisieren müssen. Ich glaube, dass wir da viel Einigkeit haben. Ich glaube, wir sind uns einig, dass wir eine kommerzielle, organisierte Sterbehilfe ablehnen, alle gemeinsam. Man darf am Sterben keinen Profit machen.

Wir sind uns auch einig, dass der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung ein ganz wichtiges Anliegen ist. 800.000 Menschen in Deutschland brauchen sie. Nur 35.000 Menschen bekommen sie aktuell. Ich glaube, da haben wir alle gemeinsam noch eine große politische Aufgabe, was den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung angeht.

Trotzdem gebe ich Peter Hintze recht, wenn er sagt, auch die Palliativmedizin stoße bisweilen an Grenzen, es darf keinen Zwang zum Qualtod geben. Ärzte müssen dem Wunsch des Patienten folgen dürfen, friedlich zu entschlafen. Die Selbstbestimmung gehört zur Menschenwürde. Die politische Debatte ist gut, weil damit das Sterben der Menschen aus dem allgemeinen Schweigen herausgenommen wird.

Ich persönlich halte es für eine vordringliche Aufgabe, gerade die Ärztinnen und Ärzte aus der rechtlichen Grauzone in Deutschland herauszuholen, dass wir sie in dieser verantwortungsvollen Frage nicht alleine lassen, und ich glaube, dass allein die Kammerordnung damit überfordert ist. Ich finde es gut, dass wir uns im Parlament dieser verantwortungsvollen Debatte stellen. Ich glaube, dass wir als Parlamentarier und Gesetzgeber hier ein Stück weit handeln müssen.

Ministerpräsidentin Malu Dreyer

Herr Präsident, liebe Kollegen, liebe Kolleginnen! Wer den Tod eines geliebten Menschen miterlebt, das Sterben eines nahen Menschen begleitet hat, der weiß, ja, natürlich das Sterben ist ein Teil des Lebens. Es kann verbunden sein mit so viel Schmerz, mit so viel Leid, mit so viel Trauer, dass es eben alles andere ist als nur einfach „Teil des Lebens“. Für den, der geht, und für die, die bleiben: War es ein würdevolles Sterben, wurde ich dem Sterbenden wirklich gerecht, hatte er Schmerzen, haben wir alles getan, können wir sie gehen lassen, kann er gehen, warum war ich nicht da? – Es ist ein Glücksfall, und es ist ein Trost, wenn die, die bleiben, spüren konnten, er/sie ist friedlich, geborgen gegangen, in Würde eben.

Die Furcht vor Krankheit und Verletzlichkeit, die Angst, nicht mehr als Mensch mit eigenen Wünschen und Ressourcen wahrgenommen zu werden, diese Furcht, dass nicht mehr gesehen wird, was für einen als Mensch stets elementar wichtig war, dass man nur noch reduziert wird auf Hilfebedürftigkeit oder Sterben, ist eine Furcht, von der wir wissen, dass sie viele Menschen bewegt.

Wer will sich da restlos ausnehmen? – Selbstbestimmt sein, unabhängig, wenigstens frei von Abhängigkeit zu sein, ist auch das Bild, das sich Menschen für das Ende ihres Lebens wünschen. Das sind Gedanken, die häufig von Menschen ausgesprochen werden, die sich für Sterbehilfe aussprechen.

Ich verstehe diese Angst. Umso mehr meine ich, dass wir Sterbehilfe eigentlich nicht besprechen können, ohne auch über unsere Bilder des Alters und des Alterns zu sprechen.

Ich will auch auf Professor Klee mit einem Satz eingehen. Er hat gesagt: „Wirkmächtig sind immer noch sehr defizitäre Bilder vom hohen Alter.“ –

Unsere eigene Sprache ist verräterisch. Wie oft ärgere ich mich mein Leben lang über den Begriff Pflegefall, als wäre es kein Mensch, oder über die Neigung, Hochbetagte und Demenzkranke zu pathologisieren. Selbstbestimmung im Alter, das heißt nicht, alles selbst tun zu können, frei von Abhängigkeiten zu sein, aber es heißt immer Respekt und Wertschätzung vor der Persönlichkeit, ein Bewusstsein der Unantastbarkeit oder Unabdingbarkeit der Würde des von Krankheit, von Pflege, von Demenz betroffenen Menschen. Das heißt auch, für den anderen bedeutsam zu bleiben, nicht meinen zu müssen, zur Last zu fallen, weil nur noch der Pflegefall gesehen wird, anstatt der Mensch mit eigenen Lebensthemen, mit Wünschen, mit Ressourcen auch unter Bedingungen der Pflege.

Den Menschen durch Sorge und Unterstützung die Sorge, die Furcht zu nehmen, ihre Selbstbestimmung zu verlieren, alleine zu sein, ist das Ziel unserer Pflegepolitik seit vielen Jahren in Rheinland-Pfalz: Pflegestützpunkte, Strukturplanung, Konferenzen und Stammtische, Pflegetelefon, Pflegekammer, Wohnformen. Es geht immer um den älter werdenden Menschen als Gesamtpersönlichkeit, ihm Selbstbestimmung zu ermöglichen, auf seine Würde zu achten auch unter Bedingungen der Pflege bis in den Tod.

Es sind ca. 1.850 Ehrenamtler und Ehrenamtlerinnen, ca. 200 Hauptamtliche in der Hospizarbeit, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in 25 Palliativstationen und die der Palliativmedizin in allen somatischen Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz. Sie lindern Schmerz, sie begleiten das Sterben unter Beachtung der Autonomie der Sterbenden, in Verbundenheit mit dem Sterbenden und in Achtung der Würde bis zum Tod. Deshalb bleibt es unsere politische und gesellschaftliche Aufgabe, den beschriebenen Ängsten und dem daraus manchmal resultierenden Todeswunsch mit Verständnis und Zuwendung, aber auch mit Netzwerken kompetenter Hilfe zu begegnen.

Rheinland-Pfalz hat eine lange Tradition in der Hospizarbeit. Ich verkürze das. Ich glaube, wir können aber sehr stolz sagen, dass das Hospiz sich in diesem Land sehr gut entwickelt hat, auch die Palliativmedizin. Ich bin froh, dass der Bund jetzt plant, die gesetzliche Grundlage für eine umfassende Versorgung weiterzuentwickeln. Das brauchen wir, gerade mit Blick auf den demografischen Wandel.

Auch ich lehne alle Formen der gewerblichen und organisierten Beihilfe zum Suizid ab. Ich finde es richtig, dass unsere Rechtslage, unsere Rechtsprechung sensible Räume für den assistierten Suizid ermöglicht hat und ermöglicht. Auch das ist wichtig im engen Verhältnis zwischen Mann und Frau, zwischen Kindern und Eltern, zwischen Freunden und Freundinnen, zwischen Arzt und Patienten.

Den Ärzten, den Pflegenden zum Schluss diesen Satz noch, den Ehrenamtlichen und den Hauptamtlichen, den Professionellen, allen im Gesundheitswesen, ihnen will ich stellvertretend für uns alle nochmals sehr herzlich danken. Es bleibt unsere Aufgabe, deren Rahmenbedingungen weiter zu verbessern, damit Menschen wissen, dass sie am Ende ihres Lebens geborgen und unter Achtung ihrer Würde sterben können.

Abgeordnete Hedi Thelen, CDU

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ja, die Angst vor einem leidvollen Sterben ist groß. Ja, wir wollen, dass unnötiges Leid verhindert, Schmerzen gelindert und die Qualen begrenzt werden, und wir wollen für uns, für unsere Angehörigen, für unsere Lieben, einen würdigen und möglichst erträglichen Tod.

Müssen wir dafür die bestehenden Gesetze ändern? Sollen wir die aktive ärztliche Sterbehilfe ermöglichen? – Ich möchte dies nicht; denn bei allem, was wir tun, müssen wir das Ende bedenken, das Wirken unseres Tuns auf die Einstellungen und Verhaltensweisen unserer Gesellschaft, aber auch vor allem im Umgang mit kranken, pflegebedürftigen, dementen Menschen. Was dies heißt, können wir in Gesellschaften beobachten, die eine offene Gesetzgebung haben, die aktive ärztliche Sterbehilfe erlauben.

In den Niederlanden ist dies seit dem 1. April 2002 der Fall. Die Statistik dort zeigt, dass die Zahl der aktiven Sterbehilfen und der ärztlich assistieren Suizide Jahr für Jahr deutlich zunimmt.

2007 waren es 2.123 Fälle, 2011 3.695 und 2013 schon fast 5.000 Menschen, die sich das Leben haben nehmen lassen.

Kritiker bemerken, dass selbst die relativ liberalen Sorgfaltspflichten in Einzelfällen von Ärzten außer Acht gelassen werden. Die Einstellung zu schwerkranken Menschen ändert sich. Ihr Leben und ihr Recht auf Leben werden offensichtlich deutlich leichter infrage gestellt.

Auch für eine schwer demenzkranke Frau wurde nach einem Bericht im Ärzteblatt 2012 erstmals aktive Sterbehilfe geleistet. Dabei verlangt auch die niederländische Regelung, dass der Arzt unter anderem zu der Überzeugung gelangt sein muss, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

Er muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben, der Patient muss unerträglich leiden und eine Heilung aussichtslos sein. Eine schwer an Demenz erkrankte Person kann ihre Situation nicht reiflich überlegen. Sie kann die nötige, freiwillige Willensäußerung nicht leisten.

2013, ein Jahr später, waren es fast 100 demente Menschen, die aktive Sterbehilfe erhielten. Auch erhalten immer mehr psychisch Kranke aktive Sterbehilfe. Man stelle sich Menschen in einer depressiven Phase vor.

Ich befürchte, dass sich in einem Land mit legaler aktiver Sterbehilfe schwerkranke Menschen, Pflegebedürftige oder auch Menschen mit beginnender Demenz unter Druck gesetzt fühlen, ihrem Leben ein Ende zu bereiten.

Ich befürchte, dass Umstände den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe beeinflussen, die niemand wollen kann: die Sorge, den Kindern oder dem Partner

zu sehr zur Last zu fallen, die Angst, die Kosten der Pflege nicht mehr tragen zu können oder dass sie eben von den Kindern getragen werden müssen.

Ich befürchte, dass dieser Druck empfunden wird, selbst wenn man eigentlich auch trotz und mit Leid und Krankheit durchaus noch leben möchte.

Ich will mir auch gar nicht ausmalen, welche Wirkung die Möglichkeit der legalen aktiven Sterbehilfe in Deutschland in den schwierigsten Jahren des demografischen Wandels haben kann. In den Jahren 2030 bis 2050 werden die geburtenstarken Jahrgänge hoch betagt sein, in großen Teilen vielleicht pflegebedürftig und krank, und es wird ihnen eine deutlich geringere Zahl an jungen Menschen im erwerbsfähigen Alter gegenüberstehen.

Ich will mir nicht ausmalen, welches Verführungspotenzial die aktive Sterbehilfe haben könnte.

Ich will auch nicht, dass das wichtige Vertrauensverhältnis zu den Ärzten beschädigt wird. Dies würde es für mich, wenn ich nicht sicher sein kann, dass mich meine Ärzte bedingungslos beim Leben unterstützen.

Ich will gute Begleitung beim Sterben mit allen Möglichkeiten, Schmerzen und Qualen zu lindern. Ich möchte auch in unserem Land eine ausreichende Versorgung mit ambulanter und stationärer Palliativ- und Hospizbetreuung und danke allen, die sich in der Begleitung Sterbender engagieren.

Abgeordneter Joachim Mertes, SPD

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Diese Debatte ist notwendig, weil wir Menschen, insbesondere meine Generation – kurz nach dem Zweiten Weltkrieg geboren; 65 Jahre alt –, eine furchtbare Angst vor dem Sterben haben, weil das unser Leben war.

Sterben war die Katastrophe, einen Menschen zu verlieren, mit dem man gelebt hatte, der einen geliebt hat, als Kind die Großmutter, die einen unterstützt hat, vielleicht einen Onkel, der aus dem Krieg zurückgekommen war. Es war immer schrecklich, so, wie dem Pfarrer bei der Beerdigung wie selbstverständlich der Satz von der Zunge kommt: „Mensch, du kommst auf die Erde, um von ihr zu gehen."

Ich habe in der Vorbereitung zu dieser Debatte alles Mögliche gelesen und bin am Ende an diesem Satz hängen geblieben und habe mich gefragt, ob er nicht zu grausam ist. Ich muss aber sagen, eigentlich habe ich mir da etwas vorgemacht. Ja, wir kommen auf die Erde, um von ihr zu gehen. Wenn man etwas religiös denkt, wird zwischen dem Kommen und dem Gehen eine lange Phase sein, in der auf der einen Seite die Eltern, die Verwandtschaft und die Gesellschaft, aber auch der liebe Gott, das Schicksal oder was auch immer, die große Energie – jeder kann sich sein eigenes Bild von seinem Gott machen – uns sagt, nutze deine Talente für das, was du machen willst und kannst und wofür Du gebraucht wirst.

Dann tun wir das. Das geht nicht bei jedem gleich gut, nicht jeder hat das gleiche Talent, das Glück, es zu nutzen.

Aber dann kommt eine Phase, in der man auf einmal feststellt, dass, wenn man politisch verlangt, Barrierefreiheit herzustellen für Menschen beim Bau von Sozialwohnungen, Sie dann nicht mehr allein die Frage in den Vordergrund stellen können, wie viel das kostet, nein, das ist der erste Schritt zur Anerkennung, dass der Mensch nicht immer jung ist, sondern auch älter wird und auch krank werden kann.

Ich bin vielleicht dann das männliche Gegenstück; denn ich bin Schirmherr des Hospizes der Diakonie in Simmern. Es sind wahrlich schwierige Anfangsbegegnungen, das kann ich Ihnen sagen. Natürlich habe ich den Tod in der Familie erlebt, das ist einfach so, wenn man eine große Verwandtschaft hat, aber wenn man einem Menschen sagen muss, es werden vielleicht die letzten 14 Tage, aber ich bin da, komme abends bei dir vorbei, wir reden über dein Leben, dann ist das das Anerkennen, du kommst auf die Erde, um von ihr zu gehen.

Meine Damen und Herren, wenn wir alles tun, habe ich mir überlegt, um einem Kind – man muss heute sagen, eigentlich bis zum 25. Lebensjahr – Hilfe zu geben, dass es im Leben geradeaus gehen, lernen und studieren kann, wofür wir Geld zur Verfügung stellen müssen: Wieso haben wir nicht die gleiche Auffassung dann, wenn wir gehen müssen, was die Qualität, die Anerkennung des Menschen angeht?

Das heißt, die Fragen, die hier gestellt worden sind, kann ich unterstützen. Wir brauchen Hospize überall, und zwar mehr. Wir haben jetzt für den Landkreis Rhein-Hunsrück – oft macht man das gern bezogen auf den Ort, wo man wohnt – acht Plätze, die schon ausgebucht sind.

Wo und wie soll denn die Familie von heute, zwei Kinder, sagen wir, sie haben studiert, sagen wir, sie haben geheiratet, der eine ist in Hamburg, der andere in Heidelberg, und die Familie wohnt in Belgweiler bei Simmern, ihrer kranken Mutter unter diesen Umständen beistehen können?

Wenn die Mutter dann aus dem Krankenhaus kommt, die Ambulanz sozusagen jeden Tag da war und es keine Hoffnung auf wirkliche Besserung gibt, dann brauchen wir Einrichtungen, weil das Leben nicht so spielt, wie wir uns das ausgerechnet haben.

Dann stelle ich mir immer noch vor – das kann man einfach tun, weil es in der Realität vorkommt –, diese zwei Kinder waren verheiratet, haben Stress gehabt und sind geschieden, die Kinder sind bei dem einen oder anderen Partner, was das dann bedeutet, eine solche Situation auf sich zu laden.

Das heißt, unsere Aufgabe ist gesellschaftspolitisch erstens, in der Gesellschaft zu sagen, ja, wir werden von dieser Erde gehen, wir werden das aber besser vorbereitet machen müssen, und zweitens, den Tod nicht zu dämonisieren. Wir müssen dafür sorgen, dass er verstanden wird als ein Teil des Lebens, so schwer das ist.

Abgeordneter Dr. Peter Enders, CDU

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich bin seit fast 32 Jahren Arzt, davon viele Jahre im Bereich der Notfall- und Intensivmedizin tätig gewesen. Deswegen ist mir das Thema besonders wichtig.

Der Umgang mit todkranken, mit sterbenskranken Menschen, mit sterbenden Menschen, aber auch ihren Angehörigen war viele Jahre Arbeitsalltag. Ich muss Ihnen sagen, das wird Gott sei Dank nie Routine. Der Bundestag hat in bemerkenswerter Form über das Thema Sterbehilfe diskutiert. Die Debatte wurde mit großer Sachlichkeit geführt wie auch bei uns heute Nachmittag, und sie wird auch in den nächsten Monaten weitergeführt werden.

Ich persönlich als Mensch stelle mit Erleichterung fest, dass im Bundestag offensichtlich eine breite Mehrheit jede organisierte Form von Sterbehilfe ablehnt. Nicht nur aus der Sicht der Bundesärztekammer – wir sind mit drei Ärzten im Parlament vertreten –, sondern auch aus christlicher Sicht ist meiner persönlichen Ansicht nach ein Verbot der organisierten Sterbehilfe geboten; denn die besondere Würde des Menschen leitet sich im christlichen Glauben aus der Gottebenbildlichkeit des Menschen ab; so sehen es zumindest Christinnen und Christen, und diese vom Grundgesetz besonders geschützte Würde ist unantastbar, auch im Sterbensprozess.

Der Erhalt der Menschenwürde und der Schutz des Lebens sind in der Demokratie Kernaufgaben. Wir alle, aber insbesondere wir Ärztinnen und Ärzte, müssen nicht die Voraussetzungen für einen schnellen Tod schaffen, sondern dafür sorgen, dass Menschen in Würde sterben können. Organisierte, sozusagen geschäftsmäßige Sterbehilfe muss der Rechtsstaat meiner Ansicht nach verbieten.

Aber – das muss man sagen – viele Menschen haben Angst, große Angst, unter Schmerzen und auch hilflos zu sterben. Deswegen ist der breite Konsens der Notwendigkeit des Ausbaus einer palliativmedizinischen Versorgung mit all ihren Strukturen eine wichtige Aufgabe auch in Rheinland-Pfalz. Wir haben im Rahmen der Besprechung unserer Großen Anfrage das Thema sehr intensiv diskutiert und werden es auch im nächsten Ausschuss fortsetzen.

Sterben in Würde, ein Lebensende ohne Schmerzen, die letzten Tage zu Hause im Kreise der Angehörigen zu verbringen – dies ist vielen nicht möglich; sie müssen ins Krankenhaus, weil zu Hause die Strukturen oftmals gar nicht vorhanden sind –, das ist und bleibt der Wunsch der meisten Menschen. Deswegen bin ich froh, dass der Koalitionsvertrag im Bund einen flächendeckenden Ausbau der Palliativmedizin und auch des Hospizwesens vorsieht.

Vor vier Jahren auf dem Bundesärztetag in Kiel haben die Ärzte – unsere gesamte Berufsgruppe, ihre Vertreter und Delegierten – ein generelles Verbot beschlossen, Hilfe zum Freitod zu leisten. Ob Ärzte bei einem Verstoß ihre Approbation verlieren, ist von Bundesland zu Bundesland anders geregelt. Meines Wissens gibt es in Rheinland-Pfalz keine entsprechende Regelung, aber es ist zukünftig wichtig, dass neben der Beseitigung der noch vorhandenen weißen Flecken – dabei ist gerade die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung unser aller Anliegen – auch die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärzte und auch der Studenten angeboten wird. Dabei müssen wir einen besonderen Fokus auf die Hausärzte und die Allgemeinärzte legen, die man dabei nicht im Regen stehen lassen darf; denn dies ist ein spezielles Segment, in dem man speziell weitergebildet werden muss.

Was heißt das konkret? – Dies umfasst nicht nur den Umgang mit dem sterbenden Menschen als solchem, sondern auch konkret zu werden, ihm durch geeignete Medikamente zu helfen. Diesbezüglich haben wir einen großen Fortbildungsbedarf. Es gibt viele Ärztinnen und Ärzte, die aufgrund mangelnder Erfahrung „Angst" haben, mit Medikamenten nach dem Betäubungsmittelgesetz umzugehen. Dort muss der Fokus ansetzen, in diesem Bereich mehr Fort- und Weiterbildung anzubieten. Wir haben es einmal Ende der 70er-Jahre erlebt, als ein Schmerzmittel plötzlich als Betäubungsmittel kategorisiert wurde, und von heute auf morgen gingen die Verschreibungen des Medikaments drastisch zurück.

Ich darf abschließend sagen, dass ich als evangelischer Christ ausdrücklich das aktuelle Papier des Zentralrates der Katholiken unterstütze, das zusammengefasst dargestellt werden kann mit den Worten: Ja zur palliativen Begleitung, aber Nein zur Sterbehilfe.

Abgeordnete Katharina Raue, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. – So bestimmt es Artikel 1 Absatz 1 unseres Grundgesetzes.

Die Bioethikkommission Rheinland-Pfalz hat sich mit Sterbehilfe und Sterbebegleitung befasst. Ihre erste These beschäftigt sich mit der Selbstbestimmung auch am Lebensende und stellt fest: Die Würde des Menschen umfasst auch die Entscheidung über das eigene Sterben und über lebenserhaltende Eingriffe. Sie schließt die fremdbestimmte Erhaltung oder Verlängerung des Lebens aus, so die Bioethikkommission.

Dieser Äußerung schließe ich mich an, meine Damen und Herren. Menschen, die sich bewusst für ein Ende ihres Lebens entscheiden, treffen damit einen Entschluss, den es zu respektieren gilt. Unsere Rechtsordnung entspricht dem, indem sie die Selbsttötung nicht unter Strafe stellt. Konsequenterweise ist auch nicht strafbar, wer Beihilfe zu einem Suizid leistet. Bei dieser Rechtslage soll es auch bleiben. Das gilt für Angehörige ebenso wie für die behandelnden Ärzte, und es muss auch für Vereine gelten. Es gibt keinen sachlichen Grund, hier zu differenzieren.

Die strafrechtliche Frage ist aber nur eine Facette in der Diskussion. Sie darf nicht davon ablenken, dass wir eigentlich eine Debatte über Werte führen: Auf der einen Seite steht die freie Entscheidung, die Menschenwürde und das Persönlichkeitsrecht der Einzelnen, und es besteht die Pflicht des Staates, Menschen in ihrem Leben zu schützen und zu begleiten.

Menschen in verzweifelten Lebenssituationen, Menschen in Kummer und Angst genauso wie in Krankheit oder mit unerträglichen Schmerzen brauchen zuallererst einmal unsere Unterstützung. Dabei betone ich ausdrücklich, es geht nicht nur um Menschen im Alter oder mit unheilbaren Leiden, es geht eben auch um junge Menschen, um Menschen in verzweifelten Lebenssituationen. Sie alle brauchen Beratungsangebote und auch eine gute ärztliche und pflegerische Betreuung. Die bessere personelle Ausstattung von Senioren- und Pflegeheimen ist dabei ein wichtiger Baustein, ebenso die wissenschaftliche Fundierung dieser Pflege.

Besondere Erwähnung verdient in diesem Zusammenhang die erste und bislang einzige Pflegewissenschaftliche Fakultät an der PTHV in Vallendar. Diese Forschung kann uns in Pflege und Begleitung der Menschen weiterbringen.

Die Palliativmedizin muss dringend ausgeweitet werden ebenso wie die Einrichtung von Hospizen. Wir müssen aber sicherstellen, dass Menschen sich nicht zu der Entscheidung gedrängt fühlen, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Menschen wollen möglichst niemandem zur Last fallen, auch nicht in ihrem letzten Lebensabschnitt. Wer sich überflüssig fühlt und als Belastung für andere empfindet, kann sich zu einer Entscheidung genötigt fühlen, die er eigentlich selbst gar nicht will. Unterstützung und Pflege dürfen solche Gedanken nicht aufkommen lassen. Wir müssen die Pflegeeinrichtungen deshalb so ausstatten, dass für jeden Einzelnen genug Zeit für Pflege, für Respekt und für freundliche Zuwendung bleibt.

Wenn aber trotz der besten Rahmenbedingungen die Entscheidung zum Sterben wächst, dann müssen die Betroffenen auch Beratung und Hilfe finden können. Deshalb muss die Beihilfe zum Selbstmord straffrei bleiben, und zwar nicht nur für Einzelpersonen, sondern auch für Vereine; aber wir müssen in diesem Bereich klare und enge Rahmenbedingungen setzen. Wirtschaftliche Zwecke können wir nicht tolerieren, auch keine Werbung. Aber nichtkommerzielle Beratung in engen gesetzlichen Grenzen und – ja, auch die Beihilfe zum Selbstmord – sollen erlaubt bleiben.

Jährlich suchen ungefähr 100 Menschen aus Deutschland die Schweiz auf, um dort sterben zu dürfen. Wer diesen schwerwiegenden Entschluss gefasst hat, wer dies selbstbestimmt und in vollem Bewusstsein der Tragweite seiner Entscheidung tut, meine Damen und Herren, der sollte nicht auch noch den Strapazen einer Reise in die Schweiz ausgesetzt werden, um dort in unvertrauter Umgebung zu sterben.

Wir müssen alles tun, um Menschen das Leben und das Leiden erträglich zu machen. Wenn sie sich aber dennoch für den Freitod entscheiden, muss das auch hier bei uns möglich sein. Der Staat ist verpflichtet, die Würde des Menschen zu achten. Dies umfasst Leben und auch Sterben in Würde. Deshalb müssen Beratungsangebote und Pflegebedingungen verbessert werden, Palliativmedizin und Hospizplätze ausgeweitet werden. Der Grundsatz der Menschenwürde bedeutet aber auch, dass ein selbstbestimmt und verantwortlich gefasster Entschluss zum Sterben ebenso Beachtung finden muss. Selbsttötung und die Beihilfe dazu sind in Deutschland nicht strafbar, und dabei sollte es bleiben.

Abgeordnete Kathrin Anklam-Trapp, SPD

Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren! Es ist gut und wichtig, dass wir heute die Diskussion und diese Debatte um das Sterben miteinander thematisieren. Lassen Sie mich an der Stelle festhalten: Sterben ist keine Krankheit und keine Diagnose. Sterben gehört zum Leben. Die Trauerarbeit und die Begleitung des Menschen, der stirbt, aber auch seiner Familie, gehören unmittelbar dazu.

Ich komme aus einem kleinen Dorf, ich bin Krankenschwester. Bevor ich 2006 in den Landtag gekommen bin, habe ich fast 20 Jahre lang als Krankenschwester gearbeitet und manches Sterben erleben dürfen und müssen, und zwar sowohl als auch.

In unseren Dörfern war es noch bis vor Kurzem wirklich Brauch, dem Menschen, der stirbt, einen Besuch abzustatten. Das ist Nächstenliebe, es ist Fürsorge, es ist die Wertschätzung, es ist ein letztes Gespräch. Und danach? Oftmals der Besuch im Trauerhaus. Auch das ist etwas, was heute vielleicht ehrenamtlich gemacht wird, aber was unbedingt dazugehört.

Es ist ein großes Glück, alt zu werden. Es ist ein Glück, das wir zu schätzen wissen. Wir wissen aber auch, dass mit 25 Prozent Krebserkrankungen oftmals ein wirkliches Leiden einhergeht. Davor haben die Menschen große Angst, eine natürliche Angst vor dem Sterben. Es ist die Angst, die die Menschen umtreibt, vor Schmerz, vor Siechtum. Und es ist die Angst, den anderen zur Last zu fallen, die Angst, nicht selbstbestimmt zu sein.

Meine Damen und Herren, die Hochleistungsmedizin hat unglaublich viel geleistet, um zum Beispiel Schmerzen zu mindern, zu reduzieren. Aber diese Hochleistungsmedizin ist heute auch in der Lage, dass man in Ruhe sterben kann.

Ich schließe mich der Fortführung unserer guten Strategie an, weiter Hospize, Palliativabteilungen und Netzwerke auszubauen. Unsere Pflegestützpunkte leisten eine gute und beratende Arbeit. Aber palliativ meine ich wirklich im Sinne von Fürsorge und Schützen vor Schmerz und Pein. Das Hospiz und das Ehrenamt ersetzen an vielen Stellen das, was früher die Familie und die dörfliche Gemeinschaft waren. Unser Ziel muss es sein, den Sterbenden nicht allein zu lassen. Das entscheidet oftmals das Wie des Sterbens. Für mich ist es eine soziale Kernaufgabe der Zukunft.

Meine Damen und Herren, fast alle Sterbenden bedauern am Lebensende, wie ich erlebt habe – das darf ich so aus meinen Eindrücken sagen –, nicht genug Zeit gehabt zu haben für Freunde, für Kinder, für das, was ihnen wirklich wichtig war. Kaum jemand findet Ruhe und Geborgenheit ohne die letzte seelische Zuwendung.

Neben allen medizinischen Möglichkeiten bin ich der Meinung, dass wir genau das unserer Elterngeneration und den Schwerstkranken jeden Alters wirklich schuldig sind.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, zur Letztverlässlichkeit dann, wenn es wirklich kein Zurück und keine Alternative mehr gibt, gehört es für mich auch unbedingt, den freien Willen des Sterbenden zu akzeptieren, um ihn dann in Würde gehen zu lassen.

Die meisten Menschen, die ich erlebt habe, halten, sobald sie schmerzfrei und umsorgt sind, am Leben die letzten Stunden und Tage – man weiß oft nicht, wie lange – fest, ein letztes Lachen, ein letzter Besuch eines lieben Menschen, vielleicht die Hand halten, das Auskosten bis zur letzten Stunde. Es gehört meiner Meinung nach unbedingt in die Hände der Ärzte, und zwar derer, die es wollen. Diese brauchen Rechtssicherheit.

Ich schließe mich an, ein Verbot jedweder gewerblicher vereinsmäßiger Sterbehilfe ist für mich unabdingbar. Meine Damen und Herren, ein Werbeverbot gehört absolut dazu.

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, lassen Sie es uns als gemeinsame Aufgabe einer humanen Gesellschaft erleben, der besondere Wert des älteren, des kranken, des behinderten Menschen, so würde ich es mir wünschen, Sterben als die letzte Begleitung, und dann loslassen.

Abgeordneter Dr. Axel Wilke, CDU

Herr Präsident, verehrte Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren!

7.000 Euro für den schnellen Tod. – Das war die Überschrift über einem Artikel in der „RHEINPFALZ" im Februar 2014. Im Weiteren stellt der Autor dar, wie der Verein Sterbehilfe Deutschland aus der Nähe von Hamburg seine Mitgliedschaften gestaltet.

Da gibt es vier Klassen. Eine Klasse wird M genannt für 50 Euro jährlich, für die man aber nur eine Beratung zum Thema Patientenverfügung erhält.

Dann gibt es eine Klasse V, 200 Euro jährlich, mit dem vollen Angebot inklusive Suizidbegleitung, aber eine Wartezeit dafür von drei Jahren. Dann gibt es eine Klasse L, 2.000 Euro einmalig, nur ein Jahr Wartezeit. Sozusagen gibt es dann als Premiumangebot 7.000 Euro einmalig, und dafür Sofortzugang zu allen Angeboten.

Sie, verehrte Damen und Herren, glauben, dass das nicht sein kann? Doch. Auf der Homepage des Vereins kann jeder das einsehen, wie ich gerade heute Morgen noch nachgeschaut habe.

Ich frage: Welches Menschenbild, welche Kaltschnäuzigkeit, welche Menschenverachtung stehen hinter einem solchen Mitgliedschafts- und Beitragsmodell?

Zu Recht sind wir, glaube ich, hoffentlich, hier im Landtag im allgemeinen Konsens, dass die Menschenwürde von Menschen in existenzieller Not mit Füßen getreten wird und gesetzgeberischer Handlungsbedarf nachhaltig gegeben ist.

Wir erinnern uns, dass Frau Leutheusser-Schnarrenberger in der letzten Wahlperiode des Bundestages schon einen Versuch unternommen hat, der aber daran gescheitert ist, dass er gerade den Umtrieben solcher Vereine wie dem Verein Sterbehilfe nicht ernsthaft das Handwerk legen konnte, weil nur gewinnorientiertes Handeln unter Strafe gestellt werden sollte.

Meines Erachtens zutreffend scheint sich jetzt ein weitergehender rechtlicher Ansatz durchzusetzen. Jede organisierte Sterbehilfe, ob gewinnorientiert oder nicht, soll strafrechtlich verfolgt werden können.

Ja, Beihilfe zur Selbsttötung ist straflos – das wurde schon mehrfach angesprochen –, und dabei soll es auch bleiben. Sterben nach Fahrplan und Betriebsanleitung ist aber qualitativ etwas völlig anderes. Es stellt sich gerade in unserem Land mit seinen vielfältigen Bürden aus der Geschichte außerhalb der Werteordnung. Dagegen strafrechtlich vorzugehen, setzt ein wichtiges Zeichen für das Leben.

Gibt es im Übrigen noch weitergehenden Regelungsbedarf? Das Recht, im Speziellen das Strafrecht, schweigt bereits jetzt nicht zum Thema. Es gibt Straftatbestände wie Tötung auf Verlangen, unterlassene Hilfeleistung, und, was mir manchmal in der Betrachtung zu kurz kommt, es gibt eine Rechtsprechung, die schon seit vielen Jahren bemüht ist, diese Vorschriften mit Augenmaß anzuwenden und Grenzfällen gerecht zu werden, und sei es bei der Strafzumessung.

Gesetzgeberisch über das oben Gesagte hinaus muss also nur tätig werden, wer entweder alle Schleusen öffnen und aktive Sterbehilfe umfassend oder weitgehend legalisieren will, oder wer es verbieten will, wer jegliche Unterstützung in einer Grenzsituation, in der der autonome Mensch entscheidet, ich will aus dem Leben scheiden, verweigern will. Beides will ich nicht.

Die Argumente dafür haben verschiedene Vorrednerinnen und Vorredner genannt. Dem schließe ich mich an.

Aber könnte nicht die Grenze zwischen Strafwürdigkeit und Strafbarkeit präziser gefasst werden? Diese Frage höre ich oft. Ich bin skeptisch. Ich

vertraue, wie ich schon sagte, auf die Rechtsprechung, und ich vertraue auf das ärztliche Berufsrecht, von dem ich allerdings auch erwarte, dass es Raum lässt für die verantwortete Sterbebegleitung. Beim Strafrecht scheint mir, so mein Fazit, abgesehen von der organisierten Sterbehilfe weniger mehr zu sein.

Ganz anders sehe ich den Bedarf beim Ausbau palliativer medizinischer Betreuung. Hierzu haben Vorrednerinnen und Vorredner, die dazu noch besser sprechen können, schon Ausführungen gemacht. Auch denen schließe ich mich an.

Abgeordnete
Anke Beilstein, CDU

Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Vor einer Woche haben wir einen sehr intensiven Austausch in der CDU-Fraktion gehabt, bei dem sowohl Experten aus der Kirche als auch aus der Palliativmedizin zu Wort kamen. Dabei ist mir ein Beitrag von Professor Weber von der Universität Mainz nicht mehr aus dem Kopf gegangen. Er hat aus einem Buch eine Situation aus Holland geschildert, bei der ein Sterbender von einem Besucher die Worte hörte, naja, es ist deine Wahl, so weiterzuleben, dann darfst du aber auch nicht klagen. Ihm wurde also signalisiert, leiden ist eigentlich nicht notwendig, eigentlich auch nicht erwünscht, und wenn, dann mach es mit dir selbst aus, aber belaste mich nicht damit.

Auf dem Heimweg von dieser Fraktionssitzung in der vergangenen Woche sind mir diese Worte nachgegangen. Im Radio kam dann eine andere Nachricht, nämlich die, dass sich die Anzahl der jährlichen Abtreibungen in Deutschland jetzt auf knapp 100.000 beläuft.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich werde jetzt sicherlich keine Debatte um die Abtreibung eröffnen. Hier geht es um einen anderen Punkt, nämlich um die Verdeutlichung, dass wir als Parlamentarier durch die Möglichkeit der Rechtsetzung in einer besonderen Verantwortung für die gesellschaftlichen Folgen aus einer Rechtsetzung stehen.

§ 218, der die straffreie Abtreibung bis zur zwölften Schwangerschaftswoche ermöglicht, macht uns die Realität deutlich. Wenn etwas legalisiert wird, dann wird auch davon Gebrauch gemacht. Ja, dann werden Schleusen geöffnet, dann wird Druck erzeugt, zum Beispiel auf werdende Eltern, die ein krankes Kind erwarten, oder auf junge Frauen in Konfliktsituationen; denn es gibt einen anderen legalen Weg. Ich bin davon überzeugt, genauso würde es auch sein, wenn wir aktive Sterbehilfe ermöglichen.

Ich komme zu einem weiteren Punkt, einem Gedanken, der mir an dieser Stelle deutlich wurde und den vielleicht der eine oder andere in dem Raum für sich bewegt. Es ist doch wohl ein Unterschied, ob wir über Abtreibung, über Leben reden, das noch alles vor sich hat, oder vielleicht über alte und kranke Menschen, deren Ende unmittelbar bevorsteht. Genau dieser Gedanke zeigt aber auch, wie schnell wir Gefahr laufen, in eine Falle zu tappen, hier zu unterscheiden zwischen Leben, das es wert ist, das wertvoll ist, und Leben, das scheinbar weniger wertvoll ist, weil es ohnehin bald zu Ende geht. Das bedeutet, wir beginnen an diesem Punkt, Leben zur Disposition zu stellen, einzusortieren.

Ich bin der festen Überzeugung, um wie viel schneller als bei dem Thema der Abtreibung würde das weiterentwickelt werden bei dem Thema der aktiven Sterbehilfe, wo es um Menschen geht, deren Leben zu Ende geht.

Wir als Parlamentarier sind hier in einer besonderen Verantwortung, und als Christ, denke ich, erst recht. Wir sind nicht nur Privatmenschen mit einer persönlichen Meinung zu einem Thema, sondern auch diejenigen, die Gesetze machen und damit Leitplanken für unsere Gesellschaft setzen. Das, was wir heute freigeben, wird in der Zukunft möglicherweise ohne größere Reflektion, da üblich und legal, ausgeübt werden.

Auch wenn wir heute im Landtag nicht abschließend darüber entscheiden, so gestalten wir mit dieser Orientierungsdebatte den Entscheidungsprozess mit. Wir reden so oft über Willkommenskulturen. Ich sage ganz deutlich, ich möchte keine Willkommenskultur eines einfachen und schnellen Sterbens; denn das würde Schleusen öffnen. Ich möchte keine Willkommenskultur für aktive Sterbehilfen, sondern ich möchte eine Willkommenskultur für das Leben. Dazu gehört eine Kultur einer umfassend ärztlichen und menschlichen Begleitung in dieser Endphase. Ich denke, hier liegt unsere Verpflichtung auch als Parlamentarier.

Professor Dr. Gerhard Robbers,
Minister der Justiz und für Verbraucherschutz

Herr Präsident, verehrte Damen und Herren Abgeordnete! In Würde sterben – viele haben Angst vor Schmerzen, vor dem Verlust der Selbstständigkeit, vor dem Verlust ihres Könnens. Da ist es wichtig, sich zu erinnern, was Würde des Menschen heißt.

Unser Grundgesetz sagt, „Die Würde des Menschen ist unantastbar." Das heißt, der Anspruch auf die Würde darf nicht angetastet werden. Aber es meint noch mehr, nicht nur normativ darf nicht angetastet werden. Die Würde des Menschen ist unantastbar, das ist auch eine Aussage über die Wirklichkeit des Menschen. Die Würde ist unantastbar. Sie kann nicht verloren gehen, auch nicht durch Verlust von Selbstständigkeit, auch nicht durch Verlust von Schönheit. Schmerzen kann man heute ohnehin in aller Regel ausschließen. Die Medizin kann heute sehr viel tun.

Die Würde des Menschen besteht vor all seinen Fähigkeiten, vor seinen Verdiensten und ist unabhängig von seinem Versagen und seiner Schuld. Das Leben hat auch Sinn, wenn man nicht mehr arbeiten kann, wenn man nicht mehr in herkömmlicher Weise rational denken und rational handeln kann. Noch stärker als bisher sollten wir deshalb helfen, jedem Betroffenen solchen Sinn zu zeigen, Einsamkeit zu nehmen, durch Gespräch, Seelsorge und Zuwendung.

Wer nicht mehr leben will, braucht eher Hilfe zum Leben, einen neuen Sinn zu finden, und wenn es dann Zeit ist, gute Begleitung. Das wird nicht immer gelingen, aber das ist das Ziel.

Kein Mensch soll Sorge haben müssen, anderen zur Last zu fallen. Wir müssen heute wieder lernen, Geschenke anzunehmen, uns pflegen zu lassen.

Es ist auch ein Geschenk, anderen Zuwendung geben zu dürfen. Wir wissen aber auch, wie groß das Engagement in den Pflegeheimen, Hospizen und Familien ist. Dafür können wir, die ganze Gesellschaft, all denen, die dort arbeiten und tätig sind, von Herzen dankbar sein.

Selbstbestimmung gilt auch im Sterben. Lassen Sie uns aber nicht die Selbstbestimmung gegen die Fürsorge durch andere ausspielen. Wir brauchen beides. Auch Selbstbestimmung geschieht immer in äußeren Bedingungen. Fürsorge muss immer darauf gerichtet sein, möglichst viel Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Das Recht kann viel bewirken. Das Recht kann Sicherheit vermitteln. Das Recht kann Halt geben. Das Recht kann Werte stützen. Aber man soll auch nicht zu viel Hoffnung in das staatliche Recht setzen.

Nicht jede Rechtsänderung bringt mehr Rechtssicherheit. Das Recht, wie es ist, ist klar und deutlich. Es ist wohl eher ein Unbehagen wegen mancher Möglichkeiten organisierter geschäftsmäßiger Sterbehilfe. Das ist eine Grauzone in der eigenen Bewertung und nicht wirklich eine Grauzone im Recht.

Es geht in der gegenwärtigen Diskussion um die Frage, wie man mit Vereinen umgeht, die Hilfe zur Selbsttötung anbieten. Sind da neue Regeln wirklich hilfreich, wenn wir bestimmte Voraussetzungen formulieren, in denen eine Tötung erlaubt oder in denen sie nicht erlaubt wäre, oder auch nur ein geschäftsmäßige Unterstützung zur Selbsttötung? Es bliebe immer schwierig zu sagen, warum der nächste Schritt nicht getan werden sollte.

Warum nur bei Krankheit frühzeitig den Tod herbeiführen? Warum dann nicht auch aus anderen Gründen?

Es ist schon viel mit Hospizen, mit Pflege erreicht worden. Gesetze können das persönliche Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient stützen. Die menschliche Verantwortung des Arztes gerade in Extremsituationen kann und darf ihm aber das Recht nicht abnehmen. Das Recht kann Menschlichkeit befördern, aber es kann Menschlichkeit nicht ersetzen.

Es sind die Menschen in der Pflege, in der Medizin, in den Krankenhäusern, in den Hospizen, in Kirchen und Religionsgemeinschaften, in den Familien, die diese Menschlichkeit leben. Sie gilt es, weiter zu unterstützen.

Abgeordnete Barbara Schleicher-Rothmund, SPD

Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Es ist ausgesprochen begrüßenswert, dass wir heute diese Orientierungsdebatte zum Thema Sterbebegleitung und Sterbehilfe führen. Es ist gut, dass wir das sehr besonnen und differenziert machen.

Auch wenn wir nicht die zuständigen Gesetzgeber sind, halte ich es für erforderlich, dass wir versuchen, uns bei einer solch wesentlichen Fragestellung

des menschlichen Lebens eine Meinung zu bilden. Ich sage bewusst versuchen, weil das wirklich nicht einfach ist.

Wie ein roter Faden zieht sich in der Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe die Verknüpfung der Begriffe Würde und Autonomie durch die Positionierung. Wir wollen nicht unwürdig sterben. Dabei ist für viele die Würde angegriffen, wenn sie nicht mehr Herr ihrer selbst sind, sich mit Schmerzen quälen müssen und der nahe Tod ohnehin feststeht. Der Wunsch, auch in der letzten Phase des Lebens noch über ein gewisses Maß an Selbstbestimmung zu verfügen, ist groß.

Für die Evangelische Kirche Deutschlands hängen die Würde und der Sinn unseres Lebens nicht von der Unversehrtheit körperlicher und geistiger Fähigkeiten ab. Das ist eine Position, die ich teile. Für die Deutsche Bischofskonferenz ist die Verfügung über die Existenz als solche dem Menschen entzogen. Die Verabsolutierung der Autonomie stehe zudem in der Gefahr, die fürsorgliche Begleitung Sterbender und den Schutz der Würde der Schwächsten zu vernachlässigen.

Sowohl Vertreter der katholischen als auch der evangelischen Kirche lehnen eine Neuregelung bei der Sterbehilfe ab. Es wird auch die Gefahr gesehen – das ist schon angesprochen worden –, dass mit dem Recht auf Sterbehilfe der Druck auf Inanspruchnahme dieses Rechts zunimmt. Es bestünde die Gefahr, dass man die Besonderheit einer Ausnahmesituation schnell aus dem Blick verliere, so Kirchenpräsident Jung.

Demgegenüber steht die Position der Bundestagsabgeordneten Hintze, Reimann, Lauterbach, Wöhrl und Lischka, die Folgendes ausführen: „Wir halten es für ein Gebot der Menschenwürde, leidenden Menschen an ihrem Lebensende zu helfen. Daher wollen wir das Selbstbestimmungsrecht der Patienten stärken und es ihnen ermöglichen, den Wunsch nach einer ärztlichen Hilfe bei der selbst vollzogenen Lebensbeendigung in Fällen irreversibel zum Tode führender Erkrankungen und schweren Leidens zu äußern."

Die assistierte Selbsttötung scheint für einige die Lösung zu sein. Die Bundestagsabgeordneten Kerstin Griese und Dr. Eva Högl definieren den assistierten Suizid als Hilfe zur Selbsttötung durch das Bereitstellen eines Gifts, das der Suizident bzw. die Suizidentin selbst zu sich nimmt. Suizid ist nicht verboten. Dementsprechend ist Beihilfe zum Suizid nicht strafbar.

Wir alle haben unsere persönlichen Erfahrungen gemacht, die uns in dieser Debatte wesentlich leiten. Ich für meinen Teil habe neben den familiären Erfahrungen auch berufliche gemacht. Zwölf Jahre Tätigkeit im Reha-Bereich bringen einen mit Menschen zusammen, die an schweren, unheilbaren Erkrankungen leiden. Mit der Diagnose beginnen die Menschen zu begreifen, was auf sie zukommt, und der Entscheidungsprozess, was sie zulassen wollen, beginnt ebenfalls.

Unsere Gesellschaft steht in der Verpflichtung, zum einen diesen Menschen den medizinischen Fortschritt zuteilwerden zu lassen, zum anderen aber auch, diesen Fortschritt nicht über alles zu setzen und zum ausschließlichen Orientierungspunkt unseres Handels werden zu lassen.

Inwieweit die assistierte Selbsttötung hier tatsächlich die Lösung sein kann, vermag ich heute nicht abschließend zu beurteilen. Ich habe es so verstanden, dass beim assistierten Suizid die Tatherrschaft beim Patienten liegt. Wie soll sich das aber konkret bei Erkrankungen, wie zum Beispiel ALS oder Krebs im Endstadium, gestalten? Wie wird bei einer bewegungsunfähigen Person, die gegebenenfalls nicht mehr sprechen kann, der Wille erkennbar? Oder werden der Zeitpunkt und die Umstände der Sterbehilfe Monate vorher definiert? – Klar ist, dass diese Patienten nicht mehr selbst den Becher zum Mund führen können. Tätig werden müssen dann andere. Erfüllen die dann die Voraussetzungen des assistierten Suizids und gehen straffrei aus?

Inwieweit ist eine gesetzliche Beschränkung auf Krankheitsbilder überhaupt haltbar? Was ist, wenn Menschen mit anderen Erkrankungen den assistierten Suizid einfordern? – Mir persönlich ist der Fall eines Paraplegikers bekannt, eines Rollstuhlfahrers, der versucht hat, sich das Leben zu nehmen. Er hat es überlebt und war danach noch schwerer verletzt.

Ich verspreche mir von dieser Debatte und ihrer parlamentarischen Fortführung die Beantwortung vieler Fragen und wirklich eine Orientierungshilfe, um mir meine Meinung bilden zu können und um natürlich die Position der anderen besser verstehen zu können.

Abgeordneter Dr. Fred Konrad, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Als Nichtjurist fällt es mir schwer nachzuvollziehen, wieso ein assistierter Suizid überhaupt für Situationen angenommen werden kann, in denen Menschen

unter Druck stehen, in denen sie Schmerzen haben, in denen sie eventuell für andere Dinge gar nicht mehr einwilligungsfähig wären, und wieso wir gerade bei Menschen, die unter Behinderungen, Erkrankungen und Schmerzen leiden, annehmen, dass das ein Weg sein könnte, ihr Leiden nicht künstlich zu verlängern bzw. ihr Leiden zu beenden. Meine Frage lautet also: Gibt es eine bewusste, verantwortliche und beeinflusste Entscheidung, also eine freie Willensentscheidung, in dieser Situation? Wären damit überhaupt die Voraussetzungen für das erfüllt, was wir als assistierten Suizid bezeichnen?

Es gibt kein unwürdiges menschliches Leben. Die Schwere einer Krankheit oder Behinderung kann schon gar nicht über die Würde menschlichen Lebens entscheiden. Da sind wir uns einig.

Wer infrage stellt, ob in diesem Sinne menschliches Leben immer und ohne Ausnahme Träger der Menschenwürde ist, stellt damit das Subjekt, also die Trägerin der fundamentalen Grundrechte und damit unsere Rechtsordnung, unsere ethische Ordnung, von Grund auf infrage. Menschenrechte sind unveräußerlich. Also können sie keiner Person durch keine denkbare Eigenschaft entzogen oder auch nur eingeschränkt werden.

Dies steht nicht im Widerspruch zur Regelung einer Vorsorgevollmacht. Dies ist unabhängig davon, ob jemand die Welt als gottgeschaffen und damit uns als gottgeschaffen oder aus sich selbst entstanden ansieht.

Die geistesgeschichtliche Annahme, Selbstbestimmung umfasse auch die Freiheit, den Zeitpunkt des eigenen Todes zu bestimmen, geht von einem Menschenbild aus, in dem jeder Mensch fähig und in der Lage ist, durch Vernunft zu erkennen und zu entscheiden. Davon sind aber viele Menschen weit entfernt. Das ist ein Menschenbild, das wir heute nicht mehr teilen. Wir teilen nicht mehr das Menschenbild, dass Vernunft und eigene Entscheidungsautonomie den Menschen zum Menschen machen. Das liegt Jahrhunderte hinter uns.

Krankheit, Behinderung oder Störung sind in dem Menschenbild, das wir heute haben, das auf die freie Willensentscheidung, auf die Vernunft jedes Menschen abzielt, nicht unterzubringen. Assistierter Suizid setzt aber voraus, dass der Mensch, der sich zur Selbsttötung entschließt und dafür die Unterstützung Dritter in Anspruch nehmen will, in keiner Weise in seiner freien Willensbildung eingeschränkt ist. In allen anderen Fällen wäre das nämlich Tötung auf Verlangen, wenn nicht gar Tötung gegen den anzunehmenden Willen der entsprechenden Person.

Die Trägerin oder der Träger der freien Willensentscheidung darf also in keiner Weise einer Beeinträchtigung oder Beeinflussung unterliegen, also weder minderjährig sein noch unter einer Depression oder unter einer depressiven Episode aufgrund gesundheitlicher oder sozialer Situation leiden. Die freie Willensentscheidung setzt zudem voraus, dass jegliche Wirkung psychoaktiver Substanzen oder Medikamente im Moment der Entscheidung ausgeschlossen ist.

Jetzt stellen wir uns vor, welche Menschen dann eigentlich noch übrig bleiben und für welche Situationen eine Regelung angestrebt wird. Wie soll so etwas rechtssicher feststellbar sein? Jedenfalls schließt dies doch aus, dass Personen oder Organisationen sogenannte Hilfe zur Selbsttötung anbieten oder durchführen, die nicht auf die entsprechenden Strukturen und Kompetenzen verweisen können. Es sind nicht nur Ärzte, die die entsprechenden Kompetenzen haben, sondern das gilt auch für Recht, Soziales, Pflege, Medizin, Psychologie, Soziologie und natürlich auch die ganz normale Mitmenschlichkeit.

Die freie Willensentscheidung setzt damit auch voraus, dass sie nicht unter dem Eindruck ungenügender Teilhabeerwartungen, also unter dem Eindruck entsteht, dass die Gesellschaft diese Menschen nicht mehr an- und aufnimmt.

Frau Raue hat gesagt, die Menschen dürfen nicht bedrängt werden. Die Situation darf diese Menschen nicht nötigen. Das hat sie auch gesagt. Diese Situation der Nötigung muss ausgeschlossen sein. Das können aber weder Laien noch irgendwelche Vereine leisten und so rechtssicher ausschließen, dass wir dem als Gesetzgeber folgen sollten.

Ich warte die Anhörung in diesem Hohen Hause ab, ob dafür eine Gesetzesänderung erforderlich ist. Ich möchte Ihnen diese Gedanken mitgeben. Die Abhängigkeit von Unterstützung und Pflege muss als Phase verstanden werden. Das darf nicht ein Punkt ohne Wiederkehr sein. Menschen, die von Hilfe, Unterstützung und Pflege abhängig sind, können in aller Regel eine größere Teilhabe erreichen, indem man sie annimmt, ihre Einsamkeit verhindert, entsprechend behandelt und ihre Aktivitäten fördert.

Wie Herr Mertes gesagt hat, müssen hierfür Pflegende und die Familie entlastet werden. Nach der Argumentation, die ich versucht habe, Ihnen in meiner laienhaften Weise nahezubringen, ist es nicht schlüssig, dass assistierter Selbstmord in den vielen Fällen, in denen er so genannt wird, tatsächlich existiert, sondern hier müssten andere juristische Begriffe einschlägig sein.

Abgeordnete
Dr. Susanne Ganster, CDU

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren! Jeder, der sich heute bei unserer Orientierungsdebatte zu Fragen der Sterbehilfe zu Wort meldet, hat seine eigene Perspektive, die von jeweils unterschiedlichen Berührungspunkten zum Thema Tod und Sterben geprägt ist. Auch ich hatte solche Berührungspunkte im Familienkreis, aber auch im Rahmen meiner wissenschaftlichen Beschäftigung während meines Theologiestudiums und vor allem auch während meiner Zeit im Hospiz, die ich im Laufe meines Studiums dort verbracht habe.

Dieser Zeit im Hospiz verdanke ich es, dass ich mich intensiv mit den verschiedenen Facetten von Sterbehilfe beschäftigt habe und ich viele Menschen in ihren letzten Wochen, Tagen oder auch nur Stunden begleiten durfte. Ich habe gelernt, dass nicht nur der Tod viele Gesichter hat, sondern das Sterben selbst.

Ich habe aus nächster Nähe erfahren können, was es heißt, Sterbephasen zu durchleben, und was es heißt, wenn jemand nicht mehr kann und auch nicht mehr will. Ich habe erlebt, was es auch für die Familie bedeutet, diesen sehr schwierigen Weg des Sterbens mitgehen zu müssen. Ich konnte durch diese Innenperspektive im Hospiz aber auch hautnah erleben, was durch gut ausgebildete Mediziner, Pfleger und Personen der Palliativmedizin möglich ist und wie durch die richtige Gabe von Medikamenten Schmerzen und auch Unruhe des Sterbenden möglichst ausgeblendet werden können.

In unserer Fraktion bin ich für Kirchen und Religionsgemeinschaften zuständig. Deshalb beschäftige ich mich auch immer wieder mit deren Positionen zum Thema Sterbebegleitung und Sterbehilfe. Bei dieser Frage herrscht bisher unter den Kirchen und großen Religionsgemeinschaften eine ganz klare und übereinstimmende Auffassung. Christentum, Judentum und der Islam lehnen eine aktive Sterbehilfe und einen assistierten Suizid gemeinsam entschieden ab.

Das Leben sei ein Geschenk Gottes, über dessen Ende nicht der Mensch zu entscheiden habe, auch wenn im Alter Krankheit und Leid drohten. Dieses Zitat aus dem Deutschlandfunk stammt nicht etwa vom Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche, einem Bischof oder gar dem Papst. Nein, es stammt von dem muslimischen Arzt Zouhair Al-Halabi. Al-Halabi hat für den Zentralrat der Muslime eine Stellungnahme zum Thema Sterbehilfe verfasst und ist selbst seit über 20 Jahren niedergelassener Arzt mit Schwerpunkt Onkologie und Palliativmedizin.

Das Leben ist ein Geschenk Gottes. Mit diesem Geschenk des Lebens ist auch jedem Einzelnen von uns eine Würde geschenkt. Diese Würde des Menschen besteht von Beginn an bis zum letzten Atemzug. So besagt es auch unsere christliche Ethik. Diese Würde des Menschen – wir haben es heute schon mehrfach gehört – ist unantastbar und so auch in unserem Grundgesetz niedergelegt. Sie gilt uneingeschränkt für alle Menschen, egal,

- welche Religion, Herkunft und Hautfarbe sie haben,
- ob es sich um einen Mann oder eine Frau handelt,
- ob dieser Mensch ein Säugling ist, der sich noch nicht artikulieren kann,
- ob es ein Mensch mit Behinderung ist, der vielleicht sein Leben lang auf Pflege und Hilfe angewiesen ist, und
- ob es ein sterbenskranker Mensch ist.

Die Menschenwürde kommt ausnahmslos allen zu. Nun ist der Mensch theologisch gesehen von Gott aber nicht nur mit der Würde, sondern auch mit der Freiheit ausgestattet. Diese Freiheit stellt gerade in unserer aufgeklärten Gesellschaft immer wieder einen besonders hohen Wert dar. Gilt diese Freiheit nun aber uneingeschränkt auch dann noch, wenn es um das Ende meines Lebens geht? Hier sind wir wieder bei dem Grundkonsens der großen Religionen. Nein, so wie der Beginn des Lebens ist auch das Ende des Lebens den Menschen nicht verfügbar.

Nun muss ich aber wieder auf den Anfang meiner Rede und auf die Erfahrungen, die ich selbst im Hospiz gemacht habe, zurückkommen, in dem ein Bewohner den Wunsch hatte, dass sein Leben beendet wird. Er hatte nicht wie viele andere ein langes Krebsleiden oder große Schmerzen hinter sich. Er wollte aus seinem Verständnis von der Würde und der Freiheit des Menschen heraus den Zeitpunkt seines Todes selbst bestimmen.

Es steht niemandem zu, über solch eine Gewissensentscheidung eines Menschen zu urteilen. Das besagt auch mein christlicher Glaube. Letztentscheidend ist immer das Gewissen der jeweiligen Person. Aus den verschiedenen philosophischen und ethischen Strömungen wissen wir aber auch, dass das Gewissen nicht einfach aus dem Nichts in uns entsteht und im Menschen verankert ist, sondern dass es gebildet wird. In diesem Sinn bin ich sehr froh, dass wir heute diese Orientierungsdebatte haben, die auch das eigene Gewissen vielleicht ein Stück weiterbilden kann.

Abgeordneter
Jochen Hartloff, SPD

Herr Präsident, meine Damen und Herren! In Deutschland ist das aus guten Gründen eine schwierige Debatte, weil wir durch die Verbrechen der Euthanasie, die im Dritten Reich geschehen sind, geprägt sind. Diese sind in den 50er-Jahren erst einmal verdrängt worden. Ernst Klee hat Verdienste bei der Aufarbeitung der Euthanasie-Verbrechen erworben.

Hier im Land ist in Scheuren, Klingenmünster und an anderen Orten eine spät notwendige Arbeit gemacht worden. Deshalb ist es ein Tabu in Deutschland. Dieses Tabu ist im Laufe der Jahre abgeschwächt. Deshalb ist es gut, dass wir so, wie wir es machen, in der Debatte darüber diskutieren. Wir diskutieren über gesellschaftliche Missstände. Joachim Mertes hat gesagt: Das Leben ist vom Tode bestimmt. – Das ist unser Werdegang.

Es geht darum, wie die Gesellschaft auseinanderdriftet, wie Vereinsamung da ist und wie die gesellschaftlichen Zwänge sind. Die Frau Ministerpräsidentin hat vorhin hervorgehoben, was wir in der Pflege schon erreicht haben und was sich in der Schmerztherapie verbessert hat. Deutschland liegt im internationalen Vergleich immer noch nicht on the top.

Herr Dr. Enders hat darauf hingewiesen, welche Fortschritte die Palliativmedizin macht. Da sind wir nicht so gut aufgestellt. Wir brauchen Verbesserungen. Die Welt wird auch nicht heil werden. Es wird Grenzfälle geben – das hatten fast alle Rednerinnen und Redner in ihren Debattenbeiträgen dabei –, bei denen es aus meiner Sicht aus der Würde des Menschen heraus vielleicht für Einzelne die Möglichkeit geben sollte, dass ihnen geholfen wird.

Herr Dr. Konrad, bei allem Wissen darum, wie sehr wir Einflüssen unterliegen: Was ist freier Wille, ganz unabhängig von der Frage der Krankheit?

Ich glaube aber, wir können auch nicht umgekehrt hingehen und sagen: Jemand, der – in welcher Lebenssituation auch immer – den Freitod wählt, macht das, weil er im Moment depressiv ist, weil er eigentlich davon geheilt werden kann. In vielen Fällen ist das so, in den meisten wahrscheinlich.

Es wird aber die Grenzfälle geben, in denen jemand das nicht selbst kann, in denen es auch keine Menschen gibt, die ihm helfen, und – das wurde auch von verschiedenen Rednerinnen und Redner angesprochen – in denen sich Ärzte in einer Grauzone bewegen, wenn sie denn helfen, manchmal – das ist erlaubt –, wenn einfach unterstützende medizinische Maßnahmen abgestellt werden, nicht mehr fortgeführt werden. Sie wissen, wie im medizinischen Fortschritt heute lebenserhaltend gearbeitet werden kann, wie es manchmal vielleicht auch unverantwortlich gemacht wird, aus ganz anderen Interessen. Ich glaube, das gehört zur Wahrheit auch dazu.

Wie kann ich es dann beenden? Wie kann ich denjenigen, die assistieren – und das sollten Menschen sein, die ihr Metier verstehen, Ärzte –, helfen, dass sie nicht leichtfertig werden, aber ein Stückchen mehr Rechtssicherheit haben, nicht mehr, nicht weniger?

Ich glaube, das ist Kern der rechtlichen Debatte, neben dem Punkt – da bin ich mit denjenigen, die das gesagt haben, einer Meinung –, Werbung, wenn es rechtssicher geht, zu verbieten. Wir hatten vor einigen Jahren einen entsprechenden Bundesratsantrag gemacht, der dann keine Mehrheiten gefunden hat. Es steht für mich außer Frage, so etwas zu tun.

Für diese Grenzsituation kann ich mir aber vorstellen, dass man dort rechtlich die Möglichkeiten erweitert, dies bei allem Verständnis für das, was Hedi Thelen und andere gesagt haben, dass natürlich dann, wenn man Regelungen verändert, auch die Gefahr von gesellschaftlichem Druck entsteht, dass bei dem, was jetzt schon da ist – ich möchte denen nicht zur Last fallen, ich möchte schauen, dass ich niemand anderen dort habe – und wo wir eine andere Kultur fordern, es trotzdem aber geschehen kann, dass dann, wenn ich irgendwo etwas verändere, von dieser Veränderung mehr Gebrauch gemacht wird.

Machen wir uns aber nichts vor. Darin habe ich durchaus auch Erfahrung als jemand, der praktisch im Leben steht und nicht die philosophischen Fragen bespricht. Es gibt die Grauzonen, und sie werden heute schon genutzt. Die Frage ist, ob man sie wirklich aus dem Grauen herausholen kann, ob das

überhaupt geht oder ob das nicht geht, ob wir mit unserem Latein, was die rechtlichen Rahmenbedingungen anbelangt, am Ende sind.

Bei dem, wie man Menschen helfen kann, sind wir nicht am Ende. Dort haben wir eine Menge Aufgaben, die die vorherigen Rednerinnen und Redner genannt haben. Denen sollten wir uns vorrangig stellen, keine Frage, aber wir sollten auch dem anderen nicht ausweichen.

Abgeordneter Heiko Sippel, SPD

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Ich will mit einem Zitat beginnen, ein Zitat von Bischof Wolfgang Huber, dem früheren Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland. Ich zitiere: „Wir alle sollten Sterbenden so beistehen, dass der Wunsch, getötet zu werden oder sich selbst zu töten, gar nicht erst aufkommt."

Meine Damen und Herren, Sterben ist eine essenzielle Frage unseres Lebens. Es ist gut, dass wir darüber eine offene Debatte führen. Das Thema wurde allzu lange tabuisiert.

Dies vorweg: Ich halte den Rechtsrahmen in unserem Land für ausreichend. Wir haben im Strafgesetzbuch eine Strafrechtsnorm in § 216, der das Töten auf Verlangen unter Strafe stellt. Schutzzweck des § 216 ist einerseits der umfassende Lebensschutz, andererseits aber auch die Verhinderung der Sterbehilfe, soweit der Suizident die Tatherrschaft nicht mehr hat, also den letzten todbringenden Schritt nicht mehr selbst ausübt, auch aktive Sterbehilfe genannt.

Es ist weitgehend unstrittig, dass diese Strafrechtsnorm sinnhaft und notwendig ist. Darüber gibt es breiten Konsens in unserer Gesellschaft.

Es ist auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Rechtsprechung die gesetzlichen Grundlagen weiter ausgeprägt hat. Sie hat in wesentlichen Urteilen zum Thema passive und indirekte Sterbehilfe den Rechtsrahmen gesetzt und das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten gestärkt.

Wegweisend dazu war das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, bekannter als Patientenverfügungsgesetz, aus dem Jahre 2009. In mehreren Urteilen hat der Bundesgerichtshof danach klargestellt, dass der verfügte oder der gesicherte mutmaßliche Wille der Patientinnen und Patienten, auf lebensverlängernde oder lebenserhaltende Maßnahmen verzichten zu wollen, zu achten sei.

Für die passive und indirekte Sterbehilfe gilt in unserem Land Straffreiheit.

Die Achtung der Selbstbestimmung äußert sich auch darin, dass der Suizid bzw. der Suizidversuch straffrei bleibt. Etwas anderes gilt allerdings für das Standesrecht, das in den Bundesländern unterschiedlich ausgeprägt ist und es den Ärztinnen und Ärzten zumindest in einigen Bundesländern dieses Landes verbietet, Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Deshalb glaube ich, dass in dieser Diskussion auch die Einbeziehung der Ärzteschaft notwendig ist und Ärztinnen und Ärzte sich dieser Gesamtdiskussion stellen. Ich denke, wir sollten die Regelungshoheit bei den berufsständischen Vertretungen belassen und gesetzlich nicht einwirken.

Es gibt an dieser Stelle Vorschläge, das Bürgerliche Gesetzbuch zu ändern. Ich glaube, es muss Aufgabe der Selbstverwaltung, der berufsständischen Vertretung sein, diesen Diskussionsprozess jetzt in Gang zu bringen.

Meine Damen und Herren, ich respektiere die Auffassung von Befürwortern einer weiteren Liberalisierung zur Erweiterung der Möglichkeiten der Sterbehilfe in engen Grenzen. Ich verstehe es, dass man den Gestaltungswillen des Lebens und des Sterbens bis zum Schluss bei dem Einzelnen belassen will.

Allerdings mache ich mir diese Auffassung nicht zu eigen. Dem Recht auf Selbstbestimmung steht der strenge grundrechtliche Schutz des Lebens entgegen, der dem Staat eine Schutzpflicht auferlegt.

Neben den rein rechtlichen Aspekten geht es mir aber auch um den moralisch-ethischen Ansatz, der zugegebenermaßen immer subjektiv bleiben muss und auch von der eigenen Grundeinstellung geprägt ist, dem christlichen Menschenbild etwa.

Sterben gehört zum Leben. Das ist eine Binsenweisheit, aber es besteht die Gefahr, dass dies immer wieder verdrängt wird. Sterbende brauchen Nähe, Begleitung, Schmerzlinderung und ein Umfeld der Geborgenheit. Deshalb sehe ich es als Herausforderung für unsere Gesellschaft an, die Palliativmedizin und die Hospizarbeit auszubauen, die psychosoziale Betreuung von sterbenden Menschen weiter zu verstärken und ambulante Strukturen auszubauen. Das sind für mich die Antworten auf die drängende Frage, wie der

Angst vor einem Sterben in Leid, Schmerzen und Würdelosigkeit begegnet werden kann.

Die organisierte Sterbehilfe – sei es gewerbsmäßig oder durch Vereine – lehne ich ab. Diesen Grenzbereich des Lebens kann man nicht organisieren, regelmäßig abwickeln oder gar gegen Geld vollziehen. Hier halte ich ein strafbewehrtes Verbot, auch generell für die Werbung für Suizidhilfe, für erforderlich, ein Verbot sowohl für die Werbung als auch für die gewerbsmäßige und organisierte Suizidhilfe.

Meine Damen und Herren, ich habe es selbst in meiner Familie erlebt, meine Mutter im Sterbeprozess begleitet. Es ist ein sehr wertvoller, ein intensiver Prozess, eine Zeit des Abschiednehmens, die unglaublich tröstend sein kann. Deshalb ist der Fokus stärker auf den Sterbeprozess zu lenken, diese Zeit nicht abzukürzen, sondern wirklich bewusst damit umzugehen. Deshalb, glaube ich, ist diese Debatte so wichtig.

Abgeordnete Gabriele Wieland, CDU

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben. Das haben wir hier schon öfter diskutiert. Deshalb stellen wir als Politiker diesen Wunsch in den Mittelpunkt unseres Handelns. Stärkung von ambulanter Versorgung ist eine Folge davon. Ambulante Versorgung soll den Menschen helfen, im Kreise ihrer Lieben zu sterben, sterben zu können.

Meine Erfahrungen mit mehreren Pflegenden, Pflegebegleitung, Begleitung zum Sterben ist, der Tod ist unberechenbar, unplanbar – wie es Herr Sippel eben sagte –, eine ganz tiefgreifende Erfahrung, aber oft auch eine fordernde, manchmal eine überfordernde Erfahrung. Da ist eine Erleichterung gerade bei den ambulanten Hilfen dringend nötig. Hier geht es nicht immer nur um finanzielle Mittel, es geht manchmal einfach um Entbürokratisierung, damit es nicht geht, wie ich es in einem Fall erlebt habe, dass der Rollator kam, als längst der Rollstuhl nötig war, und der Rollstuhl kam zwei Tage nach dem Tod.

Ambulante Hilfe ist wichtig, aber Fakt ist – das haben wir schon gehört –, nicht immer ist sie möglich. Mehr als die Hälfte der über 65-Jährigen lebt in Singlehaushalten, Tendenz steigend. Kinder leben weit entfernt, arbeiten in Vollzeit oder – das müssen wir akzeptieren – fühlen sich diese harten Aufgaben nicht gewachsen. In vielen Fällen kann zwar die erste Pflegephase ambulant begleitet werden, aber nicht die letzte, die eigentliche Sterbephase. Auch das müssen wir akzeptieren. In dieser Phase geht es vielen so – zunehmend mehr Fälle sind uns bekannt –, dass sie ohne ein stationäres Hospiz, ohne genügend Palliativbetten in Krankenhäusern, ohne entsprechende Ausrichtung der Einrichtungen dastehen und nicht genügend begleitet werden.

Es kann nicht sein, dass – wie in einem Fall, den ich gerade derzeit begleite – die Versorgung zu Hause nicht möglich ist und bei der Entlassung, die aus dem Krankenhaus anstand, kein Hospizplatz vorhanden war und nur ein Pflegeheim – in diesem Fall ein schlechtes Pflegeheim – übrig blieb, sodass ein noch jüngerer Mensch zwischen schwer demenziell Erkrankten im Altenheim sterben muss. Hier ist noch viel zu tun.

Ein zweiter Aspekt zum eigentlichen Thema Sterbehilfe: Ja, auch ich saß schon neben dem Bett eines Sterbenden, und dabei kam auch mir die Frage, wann stirbst du denn endlich. Auch ich habe mir überlegt, ob es nicht eine Erleichterung wäre, sich das Kissen auf das Gesicht zu legen. Ein Arzt hat mir dabei erläutert, dass eine Erhöhung der Dosis des Schmerzmittels nicht nur Hilfe zur Ruhigstellung ist und schmerzlindernd wirken könnte, sondern auch den Tod beschleunigen kann. Ich habe dabei erlebt, wie schwer es ist, diese Entscheidung zu treffen. Entscheiden heißt auch, Verantwortung zu übernehmen. Jemand muss diese Verantwortung übernehmen.

Der Arzt hat mir damals sehr eindrücklich erläutert, wir können nicht alle Verantwortung, alle Entscheidungen an den Arzt abgeben. Auch wir als Pflegende, wir als Verwandte drängen zum Beispiel Sterbende in der letzten Phase zum Trinken, wir flößen ihnen energiereiche Drinks ein, rufen beim Herzanfall den Arzt an und wundern uns, wenn er dann kommt und lebensverlängernde Maßnahmen oder Reanimation einleitet.

Auf der anderen Seite können Pflegende und Ärzte bestätigen, dass viele Menschen, die in gesunden Tagen lebensverlängernde Maßnahmen kategorisch ausschließen, angesichts der Diagnose, zum Beispiel unheilbare Krebserkrankung, fragen, und was macht ihr jetzt mit mir, irgendetwas muss doch noch möglich sein. Ich kann doch jetzt nicht einfach abwarten. Auch eine Chemotherapie ist mir psychisch wichtig. Ich will mich doch selbst nicht aufgeben.

Was will ich damit sagen? – Es gibt jetzt schon viele Alternativen, die zu entscheiden sind. Aus meiner Sicht sind diese Alternativen ausreichend. Die Frage ist eher, wer bereit ist, Entscheidungen zu treffen. Unsere Aufgabe ist es auch, Entscheidungsalternativen herauszustellen, sie zu verdeutlichen und bewusst zu machen, welche Verantwortung damit verknüpft ist. Wenn wir in der Gesellschaft offen über den Tod, die Alternativen, die Wege zum Sterben reden, dann fallen auch Entscheidungen leichter.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler,
Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Ich will sterben. Hat jemand von Ihnen diesen Satz schon einmal ernst gemeint gesagt bekommen? – Ich noch nicht. Ich frage mich, wie ich reagieren würde, wenn ich ihn von einer geliebten Person hören würde. Mir würde sicherlich vieles durch den Kopf gehen, viele Fragen, zuallererst die Frage nach dem Warum, welchen Grund hat ein Mensch, zu solch einer Entscheidung zu kommen. Hat er Schmerzen, hat er Angst davor, die eigene Identität zu verlieren, hat er Angst davor, anderen zur Last zu fallen oder alleine zu sterben? – Ich würde mich fragen, ob und wie man helfen kann, dass das Leben dieses Menschen lebenswert ist; denn Schmerzen kann man bis zu einem gewissen Grad mit Schmerzbehandlung begegnen, über Ängste vor Kontrollverlust kann man beraten und versuchen, sie zu nehmen. Menschen, die bereits sterben, kann man darin begleiten, statt sie allein zu lassen.

Hingegen würde ich mich nicht fragen, ob es ein Recht zum Sterben gibt. Mir wäre es wichtiger, den Kontext des erklärten Willens zu erfahren, als über die Beurteilung einer Willenserklärung zu reden; denn der Wille selbst ist immer kontextabhängig.

Ich stelle mir noch eine Frage. Wer wird eher beim Sterben helfen, statt zum Sterben zu helfen? Eher derjenige, der organisiert oder gar gewerbsmäßig Suizidbeihilfe anbietet, oder eher derjenige, der dem Leben verpflichtet ist, zum Beispiel ein Arzt? Ist nicht eine Einrichtung, die darauf ausgerichtet ist, Menschen beim Sterben zu begleiten, besser für eine Beratung geeignet als eine Organisation, deren Zweck es ist, zum Sterben zu begleiten?

Meine Damen und Herren, organisierte Sterbehilfe und viel mehr noch die gewerbliche Sterbehilfe sind deshalb für mich der falsche Weg. Anders urteile ich, wenn jemand in einer emotionalen Ausnahmesituation ist, weil ein langjährig geliebter Mensch um Hilfe zum Sterben ersucht. Eine Wertung des Verhaltens dieses Menschen erlaube ich mir nicht; denn ich weiß nicht, wie ich in seiner Lage handeln würde.

Meine Damen und Herren, ich bin Ihnen sehr dankbar, dass ich diese Worte hier jetzt als Mensch und als Christin zu Ihnen sprechen darf. Ich bin dankbar, dass wir in diesem Hause eine offene Debatte darüber führen. Ich habe für mich privat gesprochen. Anders kann ich es zu diesem Thema auch nicht tun, weil es als rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin meine Aufgabe ist, dafür zu sorgen, dass Strukturen vorhanden sind, auf die Menschen vertrauen können. Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen hat dazu einen – wie ich meine – wirklich treffenden Begriff hervorgebracht, den Grundsatz der Letztverlässlichkeit.

Letztverlässlichkeit bedeutet, dass die Menschen darauf vertrauen dürfen, dass sie in ihrer letzten Lebensphase mit ihren Vorstellungen, Wünschen und Werten respektiert und Entscheidungen unter Achtung ihres Willens getroffen werden. Dies beinhaltet – das habe ich dargelegt – nach meiner persönlichen Auffassung auch das Gespräch über einen Sterbewillen. Das bedeutet, dass die Rahmenbedingungen so zu gestalten sind, dass den Menschen geeignete Strukturen der hospizlichen und palliativen Versorgung zur Verfügung stehen. Ambulante Betreuung für den Wunsch, im eigenen Umfeld sterben zu können, stationäre Hospize als Alternative, wo Pflege nicht zu Hause geleistet werden kann, oder Krankenhäuser, die Behandlungen für eine Vielzahl gleichzeitig auftretender Leiden bieten, sind alles Bausteine hierfür.

Ich begrüße ausdrücklich das in diesem Zusammenhang vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Konzept für eine gesetzliche Neuregelung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung. Die aktuelle Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat sich heute hier in Mainz auf Antrag von Rheinland-Pfalz und Hamburg auch mit der vom Bundesministerium für Gesundheit angekündigten Gesetzesinitiative beschäftigt und regt an, die Versorgungssituation im Bereich der hospizlichen und palliativen Versorgung in Deutschland durch ein Forschungsprojekt zu untersuchen.

Meine Damen und Herren, diese Datenlage ist wichtig, um geeignete und bedarfsgerechte Angebote für die Versorgung und auch Angebote für die

Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen. Meine Damen und Herren, das Sterben ist so individuell wie das Leben. Von daher darf es auch keinen Masterplan für das Sterben geben. Das einzig Richtige ist, jeden Menschen mit seinen individuellen Wünschen anzunehmen und ihm Hilfe anzubieten.

Es sind nicht die Organisationen der Hilfe zum Sterben, die dies leisten, sondern es sind die Hospizbegleitung, die Palliativmedizin und eine gute Pflege im Alter, die geeignete Strukturen anbieten.

Abgeordneter Dr. Dr. Rahim Schmidt, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Verehrter Herr Präsident, meine sehr geehrten Damen und Herren! Auch ich möchte mich ganz herzlich bei diesem Hohen Hause dafür bedanken, dass es für dieses sehr wichtige und emotionale Thema diesen Raum geschaffen hat, in dem die verschiedenen Aspekte des Lebens und des Sterbens aus Sicht der Philosophie, der Medizin, aber auch unter sozialen und vielen anderen Aspekten debattiert werden. Ich erkenne dabei keine Politik, kein Parteibuch, sondern ein Thema: der Mensch und seine Würde.

Das macht es ganz besonders. Das ist vorbildlich für unsere Zivilgesellschaft, dass wir uns den Schwächsten in unserer Gesellschaft widmen, nämlich denjenigen, die am allermeisten unsere Hilfe brauchen.

Der Umgang mit Sterbenden ist auch für die professionellen Hospiz- und Palliativmediziner eine ganz besondere Herausforderung. Es braucht Professionalität, aber auch Erkenntnisse über die soziokulturelle und religiöse Vielfalt von den Menschen, die hier leben.

Sehr geehrte Damen und Herren, zurzeit leben hier etwa 17 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund aus 194 Ländern, davon sind etwa 1,4 Millionen Menschen über 65 Jahre alt. Besonders die Älteren, die hier nicht verwurzelt und sozial integriert sind, stoßen neben sprachlichen und institutionellen Barrieren in der medizinischen Versorgung auch auf Barrieren zwischen den Kulturen.

Neben einer Willkommenskultur brauchen wir auch eine Abschiedskultur für die unterschiedlichen Kulturkreise in der Hospizarbeit. Ob es um die Betreuung vereinsamter älterer Menschen, um Obdachlose oder um im Exil lebende Menschen geht, wir brauchen eine präventiv professionelle Unterstützung.

Im Exil lebende Menschen müssen oft jahrzehntelang ohne ein Wiedersehen der eigenen Familie, Verwandten und Freunde den Schmerz des Verlustes und auch die Sehnsucht nach Vertrautheit einsam verarbeiten. Dabei teilen wir mit diesen Menschen gemeinsame Werte, die weltweit gleich sind, nämlich Menschenrechte und die Verteidigung von Menschenwürde.

Deshalb ist es auch wichtig, gerade in der medizinischen Versorgung, dass diese Vielfalt, unterschiedliche kulturelle, religiöse Vielfalt in unserer Ausbildung einen Platz hat, damit uns Ärzten und Pflegenden, allen Akteuren, Unterstützung und Hilfe bei der Begleitung dieser Menschen zuteilwerden.

Während man im Abendland zum Teil das Sterben thematisiert und seiner eigenen Mutter ein ruhiges Einschlafen wünscht, steht im Orient zumeist das gemeinsame Trauern im Vordergrund. Das sind unterschiedliche Aspekte, die für die Ärzte und die Pflegende ganz wichtig sind.

Wie ich vorhin sagte, es ist wichtig, diese interkulturellen Kompetenzen für die Betreuung von sterbenden Menschen zu fördern und zu entwickeln und auf diesem Weg voneinander zu lernen.

Ende 2014 wurde in Aschaffenburg der Verein „Sterben in der Fremde“ gegründet. Dieser Verein klärt über kulturelle Unterschiede beim Weg in den Tod auf und vermittelt interkulturelle Erkenntnisse in der Hospizarbeit.

Dabei sind aus meiner Sicht zwei Aspekte ganz wichtig: erstens liebevolle Zuwendung mit umfassender Betreuung der Sterbenden und ihrer Familien und für diese ein Leben danach, zweitens konsequente und ganzheitliche Linderung von Schmerzen und anderen quälenden Beschwerden der Betroffenen.

Unsere Gesellschaft muss für schwer leidende Menschen mehr übrig haben als die Tabletten auf dem Nachttisch für den einsamen Suizid. Ein gesellschaftliches Klima, das suggeriert, die Selbsttötung sei ein guter Ausweg, ist für mich als Sterbebegleitender beängstigend.

Zum Sterben braucht man eine Heimat. Das ist nicht ein Dach über dem Kopf, sondern ein Raum voller Geborgenheit und Liebe.

In diesem Sinne möchte ich allen, die diesen Weg mit Sterbenden liebevoll gehen und unterstützen, ganz herzlich Danke sagen.

Abgeordneter Marcus Klein, CDU

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Für mich gehört es zu den Besonderheiten dieser Debatte und eigentlich aller Diskussionen um Sterbebegleitung und Sterbehilfe und den letzten Weg, dass in deren Mitte nicht der Tod steht, im Mittelpunkt der Debatte steht vielmehr das Leben, die Würde jedes einzelnen Menschen – die Würde, die dieser von Geburt an hat und sogar schon vor seiner Geburt.

Mit dieser Würde einher gehen seine Selbstbestimmtheit, seine Freiheit und auch der Wunsch, gesund und ohne Schmerzen zu sein.

Aus vielen Gesprächen und Diskussionen habe ich mitgenommen, dass es nicht die Angst vor dem Tod ist, die viele Menschen umtreibt, sondern vielmehr die Angst davor, genau diese Dinge, Selbstbestimmtheit, Freiheit und Gesundheit, zu verlieren und Schmerzen leiden zu müssen. Der Tod erscheint dann vielen als vorzugswürdige Alternative.

Meine Damen und Herren, es ist meine Überzeugung, dass es Aufgabe unserer Gesellschaft und der Politik in unserem Land ist, den Menschen eine würdige und echte Alternative zum Todeswunsch zu geben: mehr Hände, an denen sich in Würde sterben lässt, nicht mehr Hände, durch die sich sterben lässt.

Damit will ich mich nicht vor einer Aussage zur Sterbehilfe drücken, ich meine, dass wir gut daran tun, den bestehenden rechtlichen Rahmen nur sehr behutsam anzupassen. Dazu gehört für mich das Verbot organisierter Sterbehilfe und von Sterbehilfevereinen auf der einen Seite, aber für mich gehört auch dazu, Ärztinnen und Ärzte nicht zu bestrafen – weder straf- noch standesrechtlich – in Fällen indirekter Sterbehilfe und des assistierten Suizids, soweit diese sich im absoluten Einzelfall und in ethischer Verantwortung dazu entscheiden.

Meine Damen und Herren, unsere gemeinsamen Hausaufgaben in unserem Land liegen meiner Meinung nach aber tatsächlich in einem anderen Bereich, nämlich dort, wo wir gemeinsam politische Verantwortung tragen, helfende Angebote der Sterbebegleitung, palliativmedizinische Versorgung, ambulante und stationäre Hospizdienste zu fördern, und das in der ganzen Fläche unseres Landes.

So lange wie möglich soll die Betreuung und Pflege zu Hause, im gewohnten Umfeld, stattfinden. Das wünschen sich die Menschen. Ambulante Hospizdienste leisten meist ehrenamtlich dazu eine segensreiche Unterstützung für die Sterbenden und ihre Angehörigen.

Bei den stationären Hospizen haben wir noch deutlichen Nachholbedarf. Beispielsweise gibt es in der Westpfalz leider noch keine stationäre Einrichtung. Die nächsten Hospize liegen hier in Pirmasens, Ludwigshafen oder im benachbarten Saarland. Diese bestehenden Hospize haben bereits lange Wartelisten, und meist ist deren Kapazitätsgrenze schon deutlich überschritten.

Ich bin selbst Vorsitzender eines Fördervereins für ein stationäres Hospiz in der Westpfalz, der Kollege ist dort ebenfalls engagiert. Wir haben eine solch benachbarte Einrichtung besucht. Dort haben wir erfahren, dass es im letzten Jahr 600 Anfragen von sterbenden Menschen gab, die nicht aufgenommen werden konnten, und seit dem Bestehen der Hospizeinrichtung, seit jetzt fast genau zehn Jahren, konnten rund 2.600 Menschen nicht aufgenommen werden, obwohl ein dringender Bedarf bestand.

Meine Damen und Herren, es geht natürlich nicht um Zahlen und Statistiken, sondern vielmehr um sterbende Menschen und deren Familien, denen ein Hospiz Hilfe und Begleitung in einer ohnehin schon besonders schwierigen Situation bietet. Das letzte, was diese brauchen, ist eine volle Warteliste.

Wir haben vor Ort auch mit einem Gast gesprochen, der, wie alle Gäste im Hospiz, weiß, dass er bald sterben wird. Seine Familie war auch dabei. Er sagte uns: Das Hospiz ist eine wunderbare Einrichtung, der Himmel hat es uns geschickt.

Diese Worte waren für mich besonders eindrücklich, und sie bleiben mir in Erinnerung. Ich meine aber auch, für uns alle ist dies ein Arbeitsauftrag für eine wohnortnahe und flächendeckende Palliativmedizin- und Hospizversorgung, ambulant und stationär, ehrenamtlich und hauptamtlich. Das sind die helfenden Hände, die wir in unserem Land brauchen. Nach meiner Meinung haben sie unsere Rückendeckung, und sie haben einen ordentlichen finanziellen und rechtlichen Rahmen und mit Blick auf die medizinischen Kräfte auch eine anständige Bezahlung verdient.

Abgeordneter Nico Steinbach, SPD

Sehr geehrte Frau Präsidentin, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Ich finde es richtig und wichtig, dass wir als gewählte Volksvertreter uns hier und heute mit dem womöglich persönlichsten Thema der Menschheit beschäftigen, nämlich mit dem Sterben. Niemand spricht gerne über den Tod und das Sterben, und doch gehört es zum Leben.

Worum geht es mir? Darf ein Mensch, der krank ist, der unmenschliche Schmerzen hat und verzweifelt ist, Hilfe zum Sterben bekommen?

Vor allem geht es um die Frage, ob Ärzten eine Beihilfe zur Selbsttötung, also der ärztlich assistierte Suizid, erlaubt wird. – Um es vorweg zu sagen: Ja, ich glaube, diese Möglichkeit sollte es geben. – Warum?

Der Staat darf die selbstbestimmte Selbsttötung nicht verbieten. Dies lässt sich aus dem Grundgesetz und der geschützten Würde des Menschen und aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ableiten. Zur Würde eines Menschen gehört auch, sagen zu können, ich kann nicht mehr. Nimmt man diesen Menschen nicht die Würde, wenn man sie nicht lässt?

Aus der Praxis erzählen Ärzte von Situationen mit Patienten wie diese: Wenn es nicht mehr geht, dann werden Sie mir doch helfen? – Diese Hilfe ist aktuell nur unter Inkaufnahme von Konsequenzen umsetzbar.

Welche Formen der Sterbehilfe gibt es? – Es gibt die aktive Sterbehilfe, auch das Töten auf Verlangen genannt. Es ist zu Recht strafbar und soll es auch bleiben.

Es gibt die passive Sterbehilfe, also ein Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen. Sie ist seit 2010 erlaubt und auch vielfach über Patientenverfügungen geregelt.

Es gibt die indirekte Sterbehilfe, also die Inkaufnahme des verfrühten Todes durch eine schmerzlindernde Therapie, und schließlich gibt es den assistierten Suizid, etwa durch Bereitstellen eines tödlichen Mittels, und hierum geht es mir.

Wo liegt das Problemfeld in der Diskussion? – Es geht um das ärztliche Standesrecht. Laut Muster-Berufsordnung der Ärzte, welche zehn von 17 Landesärztekammern übernommen haben, heißt es: Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. Wir brauchen jedoch eine gesetzliche Regelung, wonach die ärztliche Beihilfe straffrei bleibt bzw. ohne standesrechtliche Konsequenzen. Daher ist eine zivilrechtliche Regelung für die Ärzte erforderlich.

Natürlich sollen diese Möglichkeiten die individuelle Ausnahme bleiben und ärztliche Beihilfe nur auf freiwilliger Basis als Gewissensentscheidung möglich sein. Außerdem brauchen wir klar definierte Regeln. So muss eine unheilbare Krankheit, die unausweichlich zum Tode führt, ein objektiv schweres Leiden und eine umfassende Beratung des Patienten bezüglich anderer, insbesondere palliativer Behandlungsmöglichkeiten sowie ein Vier-Augen-Prinzip nachgewiesen sein. Es geht hierbei um die Rechte von Patienten in extremen Situationen. Ihr eigenes Selbstbestimmungsrecht soll gestärkt und Rechtssicherheit für Ärzte geschaffen werden.

Weiterhin müssen die Angebote des Hospizwesens, der Palliativmedizin und der zuzurechnenden ambulanten Leistungen gestärkt und ausgebaut werden. Dies ermöglicht nicht nur ein Sterben in Würde, sondern ist zugleich ein präventiver Ansatz, dem Suizidwunsch zu begegnen. Ich habe größten Respekt vor den Pflegern, den Familien und Helfern in diesen Bereichen. Dort muss unser Schwerpunkt der Begleitung von Mitmenschen im letzten Lebensabschnitt liegen, damit die vorgenannten Möglichkeiten die absoluten Ausnahmen bleiben, Selbsttötungen nicht zum gesellschaftlichen Normalfall werden und unsere christlichen Wertevorstellungen weiterhin Orientierung bieten. Alleine jedoch das Wissen nach einem sprichwörtlichen Notausgang könnte für viele der Betroffenen eine Beruhigung darstellen.

Ich fasse zusammen: Das Selbstbestimmungsrecht, die Menschenwürde gebietet es in Grenzfällen, um unmenschliches Leid zu vermeiden, nach strengen Richtlinien eine Möglichkeit zu geben, in fachlich fundierter, ärztlicher Begleitung eine Beihilfe zum Sterben zu ermöglichen. Sterbebegleitung darf jedoch keine geschäftsmäßige Leistung werden. Deshalb ist ein Regelwerk zur ärztlichen Begleitung wichtig. Auch der Bundestag debattiert aktuell fraktionsübergreifend diese Thematik. Es zeichnet sich aktuell ein großer fraktionsübergreifender Zusammenhalt anlehnend an meinen Wortbeitrag ab. Weiterhin nimmt selbstverständlich die Patientenverfügung eine zentrale Vorsorgestellung ein, und die bisherigen Regelungen dazu sollen unberührt bleiben.

Abgeordnete
Dorothea Schäfer, CDU

Frau Präsidentin, meine sehr geehrten Damen und Herren!

Früher gehörte das Sterben zum Leben dazu. In einer Großfamilie erlebten schon die Kinder, was es heißt, wenn Familienangehörige sterben.

Inzwischen hat sich vieles geändert. Die Großfamilie, in der mehrere Generationen gemeinsam leben, sich gegenseitig helfen und unterstützen, ist seltener geworden. Wir leben in einer Zeit, in der der Faktor Zeit Mangelware geworden ist, in der sich Menschen zunehmend gestresst fühlen und in der die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsleben dadurch – so scheint es – immer schwieriger anstatt einfacher wird.

Gerade diese Zeit ist es aber, die Menschen am Ende ihres Lebens brauchen. Es ist zum einen natürlich die ärztliche und pflegerische Versorgung, aber auch Zeit für Zuwendung, die die Menschen brauchen. Mein Dank gilt denjenigen, die sich in der Hospizarbeit und in den Palliativstationen ehrenamtlich oder hauptamtlich engagieren, ein Teil der Fürsorge übernehmen und die Angehörigen dabei unterstützen.

Angesichts der genannten Veränderungen ist es wichtig, dass das Netz der stationären, aber auch der ambulanten Hospizangebote dichter wird. Hospizvereine und -gesellschaften haben nicht nur die Hilfe für sterbende Menschen und ihre Familie im Blick, für ihre Arbeit ist auch die Netzwerkarbeit wichtig. Sie suchen Kontakte zu Ärzten, zu Pflegeeinrichtungen, und sie arbeiten daran, dass auch andere für das Sterben in Würde sensibilisiert werden. Begleitung von Sterbenden geht uns alle an, und deswegen suchen sie auch schon den Kontakt zu den ganz Kleinen, zu den Kindern an den Schulen. Ihre Arbeit gilt es zu unterstützen, und ich meine das nicht nur in finanzieller Hinsicht. Unterstützer sind dabei auch etwa die niedergelassenen Ärzte oder auch das Pflegepersonal, die ebenfalls die Sterbenden in den Tod begleiten. Damit das gelingt, ist es wichtig, dass sie gut aus- und fortgebildet sind, damit sie sich auf diese Kooperation einlassen können.

Im Bereich der Palliativmedizin ist schon vieles in Bewegung. Dennoch gibt es noch einen weiteren Bedarf für eine Weiterentwicklung der interdisziplinären Medizinerausbildung, damit schon die angehenden Mediziner sich auf die Hospiz- und Palliativmedizin einlassen können. Ich denke, daran werden wir gemeinsam weiterarbeiten.

Abgeordnete Anna Neuhof,
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Frau Präsidentin, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ein individuelles selbstbestimmtes Leben bedeutet für mich auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben. Nur so hat der Satz, der Tod gehört zum Leben, für mich wirklich Bestand und Bedeutung.

Ich habe mit vielen Menschen im Vorfeld der heutigen Debatte zu diesem Thema gesprochen. Sie haben mich natürlich gefragt, was ich denn sagen werde. Ich habe ihnen gesagt, dass ich äußern werde, dass ich selbst bestimmen will, wie ich leben und wie und wann ich sterben möchte, und dass ich in den verschiedensten Situationen des Lebens genau diese wirkliche Entscheidungsfreiheit haben möchte.

Es hat bei vielen Menschen Erleichterung ob dieser Aussage gegeben. Es hat bei vielen Menschen auch Einschränkungen gegeben, sei es religiöser oder sonstiger Art.

Wir haben in Deutschland gute gesetzliche Bedingungen. Ich nenne die Patientenverfügung, in der ich regeln und erklären kann, wie mit mir verfahren werden soll, wenn ich selbst nicht mehr meinen eigenen Willen kundtun kann. Wir haben Gott sei Dank den straffreien Suizid und die straffreie Beihilfe zum Suizid. Das muss auch so bleiben. Das ist ganz wichtig.

Ich habe in meiner Patientenverfügung prophylaktisch geregelt, dass ich für mich das Recht der aktiven Sterbehilfe reklamiere, sofern es den rechtlichen Rahmen gibt; denn ich möchte niemanden in eine illegale Situation bringen.

Es ist – das möchte weiter ausführen – meine wirkliche Selbstbestimmtheit, die für mich ein Menschenrecht ist, legal nicht lebbar, heute in Situationen, in denen eindeutig der Wille besteht, das Leben zu beenden, dies aber aus eigener Kraft nicht mehr möglich ist. Das heißt, es muss nicht unbedingt

der letale Ausgang einer Krankheit bevorstehen, oder aber die körperliche Eingeschränktheit macht das eigene Handeln unmöglich.

Meine Damen und Herren, in diesem Zusammenhang ist es für mich unwürdig, zum Sterben in ein anderes Land fahren zu müssen. Es ist für mich unwürdig, mögliche kommerzielle Interessen erfüllen zu müssen. Es ist für mich unwürdig, Menschen um eine Hilfe zu bitten, die sie in eine illegale Situation bringt. Meine Würde ist individuell.

Mir ist auch bewusst vor diesem Hintergrund, wenn ich von aktiver Sterbehilfe rede, dass es sehr enger Bestimmungen bedarf. Mir ist sehr deutlich bewusst, dass eine solche Situation und mögliche Entscheidungen in Deutschland auf einem sehr hohen ethischen und geschichtsbezogenem Niveau geführt werden müssen. Für mich ist es wichtig, dass jegliche Kommerzialisierung und Werbung ausgeschlossen wird. Aber es zählt auch die ernsthafte Willensbekundung. Für diese wünsche ich mir einen gesetzlichen Rahmen.

Ich möchte auch Rechtssicherheit für Ärzte oder andere Personen, die letztendlich diese Assistenz erfüllen würden.

Ich weiß auch, ich habe hier die Lösung nicht. Ich weiß auch, es wird eine sehr lange Diskussion werden. Es ist wichtig, dass wir diese Diskussion führen und die Themen Sterben und Tod nicht mehr als Tabuthemen behandeln, sondern tatsächlich – vielleicht auch durch unser Vorbild heute – möglich machen, dass sie im öffentlichen Raum ernsthaft geführt wird.

Ich gehe mit allen Rednerinnen und Rednern zusammen, die eine intensive palliativmedizinische Betreuung fordern, klinisch und ambulant. Wirksame Schmerztherapie, selbstverständlich. Qualitativ hochwertige psychosoziale Versorgung, selbstverständlich. Das ist auch nicht im Widerspruch zu meiner persönlichen Meinung zu sehen. Ich denke, alle Hilfs- und Erleichterungsangebote, die Begleitungsangebote und die Fürsorge müssen unabhängig von den Kosten für jeden selbstverständlich garantiert werden.

Ich hoffe, dass die Selbstbestimmtheit ein unveräußerliches Gut ist und dass auch für eine ausgeprägte Selbstbestimmtheit humane und freie Wege eröffnet werden können.

Abgeordnete Heike Scharfenberger, SPD

Frau Präsidentin, meine Damen und Herren! Viele Menschen wollen sich nicht mit dem Tod beschäftigen, obwohl wir doch wissen, dass es jeden von uns trifft. Wenn man sich allerdings mit dem Thema beschäftigt, dann wünschen sich doch die meisten einen schönen Tod. Man legt sich am Ende eines langen und gesunden, glücklichen und erfüllten Lebensabends ins Bett, schläft ein und wacht nie wieder auf. Ein sanftes Einschlafen, ein müheloses Hinübergleiten in eine andere Welt, und dies am liebsten zu Hause in der gewohnten Umgebung. Das ist das, was wir uns sicherlich alle wünschen. Doch die Realität sieht leider anders aus.

Etwa die Hälfte der Deutschen stirbt heute in Krankenhäusern oder in Pflegeheimen, oftmals alleine und leidend. Gerade solchen Szenarien – allein auf meist unpersönliche Hilfe angewiesen, mit Schmerzen dahinsiechend – macht den Menschen Angst. Diese Angst müssen wir den Menschen nehmen.

Hier sehe ich eine immer wichtiger werdende Aufgabe der Palliativmedizin und der Palliativpflege; denn wenn ein Patient schon nicht mehr zu heilen ist, sollte ihm doch wenigstens ein Leben in Würde und ohne zu große Belastungen ermöglicht werden.

Auch diese letzte Phase des Lebens ist geprägt von physischen und psychischen Bedürfnissen. Neben rein pflegerischen Maßnahmen wie der Optimierung von Lagerung, Umgebungstemperatur oder das Stillen von Hunger, Durst und Schmerzen spielen auch Faktoren wie Angst, Unruhe, Gesprächsbedarf oder auch der Wunsch nach Zuneigung und körperlicher Nähe eine Rolle.

Gute und ausreichende Sterbebegleitung, wenn möglich im familiären Rahmen oder in Einrichtungen mit entsprechend ausgebildetem Fachpersonal, ist daher unbedingt auszuweiten. Gerade in unseren Hospizeinrichtungen oder im Rahmen der ambulanten Hospiz- und Palliativteams wird bereits jetzt schon – unterstützt von vielen Ehrenamtlichen – eine hervorragende Arbeit geleistet. Diese Angebote müssen wir unbedingt ausweiten.

Wenn wir dies tun, bin ich der festen Überzeugung, dass viele Sterbende diese letzte Phase ihres Lebens auch annehmen werden. Allerdings müssen wir uns auch mit den Situationen beschäftigen, wenn das Leiden unerträglich wird und die Lebensmotivation überdeckt und somit das Leben nicht

mehr lebenswert ist, wenn es der innigste Wunsch eines Sterbenden ist, ein elendes Dahinsiechen beenden zu wollen, wenn Menschen wohlüberlegt den Tod dem Leben vorziehen. Dies ist eine ganz persönliche Wahrnehmung. Das kann niemand von uns von außen bestimmen.

Die Würde und die Selbstbestimmung werden durch das Grundgesetz garantiert. Das betrifft eben nicht nur das Leben, sondern vor allen Dingen auch den Tod. So, wie ich als mündiger Mensch ein originäres Menschenrecht auf ein selbstbestimmtes Leben habe, so habe ich auch ein originäres Recht auf ein selbstbestimmtes, humanes und schmerzfreies Sterben. Dazu bedarf es intensiver Beratung und letztendlich auch Menschen, die dem Sterbenden zur Seite stehen. Dies darf aber auf keinen Fall gewerblich und damit gewinnorientiert passieren; denn dies würde wiederum gegen die Menschenwürde verstoßen.

Aus diesem Grund muss gerade für Ärzte, die einen Patienten auf dessen Wunsch hin bei einem Suizid begleiten, eine strafrechtliche Sicherheit bestehen. So gilt es hier, eine gesetzliche Neuregelung unter Einbeziehung der bisherigen richterlichen Entscheidungen zu finden. Wir brauchen eine bundeseinheitliche Regelung, um zu vermeiden, dass Menschen ins Ausland gehen, um zu sterben.

Ich habe bei meinen Recherchen folgende Aussagen einer Tochter gefunden, die ich mit Erlaubnis der Präsidentin gerne vorlesen möchte: „Für meinen Vater war die Möglichkeit, Sterbehilfe in Anspruch nehmen zu können, ein emotionaler Anker. Zu wissen, dass er diese letzte Entscheidung selbst treffen konnte, stärkte seinen Lebensmut. Er wäre andernfalls viel früher innerlich zusammengefallen. Diese Möglichkeit war allerdings von der Fähigkeit abhängig, die Reise in die Schweiz antreten zu können, was ein Minimum an körperlicher Selbstständigkeit voraussetzte. Der nächste Schub der Krankheit würde ihm diese vermutlich nehmen. Wollte er die Gelegenheit ergreifen, musste er bald handeln. Das aber heißt: Wäre Sterbehilfe in Deutschland möglich gewesen, hätte mein Vater den nächsten Sommer vermutlich noch erlebt.“ Ich denke, das spricht sehr für sich.

Wenn also diese schwere Entscheidung einmal gefallen ist – kein Mensch scheidet leichtfertig aus dem Leben –, dann müssen wir alles daransetzen, ein humanes Sterben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen.

Abgeordnete Bettina Dickes, CDU

Frau Präsidentin, verehrte Kolleginnen und Kollegen! Gesetze werden gerade in solch elementaren Fragen immer nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Egal welche Position der Einzelne im Bundestag vertreten wird, er wird es sich nicht leicht gemacht und versucht haben, die Folgen abzuschätzen.

Keiner der vorgelegten Entwürfe im Bundestag will Sterbehilfe zum Regelfall machen. Aber es wird diskutiert, wie weit der Spalt sein darf, um bei schwerem Leiden im Einzelfall die Tür zu öffnen. Bei der Frage, ob wir grundsätzlich ärztlich assistieren Suizid und organisierte Sterbehilfevereine zulassen wollen, habe ich sehr große Bedenken; denn wenn wir Türen öffnen, werden wir nicht verhindern können, dass der Spalt immer größer wird und die Schwelle immer öfter überschritten wird.

In welche Konflikte stürzen wir Ärzte, wenn sich bei extrem leidenden Menschen das Gefühl festsetzt, vom Arzt Assistenz beim Suizid erwarten zu können?

Ich hatte hierzu vergangene Woche ein sehr intensives Gespräch mit einem Bekannten aus den Niederlanden zu diesen Fragen. Wir haben nicht über die Frage der aktiven Sterbehilfe diskutiert. Darüber reden wir zum Glück nicht. Aber es ging um die Frage von Selbstverständlichkeiten. Sterbehilfe ist in den Niederlanden vom Einzelfall zu etwas Selbstverständlichem geworden, etwas, was man automatisch in seine Überlegungen mit einbezieht, das bei dem einen oder anderen zu dem Konflikt führt, aus Rücksicht auf andere schneller gehen zu müssen.

Auch in den Niederlanden hat man sich bei der Gesetzgebung viele Gedanken gemacht. Aber Gesetze entwickeln nun mal auch eine Sogwirkung. Bei der Verabschiedung des dortigen Gesetzes ging es ausschließlich um Menschen, die unsägliches Leid erdulden müssen, z. B. im Endstadium einer Krebserkrankung. Von Demenz und psychischen Erkrankungen war damals überhaupt nicht die Rede. Aber in der Realität sieht es so aus, dass die Sterbehilfe bei psychisch Kranken immer weiter zunimmt. Meine Kollegin Hedi Thelen hat es eben ausgeführt, dass im Jahr 2013 über 100 Demenzkranke Sterbehilfe in Anspruch genommen haben. In Anspruch genommen heißt, andere haben entschieden. Ärzte mussten auf Wunsch von Angehörigen zu Herrschern über Leben und Tod werden. Wir müssen uns wirklich Gedanken machen, in welche Konflikte wir vor allem Ärzte dabei stellen.

Die Tür, die hier einmal geöffnet wurde, ist immer weiter auf gegangen. Das wollte zu Beginn keiner. Aber die Entwicklung ging nun mal vom Einzelfall zum Normalfall. Wir haben das auch hier in Deutschland erlebt bei der Frage des Lebensschutzes von Ungeborenen. Es ging seinerzeit bei dem Thema Abtreibung um Straffreiheit und enge Grenzen, um Indikationen. Heute stellen wir die Frage nach der Indikation nicht mehr, sondern stellen es in die persönliche Entscheidungsgewalt von Eltern, ob ein Ungeborenes leben darf oder nicht. Wir wissen alle sehr wohl, dass damit ein enormer Druck auf Eltern gewachsen ist. Hat ein Kind eine Behinderung, dann wird heute ganz automatisch davon ausgegangen, dass es zu einem Schwangerschaftsabbruch kommt.

Es wurde eben schon von meiner Kollegin, Frau Beilstein, Professor Weber zitiert: Dann darfst du auch nicht klagen. – Ich erlebe auch aus persönlichen Gesprächen diesen Satz, dass Eltern ihn hören müssen, wenn sie sich dafür entscheiden, ein behindertes Kind auszutragen und zur Welt zu bringen. Das ist keine Wertung. Das ist eine Feststellung. Ich möchte diese Tür am Ende des Lebens nicht öffnen.

Wenn Menschen aufgrund einer für sie unerträglichen Situation ihr Leben beenden möchten und dafür Unterstützung suchen, finden sie diese Unterstützung. Aber ein rechtliches Öffnen zum ärztlich assistierten Suizid macht dieses zu einer Option unter vielen und wird Menschen dem Konflikt aussetzen, aus Rücksicht auf Angehörige und vielleicht mit Blick auf eine Entwicklung dieser Gesellschaft, in der immer mehr ältere Menschen sind, schnell zu gehen. Deshalb spreche ich mich hier dafür aus, keine Tür zu öffnen und an der bisherigen Rechtslage nichts zu ändern.

Abgeordneter
Christian Baldauf, CDU

Frau Präsidentin! Meine Ausführungen möchte ich unter das Leitwort stellen: Ein entschiedenes Nein zur Ausweitung der Sterbehilfe. Wehret den Anfängen. Die Verhinderung der Ausweitung der Sterbehilfe ist für eine humane Gesellschaft unabdingbar.

In den kommenden Monaten wird es im Deutschen Bundestag um die Frage gehen, ob und in welcher Weise Sterbehilfe durch aktive Mitwirkung am Suizid durch Angehörige, Ärzte, Organisationen oder Vereine erlaubt sein soll. Hier geht es nicht um Begleitung im Sinne der palliativen Therapie, sondern um Beihilfe zur Selbsttötung. Dies birgt eine große Gefahr, dass zukünftig in einer existenziellen gesundheitlichen Lebenssituation, beispielsweise nach einer Krebsdiagnose oder bei geringer Lebenserwartung, ein Druck entsteht, nicht das Leiden zu vermindern und bis zum natürlichen Ende zu begleiten, sondern das Leben des Leidenden aktiv zu beenden.

Im Vorfeld gibt es, wie stets bei entscheidenden Fragen, bei denen es um Leben und Tod geht, weitreichende öffentliche Diskussionen und politische Anhörungen auch hier. Es werden bereits Anträge formuliert und diskutiert, meinungsbildende Vereinigungen wie Ärztekammern, Vereinigungen der Ärzte, aber auch die beiden Kirchen äußern sich.

Wir müssen wissen, dass in einer zusehends säkularisierten Welt es immer schwerer wird, ethisch begründete Gesetze zu formulieren, die entscheidende Grenzen unseres Handelns aufzeigen.

Es wächst der Widerstand gegen Rechtsgrundsätze, die das individuelle und alles entscheidende autonome Handeln in irgendeiner Weise begrenzen wollen. Alles soll dem einzelnen Individuum erlaubt sein, wenn es aus freier Zustimmung geschieht. Jüngst schlug uns der Ethikrat sogar die Straffreiheit des Inzests vor.

Wo und warum also könnten bei der Beihilfe zur Selbsttötung, um die es hier im Wesentlichen geht, rechtliche Grenzziehungen zum Schutz gerade von kranken Menschen dringend geboten sein? Dies ist eine entscheidende politische und staatliche Aufgabe, die es zu beachten gilt. Auch im Rahmen der Achtung jeder Privatautonomie muss der Staat dennoch seine Schutzpflichten insbesondere gegenüber den Schwachen sehr ernst nehmen.

Worum geht es, und warum ist das Thema so turbulent geworden; denn gestorben wird in Würde, seit es Menschen gibt? Ich will es einmal etwas provokant formulieren. Vielleicht ist das so, weil aus demografischen Gründen die Gruppe älterer Menschen zunimmt und insbesondere die Gruppe älterer, suizidgefährdeter Menschen nachweislich stark anwächst. Der Grund der Gefährdung ist oftmals die Einsamkeit, die fehlende Lebensperspektive, häufig gepaart mit Depression, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und hohem Alter.

Die hohen Kosten der Pflege und Behandlung, die triste Atmosphäre und die Perspektivlosigkeit, die Aussicht auf Schmerzen und die Angst davor,

allen nur noch zur unzumutbaren Belastung zu werden – da scheint Selbsttötung für manchen die einzig willkommene und schnellere Lösung zu sein.

Dabei können wir unterstellen, dass viele dieser Menschen vor allem so nicht weiter leben wollen. Sie hadern mit ihrer Lage, sehen nichts Positives mehr und fühlen sich oft verlassen und in einer ausweglosen Situation. Doch die großen Erfolge der Suizidpräventionsarbeit zeigen uns inzwischen, auch bei einem auf Depression beruhendem Sterbewunsch besteht die große Chance, dass eine Vielzahl von therapeutischen Mitteln den Patienten tatsächlich sehr wirksam helfen kann, seinen Tötungswunsch aufzugeben.

Hier möchte ich noch einmal auf diesen großen Unterschied verweisen, der darin besteht, ob am Ende seines Lebens jemand sterben will, weil die Kraft nicht mehr reicht, was nicht selten der Fall ist, oder ob sich jemand selbst töten will und dafür sogar die aktive Mitwirkung eines Dritten verlangt oder erwartet.

Bisher darf ein Arzt in den meisten Ländern der Welt und auch bei uns diesem Wunsch nicht nachkommen. Eine stichhaltige ärztliche Begründung gegen aktive Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen formuliert Herr Professor Dr. med. Christoph von Ritter. Ich zitiere: „Angesichts dieser medizinischen Erkenntnisse wäre es ganz offensichtlich absurd, wenn ein Arzt anstatt Hilfe zur Therapie lediglich Respekt für diesen Wunsch äußern würde und sogar Unterstützung beim Selbstmord leisten würde. In ähnlicher Weise würde ein solcher Arzt dann wohl auch dem Wunsch des Alkoholikers nach Alkohol Folge leisten. Den Sterbewunsch eines Patienten zu erfüllen, Tötung auf Verlangen zu vollziehen, widerspricht ganz offensichtlich ärztlicher Ethik." – Sein Resümee: Der Arzt muss beim Sterben helfen und nicht zum Sterben helfen. Statt des Retters in der Not würde er sonst zum Richter über Leben und Tod. Diese Position vertritt auch der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Professor Montgomery, der sich auf eine vorchristliche Tradition der ärztlichen Ethik beruft, die Hippokrates in seinem berühmten Eid formuliert hat.

Noch in der gemeinsamen Erklärung der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz von 1989 war klar, dass die Beihilfe zur Selbsttötung zu einem zerreißenden Konflikt zwischen der ärztlichen Berufspflicht, Anwalt des Lebens zu sein, und der ganz anderen Rolle, einen anderen Menschen zu töten, führen wird. Das wäre das Ende eines jeden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten.

Seit einigen Jahren bieten Organisationen wie die Schweizer Dignitas oder der Verein von Herrn Dr. Kusch die professionelle Beihilfe zur Selbsttötung als Dienstleistung an. Es liegt auf der Hand, dass damit die Gefährdung der besonders suizidanfälligen Menschen ansteigt.

Eine der Menschenwürde und dem Schutz des Lebens verpflichtete Gesellschaft muss jedoch das Ziel haben, diesen Personen Lebens- statt Sterbehilfe zu leisten. Tatsächlich ist die Gefährdung von Menschen in schwierigen Lebenslagen durch die Angebote von Suizidhelfern nicht nur dann zu befürchten, wenn diese Angebote erwerbsmäßig erfolgen, sondern bereits dann, wenn Einzelpersonen oder organisierte Personengruppen ein für beliebig viele Wiederholungsfälle nutzbares Dienstleistungsangebot zur Verfügung stellen.

Ob dafür Geld fließt oder nicht, ist nicht entscheidend. Deshalb muss das Verbot, soll der Schutzzweck erreicht werden, jede auf wiederholte Tatbegehung gerichtete Suizidunterstützung durch Einzelpersonen oder organisierte Personengruppen umfassen. Der Deutsche Ärztetag hat mehrfach ein ausdrückliches Verbot der ärztlichen Beihilfe zu Selbsttötungen beschlossen. Dies muss aus meiner Sicht unsere Richtschnur sein.

Abgeordneter
Dr. Denis Alt, SPD

Frau Präsidentin, meine Damen, meine Herren! „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat." So heißt es in Artikel 20 unseres Grundgesetzes.

Das Sozialstaatsprinzip gebietet Hilfeleistungspflichten der Gesellschaft dort, wo der Einzelne, gegebenenfalls auch mit Unterstützung seiner Familie, an die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit stößt. Gerade in schwierigen Entscheidungssituationen am Ende eines Lebens muss die Hilfeleistung der Gemeinschaft dem Menschen beistehen, wenn dies erforderlich ist und gewünscht wird. Auch wenn ich aus Zeitgründen die Bedeutung der bestehenden Hilfsangebote, zum Beispiel der Palliativmedizin oder der Hospize, nicht im Einzelnen wiederholen kann, unterstreiche ich das, was meine Vorredner zu ihrer Bedeutung gesagt haben.

Meine Damen und Herren, Sterbebegleitung ist nicht nur ein besseres Wort als Sterbehilfe, sondern es signalisiert auch ein fundamental anderes

Verständnis von der Aufgabe und dem besonderen Respekt vor dem Leben. Wie in allen modernen Gesellschaftsordnungen steht das Leben unter besonderem Schutz der Gemeinschaft. Für uns ergibt sich das aus Artikel 1 des Grundgesetzes.

Unter dem Schutz der Verfassung steht auch die Handlungsfreiheit des einzelnen Menschen. Der Versuch, das eigene Leben zu beenden, wird völlig zu Recht in unserer Gesellschaft als Hilfeschrei angesehen und nicht als etwas, das zu sanktionieren wäre. Wenn ein schwerkranker Mensch den Wunsch äußert zu sterben, muss auch das als Bitte um Hilfe und Beistand verstanden werden.

Doch auch wenn ärztliche und pflegerische Hilfe sowie mitmenschlicher Beistand vorhanden sind, gibt es Situationen, in denen der einzelne Mensch die Entscheidung trifft, nicht mehr weiterleben zu wollen. Das sind die Grenzfälle, von denen Jochen Hartloff eben gesprochen hat.

Der höchste Wert ist die Freiheit. Sie kann im Einzelfall auch die Freiheit einschließen, über den Zeitpunkt des eigenen Todes entscheiden zu wollen. Die Frage, ob dies wirklich der eigene, ernsthafte Wille ist, wird man anhand sehr enger Voraussetzungen zu beurteilen haben.

Aus grundsätzlichen Überlegungen der Entscheidungsfreiheit heraus spreche ich mich dafür aus, auch dem Menschen, der nicht Hilfe im Sterben, sondern auch Hilfe zum Sterben erbittet, bei dieser Entscheidung beizustehen und nach Beratung und Gesprächen dies zu akzeptieren, auch wenn es in der Konsequenz die Hilfe zu einer Selbsttötung mit einschließen kann.

Auf Ärzte darf unter keinen Umständen Druck ausgeübt werden, für eine Suizidassistenz zur Verfügung zu stehen. Umgekehrt sollte aus meiner Sicht aber auch kein Verbot, sei es im staatlichen Recht oder im Berufsrecht der Ärzte, existieren, das einen Arzt oder eine Ärztin daran hindert, nach gründlicher Abwägung einem schwer kranken und fest entschlossenen Menschen dabei zu helfen, seinen eigenen Tod herbeizuführen. Eine gesetzliche Regelung des ärztlich assistierten Suizids mit dem Einfordern von Voraussetzungen würde dafür ein Stück Rechtssicherheit schaffen. In dieser Einschätzung hat mich ein Jahr Zivildienst in einem Krankenhausbereich Innere Medizin durchaus mit geprägt.

Die Verfügbarkeit von Hilfsangeboten der Palliativmedizin und der Hospizversorgung ist hierzu überhaupt kein gedankliches Gegenstück. Im Gegenteil, ohne eine gut ausgebaute medizinisch-pflegerische und menschliche Versorgung könnte ich mir überhaupt nicht vorstellen, einen assistierten Suizid in unserer Rechtsordnung konkret vorzusehen. Dabei bin ich mir bewusst, dass auch dann noch viele Fragen offen bleiben werden und vielleicht auch nicht zufriedenstellend beantwortet oder gar in Paragrafen gegossen werden können.

Dabei lehne ich organisierte Formen der Sterbehilfe – um jetzt doch den Begriff zu verwenden – und in Vereinen ab. Es muss verhindert werden, dass an die Stelle der privatautonomen Entscheidung eine Gruppenentscheidung tritt, bei der sich der einzelne Mensch zu einer Entscheidung in die eine oder andere Richtung verpflichtet fühlen könnte.

Meine Damen und Herren, natürlich kann man bei der Abwägung der genannten Werte vor dem eigenen Gewissen auch zu ganz anderen Schlussfolgerungen gelangen. Für mich steht im Mittelpunkt das Vertrauen darauf, dass Menschen auch in schwierigsten Situationen in ihrer Willensentscheidung zu den für sie richtigen Schlussfolgerungen gelangen können.

Abgeordnete
Marlies Kohnle-Gros, CDU

Frau Präsidentin, meine Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich noch einmal zu Wort gemeldet, weil ich von diesem Nachmittag, von dem, was Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, aber auch die Mitglieder der Landesregierung zu diesem Thema gesagt haben, total beeindruckt bin.

Ich will an das anknüpfen, was unser Landtagspräsident zu Beginn der Debatte gesagt hat. Ich selbst komme aus einer Generation und aus einer dörflichen familiären Struktur, die man sich heute so vielleicht nicht mehr vorstellen kann, aber ich habe es noch erlebt, dass vier Generationen – nicht nur drei, sondern vier – in einem Haus und der Rest der Familie im Dorf oder höchstens im Nachbardorf zu Hause waren. Das Sterben hat in dieser Struktur – Frau Anklam-Trapp, Sie haben das toll gesagt – dazugehört. Man hat sich vorher und nachher besucht, man hat einander beigestanden. Das war einfach ganz selbstverständlich.

Ich habe aber natürlich genauso wie Sie alle in den vergangenen 50 Jahren die Entwicklung mitgemacht, dass sich die Gesellschaft im familiären Bereich vollständig verändert hat. Die Medizin hat sich aber auch verändert. Wir haben ganz andere Möglichkeiten, lang und gesund zu leben. Trotzdem

kommt aber irgendwann die Situation, dass der Tod – das haben Sie alle zu Recht gesagt –, der zum Leben gehört – das Leben geht bis zum Tod, es ist nicht das Sterben, sondern es ist das Leben, das bis zum Tod geht und erst dann endet –, das Leben vollendet. Das ist ein wichtiger Begriff, der im Wort „enden“ steckt. Es vollendet auch etwas. Es ist mir wichtig, das an dieser Stelle noch einmal zu sagen.

Bitte, wir müssen auch zur Kenntnis nehmen, dass heute alte Menschen nicht mehr 65, sondern oft auch schon 95 Jahre alt sind. Ihre Kinder sind nach unserem Verständnis, das wir haben, selbst schon alte Menschen.

Das wird sich vielleicht auch noch einmal ein Stück weit verschieben müssen, damit wir wieder zueinanderkommen. Das heißt, die Herausforderungen für die Familien sind ganz anders.

Wer mich lange genug kennt, der weiß, dass ich mich für den Lebensschutz engagiere. Ich bin denen dankbar, die den Beginn des Lebens mit einbezogen haben. Zum Lebensschutz gehört auch das Ende des Lebens.

Ich will auch für mich sagen, dass unsere Gesellschaft in Deutschland christlich-abendländisch geprägt und demokratisch aufgestellt ist und das Interesse, das Kämpfen und das Eintreten für die Schwächsten in der Gesellschaft diese Gesellschaft ausmachen. Dazu gehören auch diejenigen, die zum Schluss krank, alt oder allein sind. Ich besuche sehr oft Menschen, die sich in der Hospizarbeit engagieren. Ich kenne die Altenheime und Krankenhäuser in meiner Region. Das, was man manchmal erlebt und hört, ist etwas ganz anderes. Das hat noch keine Rolle gespielt. Deswegen will ich es hier noch einmal sagen.

Für manche Menschen ist es nicht selbstverständlich, der Überzeugung zu sein, dass sie ein Leben gelebt haben, das rund war, und die Aufgaben, die ihnen das Leben gestellt hat, bewältigt sind. Die Familien sind heute oft nicht in der Lage, das mit dem Menschen, der an sein Ende kommt, so zu besprechen, dass er auch gehen und loslassen kann. Das ist eine Aufgabe, die heute die Hospizhilfe ambulant oder stationär leistet. Dafür müssen wir dankbar sein. Die Familien können das vielleicht nicht mehr in diesem Maß.

Lassen Sie mich noch einen Gedanken sagen, der auch hier gelegentlich angeklungen ist. Ich bin selbst kein großer Freund der Patientenvorsorgevollmacht. Ich bin aber ein großer Freund davon, diese Dinge mit Angehörigen oder mit Freunden zu besprechen, damit nachher irgendjemand weiß, wie ich mein Leben gelebt habe und wie ich es auch beenden möchte.

Wenn man dann jemand findet, ob es ein Freund, ein Familienangehöriger, ein Pfarrer oder wer auch immer ist, dann hat man einen wichtigen Schritt gemacht, um sein Leben abgerundet beenden zu können. Man weiß, es ist jemand da, der darüber informiert ist, wie ich denke, und der mit mir all diese Dinge über das Ende des Lebens besprochen hat. Das kann helfen, das Leben zu vollenden.

Abgeordneter
Alexander Schweitzer, SPD

Frau Präsidentin, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich schließe mich den Ausführungen von Frau Kohnle-Gros an. Ich glaube, uns beiden geht es gemeinsam so. Wir sind nicht die Einzigen. Man kann von der Qualität und der Sachlichkeit dieser Debatte beeindruckt sein. Ich glaube, es ist für uns alle gemeinsam ein angenehmes Gefühl zu sehen, dass das, was wir über die Fraktionen hinweg im Ältestenrat gemeinsam mit dem Präsidium vorbereitet und besprochen haben, aufgeht.

Sie erinnern sich, dass meine Fraktion den Vorstoß für eine solche Orientierungsdebatte gemacht hat. Wir haben aber sehr schnell gespürt, dass wir an dieser Stelle zusammen sind und eine solche Orientierungsdebatte, die auch zur inneren Orientierung derer beiträgt, die eine solche Debatte verfolgen, funktionieren kann. Mir geht es so. Ich habe viele Impulse aufnehmen können, die mir guttun und in mir weiter wachsen werden.

Ich bin mir sicher, dass wir von heute an mit diesem Thema womöglich in unseren Wahlkreisen und in vielen Gesprächen, die wir mit Betroffenen führen, weitergehen werden. Ich bin mir auch sicher, dass wir in diesem Parlament noch Gelegenheiten finden – das eine oder andere ist verabredet –, um mit diesem Thema voranzugehen.

Ich will auch sagen: Lassen Sie uns darüber nachdenken, ob es im Rahmen der Zeitplanung einer ganzen Wahlperiode nicht hin und wieder zu geeigneten Zeitpunkten Themen und Anlässe gibt, an denen wir eine solche Orientierungsdebatte führen sollten. Ich finde, es muss uns nicht drängen, dass wir nicht den natürlichen parlamentarischen Abschluss einer Orientierungsdebatte in einem Antrag oder einem Gesetzgebungsvorhaben

finden, sondern das Parlament ist auch dazu da, Dinge zu klären, anzusprechen und im besten Sinne des Parlamentarismus miteinander zu verhandeln. Das muss uns nicht unangenehm sein. Im Gegenteil, wir dürfen das selbstbewusst als unsere Aufgabe definieren.

Ich nenne noch ein oder zwei inhaltliche Punkte, die ich noch hervorheben möchte. Mir hat gut gefallen, was gesagt wurde, als es um die Frage ging, wie weit wir uns voranwagen wollen und ob nicht eine Tür einen Spalt weit aufgeht. Ich habe in meinem ersten Statement meine persönliche Sorge vorgetragen, dass wir genau in dieser Situation sind, wenn wir zu liberal – das ist ein schöner Begriff, den ich in diesem Zusammenhang ungern benutze – werden, was die Reglementierungen angeht.

Ich glaube, wir alle – das ist auch in den Statements deutlich geworden – kennen auch die Sorge mancher, die in einem gesellschaftlichen Klima entstanden ist, das sich in dieser Gesellschaft entwickelt hat. Die Sorge vieler älterer Menschen ist, ob sie nicht am Ende schief angeschaut werden, wenn sie über viele Jahre hinweg pflegebedürftig sind.

Ist es denn das, was zu meiner eigenen Vorstellung vom Altwerden passt? Ich glaube, eine solche Botschaft muss von hier aus ausgehen. Das Leben ist allem anderen vorzuziehen. Das Leben steht über allem. Es ist wichtig, dass man selbst bei steigender Pflegebedürftigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Verletzlichkeit immer sagt: Wir müssen einen Weg zum Leben finden. – Das ist doch eine Überschrift, die über einer solchen Debatte stehen kann.

Ich kann mich an den Satz erinnern, den einige von uns oft in den Mund genommen haben, als wir über veränderte Familienzusammenhänge und Veränderungen in den Familienverbänden gesprochen haben. Wir haben definiert, Familie ist da, wo Kinder sind. Ich glaube, das ist ein Begriff, der Gültigkeit hat. Er wird sich aber mit Blick auf den demografischen Wandel wandeln.

Ich vermute, dass wir in eine Phase des gesellschaftlichen Miteinanders kommen, in der wir sagen werden, dieser Satz stimmt. Es kommt ein neuer hinzu. Familie ist da, wo man füreinander sorgt. Dieses Sorgen der Gemeinschaft ist etwas, was mich sehr stark beschäftigt. Die Botschaft an alle, die sich mit der Frage beschäftigen, wie es im hohen und höheren Alter weitergeht, muss sein, es wird für dich gesorgt sein, und zwar in einem ganz neuen Hilfemix, um den ein bisschen neumodischen Begriff zu benutzen. Dazu gehören professionelle Unterstützungen, die ambulante und auch die stationäre Pflege, die sich wandeln muss und wandeln wird, aber auch die ehrenamtliche Arbeit. Das ist ein ganz wichtiger Faktor, insbesondere wenn es um die Zusammenarbeit und die Mitarbeit mit demenziell Erkrankten geht. Hier ist die ehrenamtliche Unterstützung ein nicht zu unterschätzender Faktor.

Es kommt aber auch das hinzu, was die Familie noch leisten kann. Die Familie hat sich natürlich verändert. Wir wollen nicht negieren, dass es heute noch zumindest in Rheinland-Pfalz eine hohe Affinität in den Familien gibt, füreinander da zu sein, sich zu sorgen und zu pflegen. 70 Prozent der Pflege findet in den Familien statt. Das wollen wir noch lange schützen und unterstützen.

Wir brauchen die Strukturen von morgen und übermorgen, um das zu erreichen, was mir so wichtig ist, nämlich das Klima, in dem klar ist, du wirst immer eine Möglichkeit finden, in einer guten Situation zu Hause im Kreise deiner Lieben und deiner Familie zu leben. Wenn es zu Ende geht, werden wir ebenfalls um dich herum sein. Das ist aus meiner Wahrnehmung eine gute Botschaft.

Abgeordnete
Julia Klöckner, CDU

Frau Präsidentin, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Zeit ist dahingeeilt. Ich glaube, man erlebt unseren Landtag selten so konzentriert, so zuhörend und über die Fraktionsgrenzen hinweg Zustimmung klatschend. Das ist gut so. Das hat es auch schon früher gegeben, wie ich von den Kolleginnen und Kollegen gehört habe, als es um andere ethische Fragestellungen ging. Das ist auch das Gute, auch wenn wir nicht immer die Regelungskompetenz haben. Vieles geht ineinander über. Mich haben viele Beiträge zum Nachdenken gebracht, wenngleich sich vieles immer um drei Punkte gedreht hat.

Es ging um die Punkte, wie gehen wir mit einer Gesetzesänderung um, wenn es um die gewerbliche oder die Organisation von Sterbehilfevereinen geht. Es ging als Zweites natürlich immer um den Ausbau, um die andere Antwort, Palliativmedizin, Hospiz, Sterbebegleitung. Es ging natürlich auch um das Thema Standesrecht, Ärzteschaft. Ich glaube, es tut eine Vertiefung noch gut, wenn wir miteinander ins Gespräch kommen.

Ich will zum ersten Punkt noch sagen, ich habe mir als Resümee fünf Punkte aufgeschrieben.

Der erste Punkt, beim Nachdenken und Zuhören bin ich auf vieles gestoßen, was eigentlich eine Selbstverständlichkeit ist. Es wird sehr unterschiedlich gestorben. Was uns alle vereint, ist, für jeden wird es einmal ein Ende geben. Aber jeder Tod ist singulär, und jeder Tod wird anders sein. Jeder von uns kann etwas aus der Familie erzählen oder wird es irgendwann selbst einmal so erleben und dann feststellen, egal, wie umfangreich ein Gesetz ist, ein Gesetz wird nie passgenau passen. Deshalb sehe ich es für problematisch an – ich habe die Bundestagsdebatte intensiv verfolgt –, auch bei den Kolleginnen und Kollegen, die einen sehr liberalen Ansatz verfolgen, sie haben meist von einem Einzelextremfall eine komplette Gesetzgebung abgeleitet, die dann für alle gelten soll.

Ich komme zu dem zweiten Punkt, den ich mir notiert habe, zum Thema Arzt und Standesrecht. In den 17 Ärztekammern haben wir sehr unterschiedliche Regelungen von „soll“ und „darf“, oder in Rheinland-Pfalz ist davon gar nicht die Rede. Da wird es sicherlich darum gehen, noch einmal bei den Ärzten, bei den Betroffenen hineinzuhören; denn das, was ich von Ärzten immer gehört habe, ist, dass ihre Aufgabe ist, Leben zu retten und nicht zu beenden. Aber es wird Fälle geben – die kann ich nicht ausschließen, ich weiß es einfach nicht –, in denen schlichtweg der Arzt sagt, es ist gut so, wie die Regelung ist. Wenn wir hier sagen, wir brauchen Rechtssicherheit für die Ärzte, verstehen wir sicherlich alle, nicht alle, aber viele, noch einmal etwas anderes darunter. Das könnte im Fall der Fälle dann zu mehr Problemen führen als so, wie es jetzt vielleicht ist.

Es mag eine ungenügende Antwort sein, aber manchmal ist vielleicht das Fragezeichen auf der Mitte des Weges besser als ein Ausrufezeichen, das aber dann mehrere Weggabelungen und nicht gemeinsame Wege bietet.

Der dritte Punkt, den ich mir notiert habe und festhalten möchte, ist, hier gibt es eine Einigkeit. Es gab zwar Nuancen von anderen Kollegen, aber eine Einigkeit, dass wir die organisierte, gewerbliche Sterbehilfe verbieten wollen; denn eines hat sich gezeigt, dass von den Sterbehilfeorganisationen sich damals in der vergangenen Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eine Entwicklung ergeben hatte. Als sich eine Regelung abzeichnete, haben sich Vereine gegründet, das hieß, dass es dann für die Ärzte kein Gehalt mehr, sondern eine Aufwandsentschädigung durch die Mitgliedsbeiträge gab. Es gab eine große Einigkeit. Das kann man auch Richtung Bundestag aussenden, dort, wo die Entscheidung dann gefällt wird.

Vierter Punkt, Ausbau. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Da hatten wir als CDU-Fraktion zum Thema „Menschenwürdig leben bis zuletzt – Sterben in Würde“ eine Große Anfrage gestellt. Diese Anfrage hat viel Datenmaterial gebracht. Dieses Datenmaterial sollten wir gemeinsam auswerten und schauen, wo wir in Rheinland-Pfalz vielleicht weiße Flecken haben – jeder kann einige benennen – und welchen Ausbaupfad wir in welcher Zeit anbieten möchten.

Jetzt komme ich zum fünften Punkt, einer gemeinsamen Anhörung, die sicherlich Sinn macht just mit Blick auf diese Fragestellung, was wir tun können. Uns haben Palliativmediziner auch in der Vorbereitung gesagt, der Wunsch, sterben zu wollen, weil die Schmerzen unerträglich sind, ist nachvollziehbar, aber nicht notwendig, wenn man eine ordentliche Palliativmedizin hat. Pallium, der Mantel, der um einen gelegt wird. Es geht nicht um das Kurieren, nicht um das Heilen einer Krankheit, aber um das Lindern und Erträglichmachen und Qualität im Leben. Hospize sind nicht Orte des Todes, sie sind auch noch Orte des Lebens. Es geht darum, dass wir das in einer Anhörung, in der wir diese Bandbreite vertiefen, durchdringen können, noch einmal mehr zu eigen zu machen.

Mir bleibt zum Schluss, allen Kolleginnen und Kollegen Danke zu sagen. Es war eine intensive Debatte, die nicht aufhört mit dem Denken. Aber es war einmal eine gute Erfahrung und auch ein gutes Gefühl, das heute gemeinsam erlebt zu haben.

Abgeordneter Daniel Köbler, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Frau Präsidentin, meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich denke, das war ein Tagesordnungspunkt im Parlament, der mir – ich denke, vielen von uns – lange in Erinnerung bleiben wird, weil es doch ein ganz besonderer Moment ist, in dieser Form dieses wichtige Thema – wie ich finde – in aller Angemessenheit und in ganzer Bandbreite zu diskutieren bzw. die Diskussion im Landtag und im Lande zu eröffnen.

Ich denke, wir haben ganz viele Sichtweisen gehört. Wir haben vor allem in dem ganzen Thema verschiedene Komplexe, die wir angehen müssen.

Ich glaube, wir sollten diese Themenkomplexe, die zu dem ganzen Thema Sterbebegleitung gehören, auch als solche begreifen und nicht das eine gegen das andere stellen, wenn möglicherweise das eine und das andere oder das eine ohne das andere sein kann.

Ich glaube, das Erste haben wir heute schon geleistet, dass wir alle unserer Verantwortung noch stärker gerecht werden, diese Themen Krankheit, Leid, Sterben, Tod in die Gesellschaft zu tragen und dem gesellschaftlichen Trend entgegenzuwirken, diese Themen ein Stück weit zu tabuisieren, weil sie schwierige, unangenehme Themen sind, die vielleicht nicht so zum Mainstream passen.

Beim Zweiten haben wir viel Einigkeit und mindestens genauso viel an Aufgaben noch vor uns. Das ist das Thema der würdevollen Begleitung kranker und sterbender Menschen. Das ist der Ausbau der Palliativmedizin, des Hospizwesens. Machen wir uns nichts vor – das ist von mehreren gesagt worden –, da sind noch ganz große Räder zu drehen. Umso mehr habe ich hier doch eine große Einigkeit festgestellt, und lassen Sie uns gemeinsam versuchen, viel Gutes zu erreichen, um die Teilhabe und das würdevolle Leben bis zum Ende für viel mehr Menschen, unabhängig vom Einkommen und vom Vermögen, zu gewährleisten.

Dann sind wir uns einig, wenn wir sagen, es geht darum, dass wir für das Leben und für ein Leben in Würde sind. Wir sind uns auch einig, dass die Frage, was am Ende diese Würde ausmacht, doch eine total individuelle ist, eine an eigenen ethischen Grundsätzen und Erfahrungen orientierte. Deshalb haben wir die Debatte so geführt, wie sie ist.

Ich glaube, so sollten wir sie weiterführen, auch wenn wir die Anhörung in den Ausschüssen machen und in vielen anderen Diskussionen, mit dem entsprechenden Respekt voreinander. Ich bitte dabei um eines, dass man versucht, die individuellen, ethischen und moralischen Vorstellungen, die jeder Einzelne hat, nicht zu kollektivieren, sondern, wie wir es in dieser Debatte zugelassen und dort applaudiert haben, wo man vielleicht zu anderen Schlüssen gekommen ist, die weitere Debatte zu führen, auch zu sehen, dass es in der Gesellschaft ganz individuelle, ganz unterschiedliche Vorgeschichten durch ganz unterschiedliche Werte, unterschiedliche Definitionen davon gibt, was es gerade in solchen Extremsituationen bedeutet, für ein Leben in Würde zu sein.

ANHÖRUNG DER SACHVERSTÄNDIGEN

IN DER GEMEINSAMEN SITZUNG DES SOZIALPOLITISCHEN AUSSCHUSSES, DES RECHTSAUSSCHUSSES, DES AUSSCHUSSES FÜR INTEGRATION, FAMILIE, KINDER UND JUGEND SOWIE DES AUSSCHUSSES FÜR WISSENSCHAFT, WEITERBILDUNG UND KULTUR AM 29. MAI 2015

Constanze Angerer
Landgerichtspräsidentin a. D.,
Ethikrat Berlin

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 Prozent 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 bewogen, 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.

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.

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

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

Meine Damen und Herren, ich bedanke mich zunächst für die Ehre, hier bei Ihnen die Grundsätze der DGHS – Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben – vortragen 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 Personalität, 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 gebrechliche, pflegebedürftige, oft alleinstehende alte Menschen einen solchen Horror haben vor deutschen Alters- und Pflegeeinrichtungen, dann muss man die Ursa-

che 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 assistieren 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 bereichern" 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 ärztlich assistierten, aber frei verantworteten, vom Kranken ausdrücklich gewollten Suizids gewahrt sehen, ohne moralische Bewertung durch Andersdenkende. Denn Menschenwürde basiert auf Wahlfreiheit. – Dankeschön.

Robert Gosenheimer
Leitender Oberarzt Palliativmedizin, Krankenhaus St. Marienwörth, Bad Kreuznach

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 brau-

chen Informationen über das, was auf sie zukommt. Sie suchen Klarheit und Verbindlichkeit, sie suchen Menschen, die sich mit diesem Unbekannten auskennen, 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 spezialisierte ambulante Palliativversorgung (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 lebenserhaltender 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 vorgegeben 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 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 entschiedensten 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 Kalküls.

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.

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.

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

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 Anführungszeichen – „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 Grundgesetzes: 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."

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.

Professor Robert Roßbruch
Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Department Gesundheit und Pflege

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 zugestandenermaßen 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 Türe 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 Lebensende, 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 gewerb-

licher 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 Dammbruchs, 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 Dammbruch 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.

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 Paragrafen 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.

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.

Ordinariatsdirektor
Dieter Skala
Katholisches Büro Mainz

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 weitere 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. Diese Position wird übrigens auch von dem wichtigsten kirchlichen katholischen Laiengremium, nämlich dem Zentralkomitee der Deutschen Katholiken, geteilt.

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 Gottesebenbildlichkeit 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 organsierten Formen, dort, wo die Beihilfe wiederholt angeboten oder praktiziert wird, durch Einzelne oder beispielsweise Vereine. 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 Be-

rufung 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, Verlassenheits- 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 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 habe es 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 Prozent 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 ergebende 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 Hinblick 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 Prozent der sterbenden Menschen in Pflegeeinrichtungen befinden.

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.

Gisela Textor
Hospiz- und PalliativVerband Rheinland-Pfalz (bis 29. April 2015 Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz Rheinland-Pfalz e. V.)
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 spezialisierte ambulante Palliativversorgungs-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 Prozent der Menschen krebserkrankt. Im stationären Bereich liegt diese Prozentzahl höher; da sind es über 90 Prozent 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 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 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.

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 Wertmaßstäbe; 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.

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.

PLENARSITZUNG MIT SCHLUSSDEBATTE ZUR STERBEBEGLEITUNG AM 23. JULI 2015

Präsident Joachim Mertes
Ich rufe Punkt 22 der Tagesordnung auf:

Schlussdebatte zum Thema Sterbebegleitung

dazu:

Menschenwürdig leben bis zuletzt
Antrag der Fraktion der CDU – Entschließung –
Drucksache 16/5292

Gute ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz weiter ausbauen
Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Entschließung –
Drucksache 16/5299

Die Fraktionen haben untereinander eine Redezeit von 20 Minuten je Fraktion in Fünf-Minuten-Redebeiträgen vereinbart. Sie haben mir eine Liste gegeben, wer beim letzten Mal in welcher Reihenfolge gesprochen hat. Ich brauche keine Ausführungen mehr darüber zu machen, wie wir diese Orientierungsdebatte angelegt haben. Zuerst einmal war es in der Tat die Orientierung, danach die Anhörung der Sachverständigen. Heute haben wir sozusagen eine Schlussdebatte.

Die Schlussdebatte wird, wie gesagt, in Einzelbeiträge der Kollegen gegliedert. Wir bitten darum, wie bei der Orientierungsdebatte keine Zwischenfragen und keine blauen Karten einzusetzen. Wenn das Ihr Einverständnis findet, dann können wir so verfahren.

Wir beginnen mit der SPD, dann die CDU und die GRÜNEN.

Abgeordneter Alexander Schweitzer, SPD
Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen des Landtages! Sehr geehrter Präsident, Sie haben schon darauf hingewiesen, wir befinden uns zumindest im vorläufigen Finale einer Orientierungsdebatte, eines Experiments.

Als ich das zu Beginn des Jahres den Kolleginnen und Kollegen des Landtags vorgeschlagen habe, war mir bewusst, dass das ein ganzes Stück

Neuland für dieses Parlament sein würde. Aber ich bin mir mit vielen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich in den vergangenen Tagen gesprochen habe – auch fraktionsübergreifend –, einig, dass dieses Experiment gelungen ist.

Es ist uns gelungen, eine Debatte über eine inhaltlich schwere Materie zu führen, nämlich über die folgenden Fragen: Wie gehen wir mit dem Leben um? Wie gehen wir mit dem um, was auch zum Leben gehört, nämlich dem Sterben, der Hinfälligkeit, der Krankheit und dem Tod? Wie gestalten wir gemeinsam in einer solidarischen Gesellschaft die letzten Schritte des Lebens?

Diese Debatte, zu der ich damals vorgeschlagen hatte, dass sie eigentlich jenseits der festgelegten Wege der Fraktionierung laufen soll, hat mir in der ersten Orientierungsdebatte viele Hinweise gegeben. Diese Hinweise sind durch die Ausschussanhörung verstärkt und stark unterstützt worden. Die Ausschussanhörung war ein parlamentarischer Höhepunkt, wie ich finde. Ich möchte deshalb den Sachverständigen, die im Plenarsaal Platz genommen hatten, Auskunft gegeben haben und zur Diskussion bereitstanden, ganz herzlich für ihre nachdenklichen und, wie ich finde, sehr bedeutsamen Einlassungen danken.

Meine Damen und Herren, ich habe damals im März für mich einen Punkt deutlich gemacht, der mit der Frage der Menschenwürde und dem Wert des Lebens zu tun hat. Allzu oft, nicht nur in meiner Zeit als Sozialminister, sondern insgesamt, wenn man sich mit den Fragen der Pflege und der Gesundheitspolitik beschäftigt, begegnet einem die Frage, die vermeintlich volkswirtschaftlich begründet daherkommt: Was kostet das in einer Gesellschaft des langen Lebens? Was kostet es, wenn Menschen lange, aber vielleicht lange in Phasen der Pflegebedürftigkeit leben?

Ich habe mich immer auf den Standpunkt gestellt, dass das eine Frage ist, die eine seltsame Botschaft in sich trägt, nämlich dass die Gesellschaft das Recht hat, eine solche Rechnung aufzumachen. Ich halte es nicht für geboten, über diese Frage volkswirtschaftlich und mit Krämerseele nachzudenken. Für mich ist Menschenwürde und der Wert des Lebens nicht abhängig von der eigenen Stärke, von der vermeintlichen Autonomie. Sie ist nicht abhängig von der Lebensphase und der persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Stärke, in der sich ein Mensch befindet. Menschenwürde ist und bleibt unantastbar, egal in welchem persönlichen Zustand sich ein Mensch befindet.

Ich bin sehr froh, dass einige der Sachverständigen auf diesen Punkt eingegangen sind. Ich will Professor Klie aus Freiburg nennen, der sehr bedeutend den Punkt angebracht hat, als er formuliert hat: „Ein Bild von Würde, das mit persönlicher Leistungsfähigkeit verbunden ist, gefährdet die Achtung all derjenigen Personen, die vulnerabel“ – also verletzlich – „sind“. *

Herr Dr. Posern von der evangelischen Kirche hier in Rheinland-Pfalz hat formuliert „mein Leben gehört mir, ist (...) ein abstrakter Trugschluss“.

Meine Damen und Herren, ich neige zu dieser Auffassung. Es gibt so etwas wie einen Kult der Autonomie in unserer Gesellschaft, der vergessen lässt, dass das Leben, die Persönlichkeit sich in einer modernen Gesellschaft nur dann erfüllt, wenn wir in Beziehungen sind, manchmal auch in Abhängigkeit, und zwar auch dann, wenn wir es selbst nicht spüren, weil wir uns vermeintlich stark, kräftig und unantastbar fühlen. Aber die Abhängigkeit ist dennoch da. Darum ist es wichtig, dass wir die Frage, wie lange soll der Mensch leben, leben dürfen, sich selbst gestatten leben zu dürfen, nicht von der Frage einer vermeintlichen Autonomie abhängig machen. Das ist zumindest meine persönliche Position.

Ich will auch sagen, dass es bedeutend war, wie sehr die Frage der Ärzteschaft in der Debatte eine Rolle gespielt hat. Ich bin nach wie vor der Meinung, dass wir unseren Ärztinnen und Ärzten Vertrauen entgegenbringen sollen und sie auf die Gesellschaft vertrauen können sollen, wenn es darum geht, dass für sie Rechtssicherheit herrscht, wenn sie in Grenzsituationen ihres beruflichen Alltags kommen. Auch das hat die Ausschussanhörung deutlich gemacht.

Meine Damen und Herren, meine Fraktion hat all die Punkte, die uns wichtig sind, in einem Antrag formuliert.

Abgeordnete Julia Klöckner, CDU

Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! So vielfältig wie das Leben ist, so vielfältig ist auch das Sterben. Das hat nichts mit dem Alter zu tun, sondern das hat mit der individuellen Verfassung, dem Schicksal und mit dem Leben zu tun. Sterben ist ein Teil des Lebens und nicht ein Teil des Todes.

*Der Abgeordnete Schweitzer bezieht sich auf die auf S. 159 erwähnte Vorlage 16/5325.

Wir fragen uns: Geht das den Gesetzgeber etwas an? Geht das die Politiker etwas an? – Ja, es geht uns etwas an, weil es um Grenzsituationen im menschlichen Leben geht. Grenzsituationen sind Situationen, in denen wir eine Hand brauchen. Wir brauchen eine Hand, wenn wir ins Leben hineingehen. Wir brauchen auch eine Hand, wenn wir das Leben verlassen. Es ist schon eine entscheidende Frage und ein großer Unterschied, ob es eine Hand ist, an der wir sterben, oder ob das eine Hand ist, durch die wir sterben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich komme zu den Grenzsituationen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir uns frei von Fraktionszwang, frei auch von den üblichen Debatten und von partei- und fraktionspolitischen Diskussionslinien darüber unterhalten, was wichtig ist und etwas über die Temperatur in einer Gesellschaft aussagt.

Wenn man in einer Grenzsituation ist, hat man schnell Ängste und Sorgen. Die Medizin und der technische Fortschritt haben viele Hoffnungen gebracht. Wir überleben heute Krankheiten und Erkrankungen. Es ist wunderbar, dass man weiterhin zusammen sein kann mit seinen Liebsten, mit Freunden in der Gesellschaft. Diese Entwicklung und die Technik bringen auch Sorgen. Es ist diese Sorge davor, dass wenn der Körper nachlässt, vielleicht die geistige Selbstbestimmung und die Frage der Einwilligungsfähigkeit nachlässt. Darum geht es. Wenn meine Einwilligungsfähigkeit nicht mehr so gegeben ist, dann frage ich mich, was am Ende passiert. Was passiert, wenn ich nicht mehr will oder nicht mehr kann? Das sind viele Sorgen, Ängste und Fragen.

Ich will ganz deutlich für meine Fraktion sagen, mit der Endlichkeit des Lebens macht man keine Geschäfte. Das ist uns wichtig.

So, wie ich es wahrgenommen habe – sowohl bei der Anhörung als auch bei der Auswertung der Anhörung –, glaube ich, dass es zumindest bei der Mehrheit fraktionsübergreifend so ist, dass wir es nicht wollen, dass Geschäfte mit dem Tod und mit den Ängsten gemacht werden und wir gewerbsmäßige Sterbehilfevereine nicht zulassen, sogar verbieten wollen in Deutschland.

Dann kommen wir natürlich zu der Frage der standesrechtlichen Freiheit. Es gibt sehr unterschiedliches ärztliches Standesrecht innerhalb von Deutschland. Ich kann es jetzt nur für mich sagen, weil wir in der Fraktion nicht darüber abgestimmt haben, weil wir deutlich gemacht haben, dass wir hier frei reden. Wir stimmen zwar nicht ab wie der Deutsche Bundestag. Es sind schwierige Entscheidungen, weil es auch Nuancen in den einzelnen Anträgen sind. Aber ich bin der Meinung, dass das Standesrecht, wie wir es in Rheinland-Pfalz haben, dass man eben nicht alles in Wort, Buchstabe und Gesetz schreiben kann, gut ist und es auch Dinge geben muss, die man nicht regelt, die so sind, wie sie sind, weil dort Menschen sind und agieren.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die Sorgen vor einem Würdeverlust sind die Sorgen, die uns natürlich umtreiben. Menschen müssen Wertschätzung erfahren können. Deshalb wird es für meine Fraktion entscheidend um die Fragen gehen: Was können wir hier im Land tun, damit Menschen nicht den eigenen Druck verspüren, Schmerzen entkommen zu müssen, und zwar nicht durch Hilfe, sondern durch früheres Ableben? – Palliativmedizin ist der Mantel, Pallium, der um einen liegt. Die Medikamente kurieren nicht, aber sie lindern. Das Lindern ermöglicht ein würdevolles Leben, ein lebenswürdiges Leben bis zuletzt.

Dazu brauchen wir erstens Menschen. Auch wenn das Konto voll ist, der Euro hat keine Arme und Hände. Wir brauchen genügend Pflegerinnen und Pfleger, wir brauchen ambulante spezialisierte Palliativmediziner und Teams, und zwar flächendeckend in unserem Land.

Wir müssen die weißen Flecken wirklich überdecken. Wir müssen es schaffen, dass Hospizarbeit und Palliativmedizin jedem zugänglich sein werden.

Ich möchte mich dem Kollegen Schweitzer anschließen. (…) Auch wir haben einen Antrag vorgelegt. Ich denke: Das Leben braucht Liebe, Sterben aber auch.

Abgeordneter Daniel Köbler, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Herr Präsident, meine Damen und Herren! Ich bin sehr dankbar, dass wir diese Debatte miteinander führen, wir sie miteinander geführt haben, auch, wie wir sie miteinander geführt haben, nämlich in einer ganz anderen Form, als wir das sonst tun. Für mich ganz persönlich habe ich es als sehr bereichernd empfunden. Ich hoffe, wir konnten unseren Teil zu dem beitragen, was ich versucht habe, in der ersten Orientierungsdebatte zu formulieren, dass die Debatte an sich einen kleinen Fortschritt hat, nämlich wir das Thema Sterben, das Thema Krankheit aus dem Schweigen herausholen und in die Öffentlichkeit bringen; denn es eint uns alle, dass wir davon ausgehen,

dass die Menschen ein Recht auf Teilhabe, auf Nichtvergessenwerden haben. Das gilt in ihrem individuellen Umfeld genauso wie in der Frage der politischen Debatte.

Deswegen möchte auch ich mich dem Dank anschließen an alle, die an dieser Debatte mitgewirkt haben, unabhängig von der individuellen Position, Haltung, Erfahrung oder Meinung, ob das eine Orientierungsdebatte in der Ausschussanhörung war, in Gesprächen, die wir alle in den Fraktionen geführt haben, aber ich hoffe, auch quer über die Fraktionsgrenzen hinweg. Ich glaube, die Debatte an sich hat dem Thema gutgetan und auch einen Beitrag dafür geleistet, dass diese Themen nicht mehr im Verborgenen stattfinden, sondern ein Stück weit eine Öffnung stattgefunden hat.

Wenn wir über solche Grenzsituationen nachdenken, dann wird mir persönlich eines klar: Jeder Mensch ist ein Individuum, jeder Mensch ist anders. Genau in diesen Grenzsituationen, wenn es um die Frage des Sterbens, von Leid und von Not geht, dann wird immer deutlicher, dass wir Menschen nicht in Schubladen packen können und wir die Frage, dass wir für alle ein Sterben in Würde wollen, gemeinsam mit Ja beantworten.

Was bedeutet es, individuell in Würde zu sterben? Für jedes Individuum ist es möglicherweise mit anderen Antworten, mit anderen Vorstellungen belegt. Deswegen tun wir uns in der Politik so unglaublich schwer, wir, die wir den Auftrag haben, sozusagen stellvertretend für die Menschen in diesem Land verbindliche Entscheidungen und verbindliche Vorgaben zu treffen, weil wir über Situationen reden, die höchst individuell und deswegen in höchstem Maß ethisch und von Wertvorstellungen geprägt sind.

Ich bin froh, dass es uns gelungen ist, einen Konsens festzustellen. Der Konsens liegt darin begründet, dass wir sagen: Wir brauchen die größtmögliche Unterstützung, die größtmöglichen Teilhabechancen für Menschen, die alt, pflegebedürftig werden, die schwer krank sind, und zwar bis zuletzt.

Deswegen bin ich froh, dass wir im Kern – das sieht man beiden Anträgen an – der Auffassung sind, dass die Themen Hospizversorgung und Palliativmedizin Themen sind, die weiter vorangetragen werden und die wir auch flächendeckend in Rheinland-Pfalz stärken müssen. Wenn wir das als gemeinsames Ergebnis dieser Debatte nehmen, haben wir für die Menschen, die noch in diese Situation kommen, schon einen großen Schritt getan. Da gebe ich dem Kollegen Schweitzer recht. Das sind die Dinge, über die wir nicht nur volkswirtschaftlich reden müssen, sondern es ist auch unsere gemeinsame Verantwortung als Politik, die Menschenwürde und die Menschenrechte sozusagen buchstäblich bis zur letzten Sekunde jedem einzelnen Menschen zuteil werden zu lassen. Ich bin froh, dass wir diese Aufgabe gemeinsam angehen, meine Damen und Herren.

Ich will jedoch auch sagen, dass es zu kurz gesprungen ist zu sagen: Wir brauchen die bestmögliche Hospiz- und Palliativversorgung, dann sind alle Fragen beantwortet. Das ist nicht der Fall. Wir wissen das auch. Wir müssen uns der Frage stellen: Haben wir den Mut, hier als Gesetzgeber entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, oder haben wir ihn nicht? – Ich persönlich würde mir mehr Mut für die Politik wünschen. Mehr Mut bedeutet auch mehr Zutrauen in die individuelle Entscheidung.

So weit sind wir noch nicht, aber die Debatte trägt vielleicht dazu bei, einen guten Schritt weiter nach vorn zu kommen. Ich glaube auch, dass wir uns nicht wegducken sollten und die Verantwortung für die Ärztinnen und Ärzte auf das Standesrecht schieben. Ich glaube, dass wir hier den Ärztinnen und Ärzten viel zu viel Verantwortung geben und sie ein Stück weit alleinlassen.

Aber lassen Sie mich schließen mit Worten von Peter Hintze von der CDU-Bundestagsfraktion: Die politische Debatte ist gut, weil damit das Sterben der Menschen aus dem allgemeinen Schweigen herausgenommen wird.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler,
Ministerin für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen! Wir haben in den letzten Monaten dem Thema Sterbebegleitung in einer umfassenden und auch gründlichen Diskussion viel Zeit und Aufmerksamkeit gewidmet. Wir haben mit viel Empathie nachempfunden, was hinter den Ängsten und Wünschen der Menschen steht.

Deshalb bin ich der Meinung, dass die Debatten um Sterbehilfe und um Sterbebegleitung zusammengehören. Ich halte es für falsch, dass ich, wenn ich den Satz „Ich will sterben“ vernehme, als erstes über Sterbehilfe nachdenke. Ich halte es hingegen für richtig, darüber nachzudenken, was hinter dieser Äußerung steckt, was die Motivation dieser Aussage ist. Ich bin mir sicher, dass wir einen großen Teil der Ängste nehmen können, wenn wir über ein sehr gutes Versorgungsnetz im Gesundheitsbereich und in der

Pflege verfügen und darüber auch intensiv aufklären und umfassend informieren.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, in Rheinland-Pfalz haben wir ein gut ausgebautes Versorgungsnetz mit 35 ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdiensten, davon zwei ambulante Kinderhospize, sieben ambulante Hospizdienste, acht stationäre Hospize sowie ein Kinderhospiz und acht Teams, die eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung anbieten.

Der Ausbau geht stetig weiter. So habe ich in den letzten Wochen schriftliche Zusicherungen für den Ausbau von zwei weiteren Teams für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung erhalten, die nun in Gespräche mit den Kostenträgern einsteigen. Hierbei handelt es sich um Speyer mit einem großen Einzugsgebiet und Trier. Zudem will in der Westpfalz ein Initiator aus Homburg ein Versorgungsangebot aufbauen. Es ist mir als Landesministerin ganz wichtig, die lokalen Hospiz- und Palliativberatungsdienste einzubinden, weshalb wir diese drei Prozesse sehr eng begleiten und unterstützen werden.

Die Landschaft entwickelt sich meines Erachtens konsequent weiter. Für Ende des Jahres habe ich eine Einladung für die Einweihung eines stationären Hospizes in Bad Neuenahr-Ahrweiler erhalten. Ganz besonders wichtig ist, dass der Hospizverein in Mainz intensiv den Aufbau eines weiteren Teams in Rheinland-Pfalz anstrebt, um auch Kinder mit lebensverkürzenden Erkrankungen zu Hause hospizlich und umfassend palliativmedizinisch versorgen zu können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieser Ausbau und dieses Versorgungsnetz sind sehr wichtig; denn die Betreuungszahlen steigen ständig. Daher haben wir darüber hinaus eine Studie ausgeschrieben, in der es darum geht herauszufinden, was wir in Rheinland-Pfalz in Zukunft brauchen. Dabei geht es insbesondere um die Frage, wie die Angebote für die ländliche Versorgung zu organisieren sind. Selbstverständlich werden wir auch über die Ergebnisse dieser Studie, die zu Beginn des nächsten Jahres vorliegen sollen, berichten sowie darüber, welche weiteren Maßnahmen die Landesregierung initiieren wird.

Die Bundesländer haben bereits viel für die Verankerung dieser Hospizkultur und auch den Ausbau der Palliativversorgung geleistet. Für mich ist aber ein Ergebnis der Anhörung und der Debatte in den letzten Monaten, dass die Landesregierung gemeinsam mit der Hospizbewegung und den Palliativmedizinern und Pflegekräften das Ziel verfolgt, die hospizliche Haltung nachhaltig zu fördern. Das hat viele Facetten. Ich möchte drei herausgreifen.

Zuerst nenne ich den Einsatz für eine gute Pflege, für die wir uns als Landesregierung seit Jahren intensiv einsetzen. Es gehört zweitens auch die Förderung des Ehrenamts in der Hospizarbeit dazu. Wir fördern hier mit 135.000 Euro jährlich. Drittens leisten auch die Krankenkassen einen großen Anteil im Ausbau des Hospiz- und Palliativberatungsangebots. Hierbei setzt der Entwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland in Zukunft noch einmal wichtige Impulse, die es zu nutzen gilt.

Ein ganz wichtiger Aspekt, der in der Vergangenheit meines Erachtens noch nicht ausreichend beachtet wurde, ist die umfassende Informations- und Öffentlichkeitsarbeit. Ich zitiere aus der Anhörung Herrn Skala vom Katholischen Büro in Mainz, der noch einmal darauf hingewiesen hat, dass sich 75 Prozent der Menschen in Deutschland noch nicht ausreichend über die Themen Palliativversorgung und Sterbehilfe informiert fühlen.

Rheinland-Pfalz hat das erkannt und als eines der ersten Bundesländer die Charta zur Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen unterschrieben. Das ist eine sehr verbindliche Form der Öffentlichkeitsarbeit für das Anliegen der Hospizbewegung. Viele Institutionen und Träger sind dem gefolgt.

Im vergangenen Jahr gab es den ersten landesweiten Hospiztag. Auf Anregung von Rheinland-Pfalz haben wir unter meinem Vorsitz einen einstimmigen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz gefasst und die Bundesregierung aufgefordert, eine umfassende Aufklärungskampagne über die Möglichkeiten und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung zu starten, die Beratung der Menschen in verschiedenen Stufen anzubieten und die Öffentlichkeitsarbeit für die besonderen Angebote am Lebensende zu stärken. Wir haben darüber hinaus zu dem Gesetzentwurf im Bundesrat beantragt, dass die Krankenkassen diese neue Aufgabe der Beratung – diese sollte im Fokus stehen – und Hilfestellung für ihre Patientinnen und Patienten in der Frage der Hospiz- und Palliativversorgung auf Pflegestützpunkte übertragen können, die bei uns in Rheinland-Pfalz bekanntermaßen sehr gut ausgebaut sind. Ich denke, es ist sinnvoll, bereits vorhandene Kompetenzen zu nutzen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wenn es um die Aufklärungsarbeit geht, möchte ich noch einen Aspekt herausgreifen, der auch diskutiert wurde, nämlich die notwendige Aufklärungsarbeit für das Krankheitsbild Depression; denn das ist durch die Anhörung auch noch einmal betont worden. Insbesondere Menschen mit einer schweren Depression äußern Suizidwünsche. Das betrifft auch, aber nicht nur alte Menschen. Rheinland-Pfalz leistet für dieses Krankheitsbild seit Jahren bundesweit vorbildlich mit Unterstützung der Landeszentrale für Gesundheitsförderung Aufklärungs- und Informationsarbeit.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, jeder Mensch mit einer schweren lebensbegrenzenden Erkrankung muss sich darauf verlassen können, im Krankenhaus, im Hospiz, in einer stationären Pflegeeinrichtung und zu Hause Zugang zu einer allgemeinen oder spezialisierten Palliativversorgung zu haben, wann immer er diese im Laufe seiner Erkrankung benötigt. Das erfordert eine konsequente Orientierung an den Wünschen des Einzelnen und die schon zitierte hospizliche Haltung überall dort, wo gestorben wird.

Zum Abschluss möchte ich einfach noch einmal meinen Dank aussprechen und all denjenigen danken, die für sterbende Menschen sorgen. Mein Dank richtet sich an die Familienangehörigen, die Pflegekräfte und die Medizinerinnen und Mediziner sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hospizdiensten; denn allen gemeinsam gelingt es, eine Kultur des Umsorgens zu leben. Mein ganz besonderer Dank gilt der Hospizbewegung, die diese Sorgekultur auch in das öffentliche Bewusstsein gebracht hat.

Abgeordnete Dr. Susanne Ganster, CDU

Sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben uns als CDU-Fraktion in den letzten Wochen sehr intensiv mit dem Thema Sterbebegleitung beschäftigt. Dabei haben wir bereits im Vorfeld der Orientierungsdebatte das Thema mit Experten aus der Hospiz- und Palliativversorgung, mit Ärzten, Professoren, aber auch Ehrenamtlichen besprochen. Auch die Anhörung und Auswertung im Landtag waren für uns sehr ertragreich. So stelle ich Ihnen heute die ethischen und religiösen Beweggründe für eine entschiedene Ablehnung einer organisierten, geschäftsmäßigen oder durch Vereine organisierten Sterbehilfe vor.

Keine Krankheit, kein Leid und auch kein Sterbeprozess können einem Menschen seine Würde nehmen. Jedem Menschen kommt seine je eigene Würde zu, von Beginn des Lebens an bis zu seinem letzten Atemzug. Im jüdisch-christlichen Kontext ist uns dabei auch der Gedanke wichtig, dass wir uns als Geschöpfe Gottes begreifen und das Geschenk des Lebens als unverfügbares Gut wertschätzen, das vor jedem Übergriff von außen zu schützen ist. Damit stehen wir Seite an Seite mit allen Religionen. Keine Religion spricht sich für eine aktive Sterbehilfe aus.

Auch losgelöst von jeder religiösen Prägung können wir als ethische Maxime die Würde des Menschen und den Schutz des Lebens quasi als Prämisse in diesem Diskurs voraussetzen. Eine andere Frage ist es, wie Menschen in Würde sterben können. Hier sind wir als Gesellschaft gefragt. Für uns steht klar der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung gerade in den ländlichen Regionen im Vordergrund.

Vor allem kirchliche Einrichtungen, aber auch viele freie Träger nehmen sich alter, kranker, behinderter oder sterbender Menschen in besonderer Weise an. Die Sterbebegleitung findet durch diese Dienste stationär, aber überwiegend ambulant statt. Hier setzt die Aufgabe der Politik an. Diese Dienste müssen wir in Rheinland-Pfalz stärken, besser vernetzen und publik machen; denn viele Menschen beschäftigen sich mit den Fragen der häuslichen Pflege oder eben auch mit den Fragen der Sterbebegleitung erst dann, wenn ein Angehöriger möglicherweise austherapiert nach Hause entlassen wird. Welche Anlaufstellen, Hilfen und Möglichkeiten der Begleitung es aber konkret gibt, ist oft unbekannt.

Wenn es um die Frage der Sterbebegleitung und auch der Sterbehilfe geht, dann wird oft die Frage nach der Selbstbestimmung gestellt.

Habe ich als Person nicht etwa das Recht, selbst zu entscheiden, wann und wie ich mein Leben beenden will? – Hier müssen wir kritisch zurückfragen, wie frei eine Entscheidung zur Selbsttötung überhaupt sein kann, wenn man in einer besonderen Situation ist, wenn man alt, alleine, krank, behindert oder etwa mittellos ist. Würde dann eine Änderung der Gesetzeslage für die aktive Sterbehilfe gerade auf solche Menschen nicht einen enormen Druck ausüben? Entspräche das wirklich unserem Verständnis von Selbstbestimmung? Wäre es dann wirklich eine freie Entscheidung, wenn sich jemand, der auf Hilfe und Pflege angewiesen ist, zum Beispiel für einen assistierten Freitod entscheidet, nur weil er seinem Partner, seinen Kindern oder Angehörigen nicht länger zur Last fallen möchte? Wie hoch wäre der Druck auf Menschen in einer solchen Situation, wenn aktive Sterbehilfe eine

legale und frei zu wählende Option neben weiteren aufwendigen, kostspieligen, lediglich lebensverlängernden Maßnahmen wäre? Würde das nicht eine Schleuse öffnen, die die aktive Sterbehilfe quasi als eine Therapieoption anbietet?

Meine Damen und Herren, ich möchte nicht in einer Gesellschaft leben, in der eine solche Möglichkeit den Druck auf kranke, pflegebedürftige, behinderte oder sterbende Menschen ausübt.

In der Anhörung haben wir von Beispielen aus Belgien und den Niederlanden gehört, wo selbst an Demenzkranken, ja sogar Kindern nach dem Gesetz aktive Sterbehilfe angewandt werden kann, und das hat für uns nichts mehr mit Selbstbestimmung zu tun.

Abgeordneter
Heiko Sippel, SPD

Herr Präsident, meine Damen und Herren! In Würde leben, in Würde sterben. – Dieser Leitspruch muss für unsere freiheitliche humane Gesellschaft uneingeschränkt gelten. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie hängt nicht von seinen Fähigkeiten, seiner Gesundheit oder Lebenssituation ab. Was bedeutet das aber für unseren Rechtsrahmen, den der Staat zu setzen hat, wenn es um das Recht des Einzelnen geht, frei über die letzte Phase des Lebens zu bestimmen? Inwieweit kann das Recht auf Selbstbestimmung mit der Verpflichtung des Staates, Leben zu schützen und die körperliche Unversehrtheit zu gewährleisten, in Einklang gebracht werden?

Meine Damen und Herren, ich bin davon überzeugt, dass wir es mit dem Recht allein nicht schaffen, eine befriedigende Antwort auf ein Sterben in Würde zu geben.

Menschen in der letzten Lebensphase brauchen vor allem Zuwendung, Begleitung, Schmerzlinderung und Trost. Deshalb finde ich es persönlich sehr folgerichtig, dass die beiden vorliegenden Anträge sich zuallererst mit diesem Aspekt, konkret mit der Verbesserung der palliativen Versorgung und Hospizarbeit befassen. Die Erfahrung zeigt doch aus vielen Studien, dass eine gute Versorgung die Angst der Menschen mildern kann und den Suizidwunsch in vielen Fällen entkräftet. Darum muss es gehen.

Ich halte den aktuellen Rechtsrahmen in unserem Land für gut ausgeprägt und ausgewogen. In § 216 des Strafgesetzbuches ist das Töten auf Verlangen – das haben Sie soeben angesprochen – unter Strafe gestellt. Es gibt einen breiten gesellschaftlichen Konsens hierüber, dass die aktive Sterbehilfe auch künftig verboten bleiben muss.

Die passive und indirekte Sterbehilfe steht dagegen nicht unter Strafe. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat in sehr wegweisenden Urteilen den Rahmen hierzu gesetzt.

Mit dem Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2009 wurde darüber hinaus das Recht auf Selbstbestimmung gestärkt. Der Bundesgerichtshof hat mehrfach darüber geurteilt, dass der verfügte oder der gesicherte und mutmaßliche Wille des Patienten zu achten ist.

Die Möglichkeiten der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung sind aus meiner Sicht immer noch nicht hinreichend bekannt, und es gibt nach wie vor in der Bevölkerung Rechtsunsicherheit, wie diese wasserdicht erstellt werden können.

Darüber hinaus ist vielfach auch nicht bekannt, dass eine Patientenverfügung sehr individuell ausgestaltet werden kann und es deshalb nicht sein muss, nur ein Formular anzukreuzen, sondern man sehr klar seine eigenen Wünsche darin formulieren kann. Das gilt auch für die Angehörigen, die Bedenken haben, ob sie den mutmaßlichen Willen in einem konkreten Fall zweifelsfrei durchsetzen können. Hier gilt es aus meiner Sicht, mehr Information und mehr Beratung anzubieten.

Meine Damen und Herren, die Beihilfe zum Suizid steht genauso wie der Suizidversuch nicht unter Strafe, soweit die Tatherrschaft bei dem Sterbenden verbleibt, er also die Verantwortung für seinen Tod selbst in der Hand behält. Zu begrüßen ist es, dass sich das ärztliche Standesrecht in Rheinland-Pfalz nicht über die gesetzliche Realität erhebt und hinwegsetzt und damit Ärztinnen und Ärzte in eine Zwangslage bringt.

Fazit also, um den Menschen die Angst vor einem würdelosen Sterben zu nehmen, sollten wir mehr auf Hilfe setzen, weniger auf die Verschärfung des Strafrechts. In einem Fall halte ich persönlich eine Anpassung des Strafrechts für geboten, und zwar im Hinblick auf die geschäftsmäßige und organisierte Förderung der Selbsttötung.

Mit der Würde des Sterbens ist eine geschäftsmäßige Organisation, die dann quasi zur Normalität des assistierten Suizids beitragen würde, aus meiner Überzeugung heraus nicht vereinbart. Die Suizidbeihilfe muss sich auf tragische Ausnahmefälle beschränken. Die Gefahr der Normalisierung könnte Menschen unter Druck setzen, die sich als Last für andere empfinden und deshalb ihrem Leben ein Ende setzen wollen, weil sie eben nicht die Kraft dazu haben, ihr selbstbestimmtes Recht durchzusetzen.

Insoweit habe ich persönlich große Sympathie für den fraktionsübergreifenden Gruppenantrag der Abgeordneten Kerstin Griese und Michael Brand, der von 210 Abgeordneten im Deutschen Bundestag unterstützt wird. Er gilt als Weg der Mitte, der so wenig wie möglich und nur so viel wie nötig an der momentanen Rechtslage ändert.

Meine Damen und Herren, ich bin dankbar, dass wir diese Debatte in diesem Hause führen konnten. Wenn wir es geschafft haben, einen kleinen Beitrag dazu zu leisten, das Thema Sterben etwas aus der Tabuzone zu holen und Wege für mehr Mitmenschlichkeit in einer sorgenden Gesellschaft aufzuzeigen, dann glaube ich, hat sich diese Debatte allemal gelohnt.

Abgeordneter Dr. Peter Enders, CDU

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren! Als Vorsitzender des federführenden Ausschusses in der Gesamtdebatte beteilige ich mich heute sehr gerne an dieser Schlussbesprechung. Ich war bei allen Veranstaltungen sehr positiv beeindruckt genauso wie im Deutschen Bundestag, mit welcher Disziplin und mit welchem persönlichen Respekt gegenüber der Meinung anderer wir hier fraktionsübergreifend die Debatte geführt haben. Das ist ein gutes Beispiel, das auch in anderen Debatten Nachahmung finden kann.

Die Anhörung im Plenarsaal war sehr umfänglich, sehr ausführlich mit unterschiedlichen Meinungen und einer großen Bandbreite. Bei einigen Anzuhörenden fand ich mich wieder, bei anderen gar nicht. Trotzdem war es eine ausgeglichene Veranstaltung, in der jeder zu Wort kam und ungestört seine Meinung artikulieren konnte.

Das Gleiche galt auch für die Auswertung. Die haben wir im Ausschuss in großem Rahmen ähnlich geführt. Ich stelle das Gleiche auch heute Nachmittag hier fest.

Ich muss es aber auch nach fast 32 Jahren ärztlicher Tätigkeit durch die Brille des Arztes sehen. Das geht gar nicht anders, wenn man vor allen Dingen im Bereich der Akutmedizin tätig war. Dann hat man sehr, sehr viel erlebt und sehr viel Leid miterleben müssen. Wenn man das professionell macht, dann muss man mit dem Patienten Mitleid haben, man darf aber nicht mit leiden, wenn man ihnen helfen will, das heißt, da muss man leider eine gewisse professionelle Distanz aufbauen, um wirklich helfen zu können. Das ist ein schwieriger Spagat. Das gelingt einem auch nach 30 Jahren nicht immer ganz so einfach.

Wenn ich die Ärzte anspreche, dann will ich als Arzt besonders sagen, wenn wir von der Palliativversorgung reden, dann sind das nicht nur die Ärzte. Da sind die Ärzte nur eine Komponente. Da muss der Teamgedanke hervorgerufen werden. Das sind Pflegekräfte, Psychologen, Physiotherapeuten und viele andere mehr, die nur im Team gemeinsam das Ergebnis erzielen können, dass sie Menschen in der letzten Phase ihres Lebens begleiten.

Wenn man wie ich sich aktive Sterbehilfe nicht vorstellen kann, dann muss man im Gegenzug aber auch bereit sein mitzuwirken, dass Strukturen geschaffen werden im Land und darüber hinaus, die Menschen in dieser letzten Phase vor dem Tod so unterstützen, dass sie würdevoll, zufrieden, ohne Schmerzen diese Phase durchlaufen können.

Das ist die logische Konsequenz. Da müssen wir zum einen über die Strukturen nachdenken, die alle genannt worden sind.

Ich bin sehr froh, dass Sie, Frau Bätzing-Lichtenthäler, jetzt unserem Wunsch nachkommen können, dass wir bei der SAPV, bei der spezialisierten ambulanten palliativmedizinischen Versorgung, ein Stück weiterkommen; denn da haben wir noch Nachholbedarf. Da sind wir uns einig. Ich sage das bewusst ohne Schärfe, sondern einfach als Feststellung. Alle werden unterstützen, dass wir da weiterkommen.

Man muss wissen, dass nur ungefähr jeder zehnte Patient diese spezielle Versorgung, bei der verschiedene Berufsgruppen ineinandergreifen, braucht. Da haben wir in einem Flächenland das Problem, dass man von einem Schlüssel von 1 : 250.000 ausgeht, also ein Team für 250.000 Einwohner.

Ich möchte in die Diskussion noch einmal den Begriff des Satellitenteams einbringen. In unserem Landkreis, in dem wir kein eigenes Team haben, sondern der vom Westerwaldkreis mit versorgt wird – in anderen Regionen ist es ähnlich –, sollte das Prinzip des Satellitenteams überdacht werden, um es zu optimieren.

Bei den Palliativbetten verfügt das Land Rheinland-Pfalz über eine gute Versorgung, ist es zahlenmäßig gut aufgestellt. Ich bin guter Dinge, dass wir es gemeinsam schaffen, auch bei den Hospizen den Schlüssel dahin zu bekommen, wo er bezüglich der Einwohnerzahl eigentlich sein sollte.

Lassen Sie mich ganz zum Schluss noch etwas zu meiner Berufsgruppe sagen, ohne die anderen Berufsgruppen, die ich bewusst genannt habe, schmälern zu wollen. Als Arzt ist man einfach auf diesen Bereich etwas fixiert. Das kann im Medizinstudium schon beginnen. Als ich Medizin studiert habe, war das gar kein Thema. Wir wussten gar nicht, was Palliativmedizin ist. Heute ist es umso wichtiger, dass die jungen und auch die älteren – vor allem – Allgemeinärzte vernünftige Fort- und Weiterbildungsangebote bekommen.

Unsere Akademie für ärztliche Fortbildung macht das hervorragend. Sie bietet regelmäßig Kurse an. Im Herbst dieses Jahres läuft wieder ein größerer Kurs. Diese Kurse sind immer ausgebucht. Das ist ein gutes Zeichen. Da muss man dranbleiben. Das muss die Politik unterstützen, weil es sich ganz einfach sagt, Palliativmedizin machen, aber das muss auch umgesetzt werden.

Was bedeutet das? Bei aller menschlichen Zuwendung bedeutet das, dass man mit hochpotenten – in der Regel – Opiaten umgehen muss, die dem Patienten helfen, aber ihm nicht schaden sollen. Das bedarf der Fort-, Weiter- und Ausbildung. Da müssen wir die Ärzteschaft unterstützen, damit das flächendeckend noch besser wird.

Abgeordneter Dr. Fred Konrad, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Selbstbestimmung und Menschenwürde am Lebensende setzen voraus, dass wir jedem Menschen diese Rechte in jeder Lebensphase garantieren. Eine sorgende Gemeinschaft wird das nicht erst für die letzte Lebensphase diskutieren, sondern überall da, wo Menschen Unterstützung brauchen, wo Menschen unserer Solidarität bedürfen. Das ist ganz wichtig, weil wir dann nicht darüber entscheiden müssen, ob wir eine besondere Zuwendung für Menschen am Lebensende brauchen.

Wir müssen uns allen Menschen, die pflegebedürftig sind, die hilfeabhängig sind, egal in welchem Lebensabschnitt, entsprechend zuwenden.

Bezüglich der Assistenz bei der Selbsttötung ist es für mich immer noch nicht schlüssig, wie die Differenzierung zwischen einer freien Willensentscheidung oder einer depressionsbedingten Lebensmüdigkeit, zwischen schmerzbedingter Überforderung oder zwischen Pflegemangel und linderbaren Symptomen, die dazu führen, dass ein Mensch dieses Leiden nicht mehr ertragen kann, erfolgen soll. Deshalb muss ich auch sagen, dass es für mich nicht einsichtig ist, welcher Suizid in dieser Lebensphase wirklich selbstbestimmt sein soll.

Die Begleitung eines Sterbenden oder einer Sterbenden, auch wenn das Leben selbstbestimmt beendet wird und dafür die Medikamente von jemanden zur Verfügung gestellt werden, ist heute bis zum Ende möglich. Es war zu Beginn der Diskussion – auch in den Medien – das Problem geschildert worden, dass Menschen, die Suizide begleiten, diese Begleitung nicht bis zum Ende durchführen dürfen. Angesichts der Möglichkeit der Patientenverfügung ist dieses Problem mittlerweile nach meiner Ansicht hinreichend gelöst.

Aus der Anhörung ergibt sich meiner Meinung nach bisher nicht, dass die gewerbsmäßige oder wiederholte Assistenz bei der Selbsttötung ein geeignetes Differenzierungsmerkmal, ein geeignetes Kriterium für eine Strafbarkeit sein könnte. Vielmehr ist es doch notwendig, dass wir differenzieren, ob eine freie Willensentscheidung vorliegt und ob der Mensch, der seinem Leben ein Ende setzen will, zu dieser freien Willensentscheidung tatsächlich selbstbestimmt gekommen ist und dass er nicht in irgendeiner Weise unter Druck gesetzt wurde oder dies auf einer Suggestion beruht.

Zu den beiden Anträgen: Ich bin der Meinung, dass es nicht so ist, dass auf der einen Seite die Möglichkeit zur Selbsttötung, zur Sterbehilfe und auf der anderen Seite eine ausreichende Palliativ- und Hospizversorgung stehen. Das hat sich meiner Ansicht nach auch nicht aus den Debatten ergeben, sondern es ist vielmehr Konsens, dass die Palliativversorgung und die Hospize entsprechend ausgebaut sein müssen und ein Mangel in dieser

Hinsicht nicht dazu führen darf, dass Menschen ihre Symptome nicht gelindert bekommen.

Dennoch ist es so, dass wir dem Antrag der CDU aus mehreren sachlichen Gründen so nicht zustimmen können. Zum einen steht in ihm, dass die Palliativ- und Hospizversorgung zu stärken ist. Das unterstützen wir ausdrücklich. Der große Teil Ihres Antrags steht in Konsens mit dem Antrag, den die SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN entwickelt haben.

Bezüglich der Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase werden aber – ich sage einmal – Pflöcke in den Boden geschlagen, die, glaube ich, von einem Teil dieses Hauses nicht unterstützt werden können. Wenn darin steht, es geht bei der Begleitung beim Sterben nicht um die Assistenz beim Sterben, wird damit auch eine weltanschauliche Festlegung getroffen, die, glaube ich, nicht von allen in diesem Hause geteilt wird.

Zum anderen sind die Krankenkassen als Leistungsträger meiner Ansicht nach nicht die geeignete Beratungsinstanz. Vielmehr treten sie in Konkurrenz zur bestehenden Pflegeberatung und zu anderen Beratungsmöglichkeiten. Sie fallen auch aus dem System der Palliativversorgung an der Stelle heraus, sodass wir da eine Doppelstruktur bekämen, die nicht geeignet ist.

Zum vierten Spiegelstrich Ihres Antrags. Ich versuche, auf die Anträge einzugehen. Die Palliativpflege als Prüfauftrag der Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) zu übertragen, wäre dem LWTG insofern fremd, als die inhaltliche Überprüfung der Pflege nicht Aufgabe des LWTG, sondern der Pflegeversicherung bzw. des Pflegeversicherungsrechts ist.

Dasselbe gilt für den sechsten Spiegelstrich. Da verweise ich auf die Ergebnisse des runden Tisches in Bremen, die auf einen ähnlichen Auftrag des dortigen Senats zurückgehen. Dieser runde Tisch hat nämlich festgestellt, dass entsprechende Anhaltszahlen regional sehr unterschiedlich zu handhaben und deshalb nicht unbedingt geeignet sind.

Dennoch sage ich, dass beide Anträge gut zusammenpassen. Ich würde Ihnen vorschlagen, das in ähnlicher Weise zu beantworten, wie wir es vorgegeben haben, dass nämlich all die Maßnahmen, die richtigerweise in Ihrem und in unserem Antrag stehen, in eine Gesamtstrategie eingebettet werden müssen, die regional bezogen ist, aber landesweit verfolgt wird.

Abgeordnete
Kathrin Anklam-Trapp, SPD

Sehr geehrter Herr Präsident, sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren! Wir haben hier im Plenum wirklich eine sehr intensive Debatte geführt. Wir haben uns – ich glaube, da darf ich auch für die Kolleginnen und Kollegen sprechen – vor Ort mit den Hospizvereinen, den speziellen Palliativmedizinern, den ambulanten Teams und den Pflegefachkräften in Verbindung gesetzt.

Ich darf zuerst einmal sagen: Ich habe wirklich ein würdevolles Miteinander bei der Begleitung sterbender Menschen erleben dürfen, das sowohl im ambulanten Bereich als auch in den stationären Einrichtungen und das sowohl für die Menschen, die zu begleiten sind, als auch für die Familien. Deshalb möchte ich an dieser Stelle – danach möchte ich in die Debatte einsteigen – meinen Dank, meine Anerkennung und meinen großen Respekt zum Ausdruck bringen.

Ein Teil der Debatte entfiel auf die schwere Thematik der Sterbehilfe, die letztlich, jedenfalls für die jetzige Zeit – dazu wird es in den künftigen Jahrzehnten noch viele Debatten geben –, vom Deutschen Bundestag zu regeln ist.

Der Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, hängt oftmals mit Hoffnungslosigkeit und Angst zusammen. Herr Professor Klie hat uns das in der Anhörung noch einmal sehr deutlich gemacht, dass eine Gesellschaft sich auch den Herausforderungen eines langen Lebens stellen muss, und ein Bild von Würde, das am Ende nur mit der persönlichen Leistungsfähigkeit verbunden wird, gefährdet die Achtung von Menschen, die krank, alt oder behindert sind.*

Der Gesetzgeber muss tunlichst darauf achten, der Würde des Menschen in seiner Gesetzgebung wirklich gerecht zu werden. Mein Kollege Heiko Sippel hat vorhin in seinen Ausführungen aus rechtlicher Sicht das wirklich Nötige dazu gesagt.

Wir leben in Rheinland-Pfalz inzwischen rund fünf Jahre länger und gesünder. Die moderne Medizin eröffnet uns ungeahnte Möglichkeiten, aber

*Die Abgeordnete Anklam-Trapp bezieht sich auf die auf S. 159 erwähnte Vorlage 16/5325.

moderne Medizin eröffnet uns auch ungeahnte Möglichkeiten der Therapie, der Linderung von Schmerzen und der Linderung von Symptomen. Das ist das, was wir immer als begleitende Palliativmedizin so wohlfeil beschreiben, aber was bleibt, sind Leid und Angst.

Gerade im Umgang mit dem Tod möchte ich mit Erlaubnis des Präsidenten Herrn Dr. Gosenheimer in Erinnerung rufen und zitieren: „Dennoch ist Sterben eine Tatsache – eine, die jeder Lebende akzeptieren muss. Und das macht den Menschen Angst – Angst vor dem Sterbeprozess, der so unfassbar endgültig ist. Daraus entstehen Vorstellungen von Siechtum, von körperlichem und seelischem Leiden und schließlich einem qualvollen Ende."

Die Möglichkeit eines würdevollen Sterbens gilt es zu transportieren, und es gilt, den Ängsten zu begegnen. Auch deshalb führen wir hier diese Debatte, um die Öffentlichkeit zu sensibilisieren, was möglich ist.

Möglich ist es heute, gut betreut, möglichst zu Hause und ohne Angst und Schmerz und gut versorgt an Körper, Geist und Seele den letzten Atemzug zu tun.

Mit Blick auf unser Land Rheinland-Pfalz werden wir uns sorgend um die Menschen kümmern und uns derer annehmen, die Hilfe brauchen.

Ich möchte mich noch einmal den Menschen zuwenden: Fast 200.000 sind es in Rheinland-Pfalz, die depressive Erkrankungen haben. Depression ist eine tödliche Erkrankung, wenn man ihr nicht begegnet. Gerade mit dem bundesweit einmaligen Bündnis gegen Depression in Rheinland-Pfalz haben wir hier Erfolge aufzuweisen. Dieses Bündnis wollen und müssen wir künftig stärken.

Der breite Konsens einer guten Palliativ- und Hospizversorgung ist schon mehrfach deutlich geworden. Die palliative Ausweitung kann ich nur unterstreichen und unterstützen. Sowohl die Palliativstationen in Rheinland-Pfalz als auch die Zentren für spezialisierte ambulante Palliativversorgung müssen verstärkt werden.

Die Fachkräftestrategie unseres Landes ist dazu da, genug ausgebildete Pflegefachkräfte, aber auch Medizinerinnen und Mediziner dazu zu haben. Bereits im Landeskrankenhausplan 2010 gab es eine Verknüpfung der stationären Angebote, und diesen Aufbau werden wir auch im aktuellen Krankenhausplan weiterverfolgen. Die flächendeckenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgungs-Teams sind angesprochen. Als Land wollen und werden wir dies weiterführen.

Wir haben in der Schlussdebatte zwei Anträge vorliegen. Verehrte Kolleginnen und Kollegen, wir haben in vielen Anträgen einen gemeinsamen Konsens gefunden. Deswegen kann ich Sie nur bitten, finden wir einen gemeinsamen, stimmen Sie zu.

Abgeordneter
Dr. Axel Wilke, CDU

Verehrter Herr Präsident, verehrte Kolleginnen und Kollegen!

Bei unserer profunden und, wie ich finde, Maßstäbe setzenden und von großer Ernsthaftigkeit getragenen Debatte zum Thema Sterbebegleitung haben juristische Aspekte nur eine untergeordnete Rolle gespielt, und ich sage, das war und ist gut so.

Um nun Herrn Kirchenrat Dr. Posern aus der Expertenanhörung zu zitieren – ich zitiere jetzt wörtlich: „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." Ja, genau so verhält es sich, und das sage ich als Jurist aus voller Überzeugung.

Sicher, vor allem die juristische Expertin hat in ihren sehr überzeugenden Ausführungen wertvolle Hinweise gegeben, wo juristischer Handlungsbedarf besteht, aber auch wenn man nicht dem Vorbild der Beneluxländer mit ihrer grundsätzlichen Erleichterung aktiver Sterbehilfe folgen will – was wir, die CDU, ganz sicher nicht wollen; als Stichwort nenne ich nur die Problematik der unterlassenen Hilfeleistung bzw. sogar der Tötung durch Unterlassen infolge Annahme einer Garantenstellung, wenn in einer Suizidsituation der Betroffene die Herrschaft über das Geschehen verliert –, ist dies nur auf Bundesebene, nicht hier in Mainz lösbar.

Gleiches gilt im Übrigen für den Umgang mit organisierten Angeboten der Suizidbeihilfe. Dass hier Handlungsbedarf besteht, ist klar, die Kolleginnen Frau Klöckner und Frau Dr. Ganster haben dazu schon wichtige Ausführungen gemacht.

Worum wir uns dagegen hier in Mainz bemühen müssen, ist, Palliativversorgung und Hospizangebote so zu verbessern, dass sie flächendeckend

und zuverlässig zur Verfügung stehen. Ich glaube, das ist Grundkonsens in diesem Haus.

Wie es unser Antrag zutreffend sagt: Sterben in Würde ist ein Menschenrecht. Diesem Anspruch müssen wir uns stellen. Zu einem Sterben in Würde gehört aber nicht nur die entsprechende Infrastruktur in Form von Hospizen, Palliativstationen, ambulanten Diensten und vielem mehr, Menschen müssen sich auch vorbereiten können, und das setzt Informationen voraus.

Wir wissen aus der Anhörung, welch große Bedeutung Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in diesem Zusammenhang haben. Nicht bei jedem wird es so sein, dass er sein Lebensende und sein Sterben in vollem Bewusstsein erleben und gestalten kann. Gerade dann, wenn wichtige Entscheidungen am Lebensende zur medizinischen Behandlung und pflegerischen Versorgung in die Hände von Angehörigen oder gar professionelle Betreuungspersonen gelegt sind, erweist sich die segensreiche Wirkung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen.

Leider stelle ich aus beruflicher Erfahrung in der Praxis immer wieder fest, wie viele Wissenslücken und Missverständnisse bei diesem Thema in der Bevölkerung bestehen. Meine Vorredner – Herr Sippel, ich glaube Sie waren es – haben es schon mit Nachdruck angesprochen. Umso wichtiger ist es aus Sicht der CDU, hier im Bemühen um Aufklärung nicht nachzulassen, sondern diese Bemühungen noch deutlich zu verstärken. Dies wird helfen, das Selbstbestimmungsrecht der Menschen im Einklang mit der Menschenwürde zur Geltung zu bringen. Deshalb ist auch dieser Aspekt in unseren Entschließungsantrag eingeflossen, um dessen Unterstützung wir dieses Parlament bitten.

Abgeordnete Ruth Ratter, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Rechte fallen nicht vom Himmel, Mann, Frau muss sie sich erkämpfen, auch das Recht auf Selbstbestimmung, das lehrt uns der Blick in die Geschichte.

Das Recht auf Selbsttötung ist ein Selbstbestimmungsrecht. Wer es nur mit Hilfe einlösen kann, dem darf diese Hilfe nicht verweigert werden.

Wir haben mehrfach gehört, dass Suizid nicht bestraft werden kann – wie denn auch im Falle des Vollzugs – und auch Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafrechtlich verfolgt werden darf. Von jährlich 100.000 Selbsttötungsversuchen in Deutschland werden 10.000 vollzogen. Dennoch wird der Suizid häufig verbrämt, tabuisiert und etwa bei der Verweigerung eines kirchlichen Begräbnisses auch sanktioniert.

In der Apologie des Sokrates legt Platon seinem Protagonisten in den Mund, er, Sokrates trinke den Schierlingsbecher aus freien Stücken und verzichte darauf, sich dem Urteil der freien Männer von Athen zu unterziehen.

Der Kasus ist hinreichend bekannt. Er untermauert, dass ein Mensch nach reiflicher Überlegung in freier Entscheidung den Weg in den Tod wählen kann.

Ich führe Sokrates als Kronzeugen an, fest überzeugt davon, dass die Aufgabe der Sterbebegleitung nicht allein durch die Einrichtung und den Ausbau von noch so guten Palliativstationen und Hospizen geleistet werden kann, auch nicht durch eine regional verdichtete ambulante Versorgung, persönliche Betreuung und individuelle mitfühlende Hilfe.

Diese Ansätze sind alle richtig und wichtig, hierin stimme ich meinen Vorrednerinnen zu, aber Wolfgang Herrndorf, Erich Loest und Fritz Raddatz, um nur drei herausragende Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zu nennen, die sich in den letzten zwei Jahren mit großer Wahrscheinlichkeit aus freien Stücken selbst getötet haben, hätten diese hier zu Recht gelobten Konzepte professioneller Hilfe und persönlicher Zuwendung leider nicht geholfen.

Herrndorf, Loest, Raddatz waren in sehr unterschiedlichen Situationen vor ihrem Tod. Sie alle befanden sich aber meiner Überzeugung nach nicht in einer psychischen Ausnahmesituation, und sie haben sich vorbereitet, Herr Dr. Wilke.

Herrndorf litt an einem Gehirntumor, einem Glioblastom: „Keine Chance auf Heilung, wenige Jahre bitterer Verfall. Was ich brauche, ist eine Exit-Strategie“, schrieb Herrndorf am 30. April 2010 in seinem literarischen Blog, drei Jahre bevor er sich von dieser Welt verabschiedete. Herrndorf wollte nicht bis zum kargsten Ende miterleben, wie ihm seine sprachlichen Fähigkeiten und alles, was seine Person ausmachte, abhandenkommt, ohne den Funken Hoffnung auf Heilung. Herrndorf hatte den Mut, besagten Tabus zum Trotz sein auswegloses Leid zu thematisieren.

Er wollte die öffentliche Debatte anregen, und er beschrieb in drastischen Passagen seine Überlegungen. Herrndorf musste sein Leben selbst in der Hand haben – und seinen Tod. Er nahm die Pistole. Herrndorf ist kein Einzelfall. Der Freitod ist bestimmt in vielen Fällen ein Fehler, eine psychische Störung, aber eben nicht in allen.

Extrem auch Fritz Raddatz: Notgedrungen handelte er vor der Zeit als vitaler Greis. Von Raddatz wissen wir genau, wie planvoll er vorgegangen ist; denn er hat jeden einzelnen Schritt in den Tod schriftlich aufgezeichnet, Abschiedsbriefe öffentlich gemacht. Raddatz war 83 Jahre alt und kerngesund, als er in Zürich Sterbehilfe in Anspruch nahm.

Raddatz wollte den rechten Moment nicht verpassen, hatte Angst davor, nicht mehr rüstig genug zu sein, um die Reise von Hamburg in die Schweiz anzutreten. Ihm hätte eine legale Exit-Strategie in Deutschland vielleicht noch ein paar zufriedene Jahre geschenkt.

Extrem auch Erich Loest, der schon ein Gefangener war, hinter der Zeit handelte. Loest sprang 87-jährig aus dem Fenster seines Zimmers im Krankenhaus. – Ja, vielleicht hätte er sich jemandem anvertrauen können, der ihm einen anderen Weg hätte eröffnen können. Aber wer ihn wie ich hat kennenlernen dürfen, weiß, dass bei aller nicht auszuschließenden Verbitterung und Enttäuschung Loest sehr bewusst seine Entscheidungen zu setzen verstand.

Freiheit ist ein hohes Gut. Das Grundgesetz garantiert sie so wie die Menschenwürde. Ihre Konsequenz, die Konsequenz der Freiheit, müssen wir aushalten können.

Wir haben bereits in anderen Fragen Verfahren ausgehandelt, um zwischen der Selbstbestimmung des Individuums und anderen Werten zu vermitteln. Ich erinnere an den Schwangerschaftsabbruch oder an die Geschlechtsanpassung. Auch im Maßregelvollzug, den wir heute in erster Linie gesetzlich behandelt haben, versuchen wir die Vermittlung zwischen der im Grundgesetz verankerten Achtung der individuellen Freiheit und dem gesellschaftlichen Schutzanspruch und wissen gleichwohl, dass wir beiden Werten nicht gleichermaßen gerecht werden können – und dieses gilt auch für den Suizid.

Bei aller Vorsorge müssen wir deshalb die Regeln setzen für die Menschen, die bereit sind, Menschen, die in den Tod gehen, verantwortlich zu begleiten.

Abgeordnete
Hedi Thelen, CDU

Sehr geehrter Herr Präsident, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren!

Ja, die Grundsatzdebatte ist wichtig, und sie hat erste positive Ergebnisse allein durch ihr Stattfinden erzeugt. Herr Köbler hat soeben schon die Aussage des Bundestagskollegen Peter Hintze zitiert, der sagte, die erste positive Wirkung ist, auch das Sterben, das Lebensende aus dem allgemeinen Schweigen herausgeholt zu haben, und das ist gut so.

Es ist schwer, sich mit diesem Ende selbst auseinanderzusetzen, es ernsthaft zu tun, und deshalb ist es gut, dass in dieser Grundsatzdebatte in Berlin, aber auch in unserer Anhörung genau dieser Lebensabschnitt im Fokus steht und wir selbst auch schon ein wenig geübt haben, darüber zu reden, jeder mit seiner ganz eigenen persönlichen Erfahrung.

Wir haben uns im Wesentlichen darauf verständigt, uns aus der grundsätzlichen Entscheidung, die in Berlin zu treffen ist, herauszuhalten und uns auf das zu konzentrieren, wozu auch wir im Land etwas beitragen und etwas leisten können, gerade diesen letzten Lebensweg ein Stück zu begleiten und den Menschen die Hilfe anzubieten, die sie brauchen.

Ich möchte aber zumindest an dieser Stelle meine Meinung sagen – Frau Ganster und Frau Klöckner, sie alle haben es schon gesagt –, ich finde, wir brauchen keine gesetzliche Änderung, und zwar gerade auch vor dem Hintergrund dessen, was Sie sehr eindringlich gesagt haben, Frau Ratter: Der Suizid ist straffrei, und auch die Beihilfe zum Suizid ist straffrei. – Mich haben in der Anhörung die Menschen, die Experten überzeugt, die dargelegt haben – und ich glaube, das hat auch Susanne Ganster sehr gut geschildert –, was bei uns mit dem Bild der Schleuse beschrieben wird: Die Tür ein kleines bisschen zu öffnen für Fälle, die man im Kopf hat, für die man es sich vorstellen kann. – Aber wird es gelingen, die Tür nur so schmal aufzuhalten? –

Ich glaube, das ist etwas, was uns sehr ernsthaft und mit Sorge umtreibt, zumal wir gerade aus anderen Ländern, die schon seit längerer Zeit die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe für sich entschieden haben, erleben

mussten, dass diese Tür auch weiter aufgeht und selbst Menschen zu Tode gebracht werden, die auch die in diesen Ländern geltenden Bedingungen, eine eigenverantwortliche Entscheidung, überhaupt nicht mehr erfüllen können, wenn es sich zum Beispiel um an Alzheimer erkrankte Menschen handelt. Ich glaube, es tut uns gut, in diesem Falle Nein zu sagen, und ich hoffe, dass dieses Nein auch eine Mehrheit im Bundestag finden wird.

Wir haben gesagt, wir konzentrieren uns auf das, was im Land nottut, und wir haben auch durch unsere Große Anfrage die Situation im Land erhoben. Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler, ich bin froh, dass sich aufgrund der Mangelsituation, die wir gerade bei der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung feststellen müssen, wo wir bisher nur etwa 50 Prozent des Bedarfs gedeckt haben, offensichtlich nun weitere Teams auf den Weg machen. Das ist sehr wichtig.

Ich glaube, es ist ganz besonders wichtig für die Wahrnehmung dieser Debatte – für die Orientierungsdebatte, für die Anhörung und für die Debatte heute –, wie ernst wir unsere Aussagen nehmen, die wir treffen, und wie wichtig eine gute, eine flächendeckende und ausreichende Begleitung im Sterben ist. Wir werden in Zukunft mit dieser Debatte nur ernst genommen werden, wenn wir diesen Worten auch wirklich Taten folgen lassen. Ich bin mir dabei auch darüber bewusst, dass das nicht einfach wird.

Wir wissen, wie die demografische Entwicklung unser Land verändern wird. Die Zahl der hochbetagten Menschen wird deutlich zunehmen, und wir erleben schon jetzt in der Palliativversorgung, in der hospizlichen Versorgung, dass die Nachfrage vorhanden ist, ja, dass sie größer ist als das Angebot und auch die stationären Hospize Wartelisten haben. Wir müssen uns auch darum bemühen – ich denke, das führen wir in unserem Antrag sehr gut aus – zu klären, wie wir die Bedarfe entwickeln und wie wir die Bedarfe mit der Perspektive in die Zukunft berechnen und schlussendlich auch umsetzen; denn die Zahl allein hilft nicht weiter.

Wir müssen uns auf den Weg machen, viele Menschen für die Begleitung Sterbender zu gewinnen. Es wird schwer werden, es ausschließlich mit professionellen Kräften zu bewältigen. Wir sind dankbar für all diejenigen, die sich professionell zur Verfügung stellen, aber besonders auch für diejenigen, die ehrenamtlich diese Aufgabe wahrnehmen, Menschen auf ihrem letzten Weg zu begleiten. Ich denke, wir werden zusammen nach Kräften daran arbeiten, dass es in diesem Land ein Sterben in Würde auch in Zukunft geben wird.

Ministerpräsidentin
Malu Dreyer

Lieber Herr Präsident, meine sehr geehrten Kollegen und Kolleginnen! Auch ich möchte mich zunächst sehr herzlich für die respektvolle Diskussion über all diese Wochen hinweg bedanken, und ich möchte auch meiner Fraktion dafür danken, dass es die Chance gab, innerhalb der Fraktion mit Experten und Expertinnen ausführlich zu diskutieren.

Ich denke, man kann feststellen, dass uns das große Ziel verbindet, das Sterben als Teil des Lebens zu verstehen, der unsere ganz besondere Hinwendung verdient, damit es in jedem einzelnen Fall in Würde geschehen kann. Dies wird natürlich nur gelingen, wenn wir für die Betroffenen, aber auch für die Angehörigen, für die Helfenden und für die Pflegenden ein gesellschaftliches Klima schaffen, das den todkranken, den sterbenden Menschen und seine Würde in den Mittelpunkt stellt, wir ihm also Halt und Nähe geben.

Liebe Kollegen und Kolleginnen, im Sterben, im Tod liegt eben doch furchtbar viel Bedrückung und auch furchtbar viel Trauer.

Es ist so furchtbar einfach gesagt, das Sterben als Teil seines Lebens zu betrachten. Wer Menschen in den Tod begleitet hat, vor dem Tod steht oder selbst mit dieser Situation konfrontiert ist, der weiß auch, dass das dann alles ein sehr leichtes Wort ist.

Aber genauso wissen wir auch, dass Hoffnung und Zuversicht vermittelt werden können. Das ist auch ein großer Trost, wenn Sterbende und Angehörige Mitmenschlichkeit und Zuwendung erfahren, zum Beispiel durch jene Begleitung, die wir im Hospizgedanken verankert sehen oder die ihren Ausdruck auch in der wachsenden Bedeutung der Palliativmedizin findet und wir immer wieder Ärzte, Pfleger, Ehrenamtliche haben, die deutlich machen, dass ihnen diese Zuwendung, dieser Trost auch eben von Bedeutung ist.

Ich bin sehr froh, dass die Debatte eigentlich alle Aspekte beleuchtet hat. Man sieht es auch heute wieder. Es sind Fragen aufgetaucht, ob beispielsweise zu einem selbstbestimmten Leben ein selbstbestimmtes Sterben

gehört. Das Interessante an der Debatte war für mich, was eigentlich selbstbestimmt in diesem Zusammenhang heißt, ob es gesetzgeberischen Handelns bedarf und wo vielleicht auch die Schranken eines Gesetzgebungsverfahrens sind.

Es gab vieles, was mir eingeleuchtet hat. Ich kann mich beispielsweise auch nicht der Argumentation von Frau Ratter entziehen. Trotzdem treffe ich für mich ganz persönlich eine andere Entscheidung. So habe ich all die Diskussionen hier auch erlebt, dass man respektvoll mit dem Vortragen der anderen Meinung oder der der Experten umgeht und dennoch die Freiheit in dieser Diskussion empfindet, eine eigene Entscheidung zu treffen, weil diese Entscheidung doch am Ende einfach nur individuell sein kann.

Ich habe Thomas Klie in der Anhörungsdebatte in Erinnerung – ich habe ihn nicht gehört, er hat es aber bei uns noch einmal gesagt, ich sage es jetzt einmal als Zitat: Die Parlamentarier wären gut beraten, auf eine gesetzliche Regelung gänzlich zu verzichten. Sie könnte durch eine Entschließung ersetzt werden, die zentrale kulturelle, fachliche und gesundheitspolitische Herausforderungen betont: die Akzeptanz eines Lebens unter Bedingungen der Verletzlichkeit, die Sorgefähigkeit der Gesellschaft und die Integration der Verantwortung für andere in die persönliche Lebensführung als Teil sinnerfüllten Lebens. –

Wenn man es langsam ausspricht und sich noch einmal überlegt, so sind das wirklich sehr gewichtige Worte. Was das eigentlich bedeutet, muss man auch immer wieder hinterfragen. Es bedeutet für mich auf jeden Fall Respekt und Wertschätzung vor der Persönlichkeit, auf jeden Fall ein Bewusstsein der Unantastbarkeit und Unabdingbarkeit der Würde des von Krankheit und Pflege oder Demenz betroffenen Menschen.

Das heißt auch, für den anderen bedeutsam zu bleiben. Ich glaube, ich habe das auch schon bei der ersten Rede gesagt, weil es für mich ein so furchtbar wichtiger Punkt ist, nicht als Betroffener zu meinen, ob chronisch krank, ob behindert, ob alt, dass man anderen zur Last falle, weil man nun vielleicht ein Pflegefall ist, als hätte man keinen Eigensinn mehr, als hätte man keine eigenen Wünsche mehr, als hätte man keine Themen mehr, vielleicht nur, weil man sie nicht mehr so artikulieren kann mit der gleichen Lebendigkeit, wie sie Menschen, die nicht in dieser Phase leben, haben.

Es bleibt für mich dabei, dass das Sterben so individuell ist wie das Leben. Das bedeutet auch, dass ich Respekt vor jeder Entscheidung eines jeden Menschen habe, wie er seine letzte Lebensphase gestaltet, wenn er denn die Freiheit hat, es überhaupt zu tun.

Natürlich verlangt es Respekt ab, egal, wie er oder sie sich entscheidet.

Es bleibt für mich auch dabei, dass ich als Ministerpräsidentin – das ist auch das Selbstverständnis meiner Landesregierung – alles dafür tun werde, dass Menschen so unterstützt werden in unserem Land, dass sie auch wirklich gut diese Lebensphase gestalten können.

Das ist vielleicht der letzte Aspekt, der mir besonders wichtig ist. Es bedeutet eben auch, dass die letzte Lebensphase nicht mit der Phase des Sterbens beginnt, sondern dass sie in einer letzten Lebensphase das Älterwerden meint oder bei einem Menschen, der jung und behindert ist, dass er vielleicht eine letzte Lebensphase auch schon im jungen Alter hat.

Diese letzte Lebensphase gemeinsam zu gestalten, nicht in Einsamkeit zu gestalten, aufgehoben zu sein in Nachbarschaft, in Freundschaft, in Unterstützung auch durch Pflege, durch Ärzte, durch Helferinnen und Helfer, ist für mich sehr entscheidend, um dann auch den Anspruch erfüllen zu können, dass man tatsächlich in Würde sterben kann.

Dem allen sehen wir uns gegenüber verpflichtet, deshalb arbeiten wir auch daran. Ich bin froh, dass es einen großen Konsens diesbezüglich hier in diesem Haus gibt. Das gab es eigentlich schon immer.

Dass die Hospizbewegung für mich natürlich eine richtige Antwort ist, ist selbstredend. Die Hospizbewegung wurde in unserem Land dementsprechend auch immer unterstützt. Dass wir mit regionalen Versorgungskonzepten die stationären und ambulanten Angebote weiter verknüpfen müssen und flächendeckend spezialisierte Teams für eine ambulante Palliativversorgung weiterentwickeln müssen, ist genauso wichtig, weil es die Menschen natürlich gerade in den ländlichen Regionen in einer älter werdenden Gesellschaft verdient haben, dass sie tatsächlich auch dieses Wissen, diese Kenntnisse und diese Zuwendung am Ende zur Verfügung haben.

Es geht also darum, dass Menschen am Ende geborgen und unter Achtung ihrer Würde vom Leben loslassen können. Diese Entscheidung, wie sie das machen, kann sehr individuell sein. Wir haben die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass das Netzwerk da ist, dass die Menschen eingebettet sind in das Engagement von Menschen, denen wir für ihren Einsatz wirklich von Herzen dankbar sind.

Ich habe schon immer die Menschen bewundert, die hauptamtlich, aber auch ehrenamtlich in diesen Bereichen tätig sind, für ihren Mut und für ihre Kraft, sich auch immer wieder mit der Frage des Sterbens auseinanderzu-

setzen, und ihre Bereitschaft, wirklich zu geben. Das ist etwas Wunderbares in unserem Land. Daran werden wir weiter arbeiten, immer im Respekt davor, dass jeder Mensch für sich selbst irgendwann entscheiden muss, wie er gerne das Ende seines Lebens gestalten will.

Wir können sie nur dazu ermutigen, dass sie die Angebote, die wir über die Hospizbewegung und palliativ zur Verfügung stellen, in Anspruch nehmen und darunter ihre eigene Auswahl treffen.

ENTSCHLIESSUNGEN ZU DER DEBATTE ZUM THEMA STERBEBEGLEITUNG

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ
16. Wahlperiode
Drucksache 16/5299

Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gute ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz weiter ausbauen

Aus dem Gedanken des Sterbens in Würde hat sich vor mehr als 30 Jahren der Hospizgedanke als bürgerschaftliche Bewegung in Deutschland etabliert. Rheinland-Pfalz hatte bereits im Jahr 1997 die bundesweit erste Vereinbarung über die Förderung ambulanter Hospizdienste durch eine gesetzliche Krankenkasse.

Die Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit schweren, lebensbegrenzenden Erkrankungen ist eine wichtige Aufgabe des gesellschaftlichen Zusammenlebens und betrifft zentrale Fragen der

Menschenwürde und der Mitmenschlichkeit. Vor allem die Hospizbewegung hat sich dieser Aufgabe verschrieben. Ambulante und stationäre Hospize und Hospizdienste sind in den vergangenen Jahren aufgebaut worden.

Palliative Behandlung und Palliativpflege sind aber gleichzeitig auch zentrale Aufgaben der gesamten medizinischen und pflegerischen Versorgung. Häufig wird ein gegenseitiger Ausschluss von kurativer und palliativer Behandlung angenommen, was aber dem palliativen Ansatz nicht entspricht. Vielmehr umfasst die Palliativbehandlung und -pflege alle Maßnahmen, die für die individuelle Lebensqualität und die Linderung von Symptomen sowie Vorsorge von Komplikationen notwendig sind. Dies gilt auch dann, wenn eine oder mehrere Grunderkrankungen nicht mehr geheilt werden können und in einem absehbaren Zeitraum zum Tod führen werden. Insbesondere gehören dazu die Schmerzbehandlung, die Vermeidung von und der Umgang mit akut belastenden und gefährdenden Situationen.

Die zentrale Bedeutung der Lebensqualität der Betroffenen und die Einbeziehung des sozialen Umfelds und der Angehörigen, die Unterstützung durch ein interdisziplinäres Team, der Umgang mit Einsamkeit, Trauer und den vielfältigen oft belastenden Lebenserfahrungen erfordern neben Behandlung und Pflege eine zeitlich und persönlich intensive Betreuung durch ein Team aus vielen verschiedenen Berufsgruppen.

Diese Leistungen werden in zunehmendem Maße einerseits im Rahmen der Regelversorgung notwendig. Dies betrifft neben der Hausarztversorgung die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch weitergebildete Medizinerinnen, Mediziner und Pflegekräfte, sowie die allgemeine stationäre Versorgung durch Palliativstationen oder in Form von Palliativbetten der Krankenhäuser, deren sektorenübergreifende Verknüpfung bereits im Landeskrankenhausplan 2010 hervorgehoben wurde. Andererseits erfolgt diese Versorgung im Rahmen der ambulanten Hospizdienste und stationären Hospize sowie der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), die im Haushalt schwerstkranker Menschen, deren Familien oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Mit der Fachkräftestrategie des Landes soll erreicht werden, den Bedarf an Pflegekräften auch in Zukunft decken zu können. Ein wichtiges Ziel der Hospizdienste ist die Gewinnung und der Einsatz von Ehrenamtlichen in der Begleitung von Sterbenden. Diese leisten mit ihrem Einsatz einen unverzichtbaren gesellschaftlichen Dienst. Der rheinland-pfälzische Hospiztag, der erstmals im Jahr 2014 stattfand, sowie die vielen regionalen Veranstaltungen sind bereits eine gute Basis, die vielfältigen Hilfsangebote bekannter zu machen.

Die Differenzierung zwischen Sterbenden und unheilbar Kranken mit begrenzter Lebenserwartung ist schwierig, zum Beispiel bei Menschen mit schweren neurologischen Erkrankungen, bei denen bereits früh festgestellt werden kann, dass diese unheilbar und lebensverkürzend sind.

I. Der Landtag stellt fest:
Die Orientierungsdebatte Sterbebegleitung im Landtag, das Anhörungsverfahren sowie die Befassung der Ausschüsse haben gezeigt, wie vielfältig die gesellschaftlichen Aufgaben sind, die sich aus dem Recht auf Menschenwürde in jeder Lebensphase, und besonders in der letzten Lebensphase und im Sterben, ergeben. Auch in der aktuellen Sterbehilfedebatte im Bundestag und bei den unterschiedlichen Fragestellungen und Auffassungen zur Zulässigkeit passiver und aktiver Sterbehilfe spielte die humane Sterbebegleitung, die Selbstbestimmung und die Menschenwürde bis zum Lebensende eine zentrale Rolle. Da auch Menschen mit Depressionen sich nach Möglichkeiten eines assistierten Suizids erkundigen, ist es notwendig, Dämme zu bauen und assistierte Suizidsituationen bei Menschen, die psychisch krank sind, abzuwenden. In der Landesinitiative „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz“ wird in lokalen Bündnissen mit Unterstützung der Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) Aufklärungsarbeit über die Erkrankung der Depression, ihre Ursachen, Symptome und vor allem auch ihre Behandlungsmöglichkeiten geleistet. Dass in Rheinland-Pfalz etwa 200.000 Menschen an einer Depression leiden, zeigt den hohen Handlungsbedarf.

Der Landtag ist sich darin einig, dass eine flächendeckende und gute Hospiz- und Palliativversorgung sichergestellt sein muss, damit sich aus einer mangelnden Symptomkontrolle oder unzureichender Schmerzlinderung nicht ein Sterbewunsch einer Person entwickeln kann. Auch Menschen, die Angst vor Hilflosigkeit und Würdelosigkeit im Alter und bei schweren Erkrankungen haben, brauchen die Perspektive von Menschenwürde, Selbstbestimmung und Schmerzfreiheit selbst bei schwersten Erkrankungen. Jeder Mensch mit einer schweren lebensbegrenzenden Erkrankung muss sich darauf verlassen können, zu Hause, im Krankenhaus, im Hospiz oder in einer stationären Pflegeeinrichtung die bestmögliche Versorgung zu haben, wann immer er diese im Laufe seiner Erkrankung benötigt.

Die Würde des Menschen muss das zentrale Leitprinzip unseres ethischen und gesellschaftspolitischen Handelns sein. Das gilt vor allem für Situationen, in denen Menschen auf die Unterstützung durch andere angewiesen sind und in ganz besonderem Maße in der letzten Lebensphase eines Menschen. Rheinland-Pfalz hat als eines der ersten Länder die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen“ unterzeichnet. Die

Charta verfolgt vor allem das Ziel, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass das Leiden schwerstkranker sterbender Menschen so weit wie möglich in medizinischer, psychischer und seelischer Hinsicht gemildert werden kann.

II. Der Landtag begrüßt

- den breiten gesellschaftlichen Konsens, mit dem der Aufbau der Palliativversorgung und der Hospize sowie Hospizdienste in Angriff genommen wurde und weiterhin unterstützt wird;
- das hohe Engagement von Angehörigen und Ehrenamtlichen, ohne das eine würdige Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase nicht möglich wäre;
- die bundesweit einmalige Landesinitiative „Bündnisse gegen Depression in Rheinland-Pfalz", die zu einer nachweisbaren Abnahme von suizidalen Handlungen geführt hat.
- die hohe Bereitschaft von betreuenden, behandelnden und pflegenden Berufsgruppen, sich den Anforderungen einer zeitgemäßen Palliativversorgung zu stellen und sich entsprechend fort- und weiterzubilden;
- die Bestrebungen der Landesregierung, für eine würdige Versorgung der Menschen in ihrer letzten Lebensphase einzustehen;
- die Unterstützung der Landesregierung, gemeinsam mit ihren Partnerinnen und Partnern tatkräftig die ambulanten Versorgungsstrukturen – ambulante Hospizdienste, Strukturen der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung – auszubauen;
- das Ziel der Landesregierung, die Palliativ- und Hospizversorgung flächendeckend, auf hohem qualitativen Niveau und integriert in regionale Gesamtnetzwerke weiterzuentwickeln.
- Dabei begrüßt der Landtag insbesondere, dass
  - die Förderung ambulanter Hospize als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen im § 39 a SGB V auf einer rheinland-pfälzischen Bundesratsinitiative beruht;
  - Rheinland-Pfalz schon heute über 35 ambulante Hospiz- und Palliativberatungsdienste verfügt;
  - weitere Hospize und SAPV-Teams in Gründung sind.

III. Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

- Im Rahmen einer landesweiten sektorenübergreifenden Strategie zur Palliativ- und Hospizversorgung gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen, der Selbsthilfe, Betroffenen und Angehörigen
  - den zukünftigen regionalen Bedarf an weiteren Palliativstationen in Rheinland-Pfalz anhand geeigneter Steuerungsgrößen zu ermitteln und die Versorgung entsprechend auszubauen;
  - sektorenübergreifende regionale Versorgungskonzepte zu entwickeln, die sich an den Versorgungswegen unheilbar schwerkranker Menschen mit begrenzter Lebenserwartung orientieren;
  - den Ansatz aus dem Landeskrankenhausplan 2010, der eine Verknüpfung des stationären Angebots mit dem Aufbau der spezialisierten ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung vorsah, im nächsten Landeskrankenhausplan weiterhin zu verfolgen;
  - die Gründung weiterer SAPV-Teams in Rheinland-Pfalz zu fördern, um das regional bestehende Versorgungsangebot, insbesondere das der Vertragsärzte, Krankenhäuser und Pflegedienste, sinnvoll zu ergänzen;
  - mit der Fachkräftestrategie des Landes auch weiterhin die Fachausbildung und Weiterbildung von Medizinerinnen und Medizinern sowie Pflegekräften im Bereich Geriatrie und Palliativmedizin zu unterstützen;
  - die am Bedarf orientierten Weiterbildungsangebote für ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen und Hospizbegleiter zu unterstützen;
  - die Öffentlichkeitsarbeit über besondere Angebote am Lebensende weiter zu verstärken;
  - die lokalen Bündnisse gegen Depression weiterhin zu fördern.
- Im Rahmen der Qualitätssicherung nach dem SGB XI und dem LWTG darauf hinzuwirken, dass die Umsetzung der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen" auch in Pflegeeinrichtungen fest verankert wird.

Für die Fraktion der SPD:
Carsten Pörksen

Für die Fraktion BÜNDNIS 90/DIEGRÜNEN:
Nils Wiechmann

Dieser Antrag wurde in der 102. Plenarsitzung mit den Stimmen von SPD und Grünen gegen die Stimmen der CDU angenommen.

LANDTAG RHEINLAND-PFALZ
16. Wahlperiode
Drucksache 16/5292

Antrag der Fraktion der CDU

Menschenwürdig leben bis zuletzt

1. Menschenwürde ist der Maßstab
Nach Artikel 1 des Grundgesetzes ist die Würde des Menschen unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. Menschenwürde ist das erste und oberste Schutzgut unserer Verfassung.

Die Würde des menschlichen Lebens ist unteilbar und undifferenzierbar. Sie ist mit dem Menschen untrennbar und unmittelbar verbunden und als solche nicht an Voraussetzungen gebunden.

Menschenwürde im Angesicht der Endlichkeit des Lebens in schwerer Krankheit und im Vorfeld des Todes verwirklicht sich darin, die verbleibende Lebenszeit bei möglichst geringem Leiden so gut wie möglich zu gestalten und die Menschen hierbei gut zu begleiten.

2. Sterben in Würde ist ein Menschenrecht
Sorgen um Würdeverlust in Krankheit, im Alter und vor einem leidvollen

Sterben treiben Menschen um. Eine Zunahme dieser Sorgen zeichnet sich mit der demografischen Entwicklung ab.

Die Bedingungen der Auseinandersetzung mit dem Sterben haben sich gewandelt. Der Zeitpunkt des Todes konnte durch die Entwicklung der Medizin weit nach hinten verschoben werden. Neue Fragen nach einer verantwortbaren Entscheidung stellen sich. Menschen können mit Hilfe moderner medizinischer Technik auch bei schwersten Erkrankungen über lange Zeit weiter leben. Damit wächst aber nicht nur Hoffnung, sondern auch die Sorge und die Angst, am Ende nicht mehr selbst entscheiden zu können und unwürdig in den Tod gehen zu müssen.

Orte und Umstände des Sterbens sind vielfach andere geworden. Die Vertrautheit mit dem Sterben, mit dem Tod in seiner Zwangsläufigkeit und Natürlichkeit ist geschwunden. Der Tod wird wie auch das Alter und die Krankheit vielfach verdrängt aus dem eigentlichen Leben, in andere Bereiche, in Einrichtungen, in fremde Hände. Obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben, verbringen zwei Drittel der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen oder Kliniken. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen, die für eine humane Gesellschaft und ihre Zukunft von Bedeutung sind.

Es gibt bereits wirksame Handlungsmöglichkeiten wie Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten, die das Selbstbestimmungsrecht des Menschen im Einklang mit der Menschenwürde zur Geltung bringen und schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen Sorgen und Ängste hinsichtlich der Situation am Lebensende nehmen können. Über diese Möglichkeiten muss besser und umfassender informiert werden. Das allein reicht aber nicht aus. Es geht darum, Menschen bei der Bewältigung des Sterbens zu begleiten, ohne Menschenwürde und Lebensrecht in Frage zu stellen.

Menschenwürdig sterben heißt, nicht alleine gelassen zu werden, möglichst an einem vertrauten Ort sterben zu können und möglichst wenig Leiden ertragen zu müssen. Menschenwürdiges Sterben hängt von Rahmenbedingungen des gesellschaftlichen Miteinanderlebens und von rechtlichen Regelungen ab. Oberstes Ziel muss es sein, Bestrebungen nach tödlichen Auswegen aus kritischen Situationen und Mitwirkung daran durch Möglichkeiten der Fürsorge und Perspektiven menschlichen Miteinanders entgegenzutreten, statt sie zu fördern. Es geht um Begleitung beim Sterben, nicht um Assistenz zum Sterben.

3. Sterben in Würde ist ein Gestaltungsauftrag der Politik

Eine Kultur der Wertschätzung gegenüber kranken und hilfebedürftigen Menschen, insbesondere in ihrer letzten Lebensphase, und ausreichende und geeignete Hilfs- und Unterstützungsangebote sind der Schlüssel, um Ängsten der Menschen vor Würdeverlust in solchen Situationen zu begegnen. Darin besteht eine wichtige und verantwortungsvolle Aufgabe für Gesellschaft, Politik und Staat, gerade auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und der dadurch bedingten gesellschaftlichen Veränderungen.

Wertschätzung für Menschen muss für sie erfahrbar sein. Besondere Bedeutung hat dabei die Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung.

a) Der Landtag begrüßt den Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministers zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland. Ein entsprechendes Gesetz wird die Versorgung und Begleitung von schwerstkranken Menschen deutlich verbessern, indem es Palliativversorgung und Hospizkultur an den Orten stärkt, an denen Menschen ihre letzte Lebensphase verbringen. Dazu kommen individuelle Beratungs- und Betreuungsangebote, damit jeder Mensch die Hilfe und Unterstützung bekommt, die er am Lebensende braucht.

Insbesondere begrüßt der Landtag, dass
- Palliativversorgung ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden soll;
- es Vereinbarungen zu Qualität, Qualifikation und Netzwerkarbeit geben soll;
- der Aufbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung beschleunigt werden soll;
- die finanzielle Ausstattung für stationäre Hospize durch den Bund verbessert wird;
- Sterbebegleitung Bestandteil des Versorgungsauftrags der Pflegeversicherung werden soll;
- die Hospizkultur und Palliativversorgung in Krankenhäusern verbessert werden soll und
- Krankenkassen zu individueller Beratung und Unterstützung bei Palliativversorgung und für Hospizvereine verpflichtet werden sollen.

b) In der Anhörung des Landtags zum Thema Sterbebegleitung wurde die Bedeutung der Versorgung Sterbender in Palliativstationen und Hospizen nachdrücklich und überzeugend betont. Sie kann am Lebensende die Angst vor dem Sterben und dem Tod vermindern und für die Angehörigen eine große Hilfe darstellen. Die Hospiz- und Palliativversorgung muss in Rheinland-Pfalz weiterentwickelt werden. Weiße Flecken in der Versorgungslandschaft müssen beseitigt werden. Landesweit muss ein flächen-

deckendes Hospiz- und Palliativangebot verwirklicht werden. Hospizkultur muss in allen Einrichtungen weiter gestärkt werden.

Der Landtag spricht sich dafür aus,

– in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft darauf hinzuwirken, dass palliativmedizinische Kompetenzen in der Ärzteschaft weiter ausgebaut werden. Die erworbenen Kompetenzen sollen durch Weiterbildung vertieft werden. Dabei geht es auch darum, den konkreten Bedarf sicher zu ermitteln, zu dem ausweislich der Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU (Drucksachen 16/4302/4503) die Landesregierung keine Informationen hat. Ein Schwerpunkt muss in der Allgemeinmedizin (Hausarzt) liegen.
– sich dafür einzusetzen, dass bei der vorgesehenen Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen der Aspekt der palliativen Pflege angemessen berücksichtigt wird. Die erworbenen Kompetenzen sollen durch Weiterbildung vertieft werden.
– den Bedarf an Palliativstationen und Palliativbetten im Rahmen der Krankenhausplanung künftig besonders zu berücksichtigen. Dabei muss es auch darum gehen, eine Vernetzung mit umgebenden Strukturen sicherzustellen. Der Ausbau der Palliativmedizin an Krankenhäusern darf nicht am Investitionsstau der Krankenhausförderung scheitern.
– sicherzustellen, dass die Beratungs- und Prüfbehörde nach dem Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe im Rahmen ihres Arbeitsauftrags besonders darauf achtet, dass Sterbebegleitung als Bestandteil einer ganzheitlichen Pflege in den Einrichtungen angeboten und praktiziert wird. Dabei soll sie eng mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen zusammenarbeiten.
– darauf hinzuwirken, dass wenigstens die in der Fachwelt vertretene Quote eines SAPV-Teams pro 250.000 Einwohner realisiert wird. Sie muss dabei auch darauf hinwirken, dass ein Fachkräftemangel in ländlichen Gebieten nicht eine Rekrutierung für SAPV-Teams erschwert. Es besteht Handlungsbedarf zum weiteren Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung als Ergänzung zum regulären System der vertragsärztlichen Versorgung. Der Rahmenvertrag zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern muss zu einer flächendeckenden Umsetzung führen. Der tatsächliche Bedarf muss auch von der Landesregierung erhoben werden. Hier hat sie bisher zu wenig getan.
– die Bedarfsentwicklung in der ambulanten Hospizarbeit zu überwachen und für eine bedarfsdeckende Versorgung einzutreten. Das muss regional gezielt geschehen. Es bedarf hierfür eines entsprechenden Konzepts. Die bisherige Ablehnung einer Bedarfsplanung für stationäre Hospize durch die Landesregierung ist aufzugeben. Auch dem stationären Bedarf muss Rechnung getragen werden. Die Zahl der Hospizbetten ist bezogen auf die Einwohnerzahl unterdurchschnittlich und zu erhöhen. Dazu gehört eine Bedarfsplanung für stationäre Hospize. Diese dürfen bei der Landesförderung nicht ausgeschlossen werden. Die Aussagen der Landesregierung hierzu sind unzureichend.
– die Initiative des Bundesgesundheitsministers zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland zu unterstützen und bei der Umsetzung in Rheinland-Pfalz mitzuwirken. Besondere Bedeutung kommt hier gerade der Beratungsarbeit und der Kooperation und Vernetzung zu. Netzwerke müssen entwickelt und ausgebaut werden und brauchen dauerhafte Pflege, nicht nur durch die beteiligten Akteure, sondern auch durch die Landesregierung. Auf dem rheinland-pfälzischen Hospiztag 2014 wurde die Notwendigkeit einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den verschiedensten Berufsgruppen formuliert. Hier sind eine engagierte regionale Netzwerkbildung und Engagement der Landesregierung notwendig.

Begründung:
Der Landtag Rheinland-Pfalz hat in seiner Sitzung vom 19. März 2015 eine Orientierungsdebatte zur Sterbebegleitung geführt. Es wurde sodann einstimmig beschlossen, zu dem Thema Sterbebegleitung eine gemeinsame Anhörung des Sozialpolitischen Ausschusses, des Ausschusses für Integration, Familie, Kinder und Jugend, des Rechtsausschusses und des Ausschusses für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur durchzuführen. Diese hat am 29. Mai 2015 stattgefunden. Der vorliegende Antrag wertet Debatte und Anhörung aus und dokumentiert die gemeinsame Haltung der Abgeordneten der CDU-Landtagsfraktion.

Ausgangspunkt sind dabei insbesondere die Ergebnisse ihrer Großen Anfrage „Sterben in Würde" (Drucksachen 16/4302/4503), die deutlich gemacht hat, dass die Landesregierung den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz bisher nicht ausreichend vorangetrieben hat. Die Hospiz- und Palliativversorgung ist eine wichtige Entlastung für Menschen am Lebensende und ihrer Familien. Sie braucht die Unterstützung, die ihrer Bedeutung gerecht wird.

Für die Fraktion:
Hans-Josef Bracht

Dieser Antrag wurde in der 102. Plenarsitzung bei Zustimmung der CDU mit den Stimmen von SPD und Grünen abgelehnt.

PARLAMENTARISCHE VORGÄNGE ZUR ORIENTIERUNGSDEBATTE STERBEBEGLEITUNG

Protokolle:

Protokoll der 93. Plenarsitzung am 19.03.2015 – PlPr 16/93

Gemeinsames Ausschussprotokoll Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie 16/41, Ausschuss für Justiz und Verbraucherschutz 16/43, Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend 16/38, Ausschuss für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur 16/31 29.05.2015 (Anhörung öffentlich)

Gemeinsames Ausschussprotokoll Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie 16/44, Ausschuss für Justiz und Verbraucherschutz 16/45, Ausschuss für Integration, Familie, Kinder und Jugend 16/40, Ausschuss für Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur 16/33 14.07.2015 (öffentlich)

Protokoll der 102. Plenarsitzung am 23. 07. 2015 – PlPr 16/102

Vorlagen:

Wissenschaftlicher Dienst des Landtags 29.04.2015 Vorlage 16/5223

dazu: Stellungnahme 01.05.2015 Vorlage 16/5309 (Maria Boos-Waidosch/ Anna Schädler, Netzwerk Gleichstellung und Selbstbestimmung in Rheinland-Pfalz)

Stellungnahme 21.05.2015 Vorlage 16/5310 (Constanze Angerer, Deutscher Ethikrat)

Stellungnahme 21.05.2015 Vorlage 16/5311 (Robert Gosenheimer, Palliativ-stützpunkt am St. Marienwörth Bad Kreuznach)

Stellungnahme 21.05.2015 Vorlage 16/5312 (Elke Baezner, Deutsche Gesell-schaft für humanes Sterben)

Stellungnahme 15.05.2015 Vorlage 16/5324 (Brigitta Bosselmann, Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben, Ergänzung zu Stellungnahme Vorlage 16/5312)

Stellungnahme 27.05.2015 Vorlage 16/5323 (Kirchenrat Dr. Thomas Posern, Beauftragter der Evangelischen Kirchen im Lande Rheinland-Pfalz)

Stellungnahme 27.05.2015 Vorlage 16/5325 (Prof. Dr. Thomas Klie, Institutsleitung zze und AGP Sozialforschung der Evangelischen Hochschule Freiburg)

Stellungnahme 28.05.2015 Vorlage 16/5331 (Prof. Robert Roßbruch, Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes)

Stellungnahme 29.05.2015 Vorlage 16/5332 (Ordinariatsdirektor Dieter Skala, Katholisches Büro Mainz)

Stellungnahme 02.06.2015 Vorlage 16/5356 (Gisela Textor, Hospiz- und PalliativVerband Rheinland-Pfalz)

Drucksachen:

Drucksache 16/5292 – Antrag der Fraktion der CDU – Menschenwürdig leben bis zuletzt

Drucksache 16/5299 – Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Gute ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung in Rheinland-Pfalz weiter ausbauen

Im Internet:

Alle Dokumente finden sie auf unserer Homepage www.landtag.rlp.de. Dort stehen auch Aufzeichnungen der beiden Plenardebatten (Plenum live Archiv) und der Anhörung in den Ausschüssen am 29. 05. 2015 (Ausschüsse live Archiv) zur Verfügung.

In der Schriftenreihe des Landtags sind bisher erschienen:

Heft 1
Sondersitzung des Landtags Rheinland-Pfalz
zum Gedenken an die Opfer des Nationalsozialismus
Mainz 1998 (vergriffen)

Heft 2
Privatisierung und parlamentarische Rechte
Mainz 1998 (vergriffen)

Heft 3
„Eure Freiheit ist unsere Freiheit, und unsere Freiheit ist die Eure“
1848 – eine europäische Revolution?
Mainz 1998 (vergriffen)

Heft 4
Parlamentsreform
Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Rheinland-Pfalz
Mainz 1998 (vergriffen)

Heft 5
Sozialpolitik auf dem Prüfstand
Vortrags- und Diskussionsveranstaltung
aus Anlaß der Tage der Forschung 1998
Mainz 1998 (vergriffen)

Heft 6
Zum Gedenken an die Opfer des Nationalsozialismus
Dokumentation der Veranstaltung am 27. Januar 1999
Mainz 1999 (vergriffen)

Heft 7
Kirche und Staat. Partner am Wendepunkt?
Podiumsdiskussion
Mainz 1999 (vergriffen)

Heft 8
Gedenkveranstaltung
zum 60. Jahrestag des Beginns des Zweiten Weltkrieges
Mainz 1999 (vergriffen)

Heft 9
Verfassungsreform
Der Weg zur neuen Landesverfassung vom 18. Mai 2000
Mainz 2000 (vergriffen)

Heft 10
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus am 27. Januar 2000
Kinder und Jugendliche im Holocaust
Mainz 2000 (vergriffen)

Heft 11
Parteienfinanzierung im internationalen Vergleich
Mainz 2000 (vergriffen)

Heft 12
Volk oder Parteien – wer ist der Souverän?
Podiumsdiskussion im Landtag Rheinland-Pfalz
am 20. Juni 2000
Mainz 2000 (vergriffen)

Heft 13
Politik mit der Bibel?
Diskussionsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz
am 14. Dezember 2000
Mainz 2001 (vergriffen)

Heft 14
Länderverfassungen im Bundesstaat
Vortragsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz
am 19. Dezember 2000
Mainz 2001 (vergriffen)

Heft 15
Haushaltsreform und parlamentarisches
Budgetrecht in Rheinland-Pfalz
Mainz 2001 (vergriffen)

Heft 16
Leidensstätten der Opfer des Nationalsozialismus in Mainz
Mainz 2001 (vergriffen)

Heft 17
Was kann, was darf der Mensch?
Symposium zu aktuellen Fragen der Bioethik
Mainz 2001 (vergriffen)

Heft 18
Verfassungsentwicklung in Europa nach Nizza:
Die Rolle der Regionen
Internationale Tagung in Trier am 7. und 8. Dezember 2001
Mainz 2002 (vergriffen)

Heft 19
Russlanddeutsche im Strafvollzug
Anhörung der Strafvollzugskommission des Landtags Rheinland-Pfalz
am 29. Oktober 2002
Mainz 2002 (vergriffen)

Heft 20
Wider das Vergessen – Für die Demokratie
Abgeordnete des Landtags im Dialog mit Schülerinnen und Schülern
aus Anlass des Gedenktags für die Opfer des Nationalsozialismus
am 27. Januar 2003
Mainz 2003 (vergriffen)

Heft 21
Streitfall Pflege
Lösungsansätze und Perspektiven in Rheinland-Pfalz
Podiumsdiskussion im Landtag Rheinland-Pfalz am 1. April 2003
Mainz 2003 (vergriffen)

Heft 22
Mit den Augen des Anderen
Die jüdisch-arabische Verständigungsinitiative Givat Haviva
Ausstellung und Podiumsdiskussion
im Landtag Rheinland-Pfalz
am 3. Dezember 2003
Mainz 2003 (vergriffen)

Heft 23
„Einzig hoffe ich noch auf Buonaparte, der ein großer Mann ist!"
Napoleons und Dalbergs Mainzer Treffen im September 1804
Vortragsveranstaltung am 22. September 2004
Mainz 2004 (vergriffen)

Heft 24
Nahe am großen Krieg – Rheinpreußen und die Pfalz 1914
Vortragsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz
am 29. September 2004
Mainz 2004 (vergriffen)

Heft 25
Nur freie Menschen haben ein Vaterland
Georg Forster und die Mainzer Republik
Vortragsveranstaltung
Mainz 2004

Heft 26
Der 27. Januar – Zerfall – Wendepunkt – Hoffnung
Gedenksitzung des Landtags Rheinland-Pfalz aus Anlass
desGedenktages für die Opfer des Nationalsozialismus
am 27. Januar 2005
Mainz 2005

Heft 27
20. Schüler-Landtag Rheinland-Pfalz 2004
Dokumentation
Mainz 2005

Heft 28
Stand und Perspektiven des Leistungsauftrags Rheinland-Pfalz
Workshop zur politischen Steuerung durch Zielvorgaben im Haushalt
im Landtag Rheinland-Pfalz am 16. Februar 2005
Mainz 2005 (vergriffen)

Heft 29
Friedrich Schillers politischer Blick
Eine Veranstaltung in der Reihe „Literatur im Landtag"
im Landtag Rheinland-Pfalz am 4. Oktober 2005
Mainz 2006 (vergriffen)

Heft 30
Christoph Grimm Reden 1991–2006
Eine Auswahl aus der Amtszeit des rheinland-pfälzischen
Landtagspräsidenten
Mainz 2006

Heft 31
Die Präsidenten des Landtags 1946–2006
Biographische Skizzen aus sechs Jahrzehnten
rheinland-pfälzischer Parlamentsgeschichte
Mainz 2006

Heft 32
Die „Schaffung eines rhein-pfälzischen Landes“
und seine demokratische Entwicklung
Eine Veranstaltung des Landtags und der
Landesregierung Rheinland-Pfalz zur Landesgründung
am 30. August 2006 im Plenarsaal des Landtags in Mainz
Mainz 2007

Heft 33
60 Jahre Parlament in Rheinland-Pfalz
Festveranstaltung aus Anlass des 60. Jahrestages
der Konstituierung der Beratenden Landesversammlung
am 22. November 2006 im Stadttheater Koblenz
Mainz 2007

Heft 34
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2007
Plenarsitzung, Vorträge und Ausstellung
im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2007 (vergriffen)

Heft 35
„Packt an! Habt Zuversicht!“
Über die Entstehung des Landes Rheinland-Pfalz
und seinen Beitrag zur Gründung der
Bundesrepublik Deutschland
Mainz 2007 (vergriffen)

Heft 36
„Was bedeutet uns Hambach heute?“
Podiumsdiskussion am 24. Mai 2007 und Präsentation
des Sonderpostwertzeichens „175 Jahre Hambacher Fest“
am 2. Mai 2007 im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2007 (vergriffen)

Heft 37
„(...) Den sittlich, religiösen, vaterländischen
Geist der Nation zu heben (...)“
Die Reformen des Freiherrn vom Stein
Vortragsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz
am 13. September 2007
Mainz 2007

Heft 38
„700 Jahre Wahl Balduins von Luxemburg zum Erzbischof von Trier“
Eine Veranstaltung des Landtags Rheinland-Pfalz
am 7. Dezember 2007 im Kurfürstlichen Palais in Trier
Mainz 2008

Heft 39
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2008
Plenarsitzung, Ausstellung und Lesung mit Musik
im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2008

Heft 40
60 Jahre Israel –
zwischen Existenzrecht und Existenzbedrohung
Vortragsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz am 5. Mai 2008
Mainz 2008

Heft 41
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens
an die Opfer des Nationalsozialismus 2009
Plenarsitzung im Pfalzklinikum Klingenmünster,
Ausstellung und Vortragsveranstaltung im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2009

Heft 42
60 Jahre Grundgesetz:
Fundament geglückter Demokratie
Festakt am 18. Mai 2009 im Landtag
aus Anlass der Zustimmung des Landtags Rheinland-Pfalz
zum Grundgesetz am 18. Mai 1949
Mainz 2009

Heft 43
Auswanderung nach Amerika
Vortragsveranstaltungen zur Auswanderung aus Gebieten des
heutigen Rheinland-Pfalz nach Brasilien am 10. Juli 2009
und zur Auswanderung in die USA am
15. September 2009 im Landtag
Mainz 2009

Heft 44
Die Folgen des Klimawandels für Rheinland-Pfalz
Aus der Arbeit der Enquete-Kommission „Klimawandel“ des Landtags
Mainz 2010

Heft 45
„Wir sind das Volk!“
Freiheit, Einheit und Europa vom Hambacher Fest bis heute
Podiumsdiskussion am 6. Oktober 2009
im Plenarsaal des Landtags Rheinland-Pfalz
Mainz 2010

Heft 46
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens
an die Opfer des Nationalsozialismus 2010
Plenarsitzung und Ausstellung im Landtag Rheinland-Pfalz,
Vortragsveranstaltung in Mainz
Mainz 2010

Heft 47
„Dass diese Entscheidung sich auswirken möge zum Wohl von Volk und Land“
60 Jahre Hauptstadtbeschluss des Landtags
Eine Veranstaltung des Landtags Rheinland-Pfalz,
der Landesregierung und der Landeshauptstadt Mainz
am 17. Mai 2010 im Plenarsaal des Landtags
Mainz 2010

Heft 48
Auf einem guten Weg!
20 Jahre Deutsche Einheit – Rheinland-Pfalz
Podiumsdiskussion im Landtag Rheinland-Pfalz am 15. September 2010
Mainz 2011

Heft 49
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2011
Plenarsitzung in der Synagoge der Jüdischen Gemeinde Mainz
Ausstellungen im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2011

Heft 50
Volksentscheide, Demokratie und Rechtsstaat
Das rheinland-pfälzische Reformprojekt
„Mehr Bürgerbeteiligung wagen“
im Lichte schweizerischer und deutscher Erfahrungen
Diskussionsveranstaltung in der Reihe „Partner im Dialog“
am 14. Juni 2011 im Plenarsaal des Landtags Rheinland-Pfalz
Mainz 2011

Heft 51
Anfänge der modernen Demokratie in Mainz –
Das „Deutschhaus“ als Erinnerungsort
Vortrag im Landtag Rheinland-Pfalz am 9. August 2011
zum Abschluss der Reihe „Verborgen – Verloren – Wiederentdeckt.
Erinnerungsorte in Mainz von der Antike bis zum 20. Jahrhundert“
Mainz 2011

Heft 52
„Kreuz – Rad – Löwe“
Vortragsveranstaltungen anlässlich der Autorentage des Projektes
„Handbuch der Geschichte von Rheinland-Pfalz“
am 24. April 2009 und am 17. September 2010
Mainz 2012

Heft 53
„Landauf – Landab“
Fünf Abgeordnete und 200 Jahre Demokratie- und Parlamentsgeschichte
Mainz 2012

Heft 54
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2012
Plenarsitzung und Ausstellung im Landtag Rheinland-Pfalz
Konzert in der Kirche St. Bonifaz in Mainz
Mainz 2012

Heft 55
Die Mainzer Republik 1792/93
Französischer Revolutionsexport
und deutscher Demokratieversuch
Schriften von Franz Dumont,
bearbeitet von Stefan Dumont und Ferdinand Scherf
Mainz 2013

Heft 56
„Ein neues demokratisches Deutschland
als lebendiges Glied der Völkergemeinschaft zu formen …“
Feierstunde aus Anlass der Annahme der Verfassung für Rheinland-Pfalz
vor 65 Jahren am 18. Mai 2012 im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2013

Heft 57
180 Jahre Hambacher Fest
Gemeinsame Feierstunde
von Landtag und Landesregierung Rheinland-Pfalz
am 25. Mai 2012 auf dem Hambacher Schloss
Mainz 2013

Heft 58
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2013
Plenarsitzung in der Gedenkstätte KZ Osthofen,
Ausstellungen und Vortrag im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2013

Heft 59
Veranstaltungen zum 220. Jahrestag
der Ausrufung der Mainzer Republik am 18. März 2013
Platzumbenennung, Festveranstaltung,
Ausstellung und Vortrag im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2014

Heft 60
Veranstaltungen zum Tag des Gedenkens an die Opfer
des Nationalsozialismus 2014
Plenarsitzung und Ausstellungen im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2014

Heft 61
Aufgeklärte Frauen, die Mainzer Republik und die Liebe zur Freiheit
Auftaktveranstaltung zum „Tag der Archive“
unter dem Motto „Frauen – Männer – Macht“
am 6. März 2014 im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2014

Heft 62
70 Jahre Hitler-Attentat vom 20. Juli 1944
und der zivile Widerstand im Rhein-Main-Gebiet
Vortragsabend am 22. Juli 2014
im Landtag Rheinland-Pfalz
Mainz 2015