



„Ich werde da sein!“

**Entscheidungshilfe
des Familienbundes der Katholiken
zur aktuellen Debatte um die Suizidbeihilfe
und zur Sterbebegleitung**

Stand: 22. Juni 2015

Familienbund der Katholiken (Bundesverband), Reinhardtstr. 13, 10117 Berlin
www.familienbund.org

Inhalt

Einführung	3
1. Begrifflichkeiten.....	4
1.1. Instrumente der Vorsorge.....	4
1.2. Sterbebegleitung	6
1.3. Sterben zulassen / Therapiezieländerung	6
1.4. Therapien am Lebensende.....	8
1.5. Suizid.....	9
1.6. Beihilfe zum Suizid (Assistierter Suizid)	10
1.7. Ärztliche Beihilfe zum Suizid (Ärztlich assistierter Suizid)	12
1.8. Weitere Begrifflichkeiten im Zusammenhang der „Beihilfe zum Suizid“	12
1.9. Tötung auf Verlangen	14
1.10. Übersicht	15
2. Grundsätzliche Positionen des Familienbund der Katholiken	16
3. Regelungsbereiche aus Sicht des Familienbundes	18
3.1. Beihilfe zum Suizid	18
3.1.1. Position des FDK	21
3.1.2. Forderung des FDK	21
3.2. Ärztliche Beihilfe zum Suizid	21
3.2.1. Position des FDK	23
3.2.2. Forderungen des FDK	23
3.3. Hospiz- und Palliativversorgung	23
3.3.1. Position des FDK	24
3.3.2. Forderungen des FDK	24
3.4. Formen einer neuen Sterbe- und Trauerkultur	25
3.4.1. Position des FDK	26
3.4.2. Forderungen des FDK	26
3.5. Rolle der Familien.....	27
3.5.1. Position des FDK	28
3.5.2. Forderungen des FDK	28

Einführung

Die aktuelle Debatte um ein strafrechtliches Verbot der organisierten Suizidbeihilfe ist Anlass für den Familienbund der Katholiken, sich nicht nur mit der strafrechtlichen Frage zu beschäftigen, sondern auch auf die tragende Rolle der Familien bei der Fürsorge für Kranke, Ältere und Sterbende hinzuweisen.

Es ist ein immer wieder geäußertes Bedürfnis vieler Menschen, im Sterben nicht allein gelassen zu werden. Die gute Einbindung in die Familie trägt maßgeblich dazu bei, dass Menschen würdevoll, ohne Angst, einsam zu sein, und mit guter Fürsorge in einer vertrauten Umgebung sterben können. Die Zusage „Ich werde da sein!“ nimmt Ängste vor einem einsamen Sterben.

Wir als Familienbund der Katholiken werden uns in unserem Bemühen um eine sorgende Gesellschaft dafür einsetzen, dass in der Sorge um Ältere, in der Pflege von Kranken und auch in der Begleitung von Sterbenden immer jemand sagt: „Ich bin da!“

Wir als Familienbund der Katholiken werden uns dafür einsetzen, allen Menschen zu ermöglichen, den Lebensweg bis zu Ende gehen zu können und würdig zu sterben – „nicht durch die Hand eines anderen, sondern an der Hand eines anderen“, wie es ehemals Horst Köhler ausdrückte und wie es auch in unserer *agenda Familie* steht.

Wir begrüßen es, dass gemeinsam mit der geplanten Gesetzgebung zur Sterbehilfe auch die Rahmenbedingungen für die Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden sollen. Dies ist wichtig und lange überfällig! Denn ein größeres Angebot an Hospizen und eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung sind dringend notwendige Erleichterungen für Sterbende und ihre Familien.

Aber so entlastend die Hospiz- und Palliativversorgung für Familien auch ist, sie ist kein Ersatz für Familien. Ohne Familien geht die Rechnung nicht auf! Denn Familien werden weiterhin die tragende Säule bei der Fürsorge für Pflegebedürftige und der Begleitung von Sterbenden sein.

Deshalb werden wir darauf hinwirken, dass Familien bei der Erfüllung dieser wichtigen Aufgabe gestärkt werden.

Die vorliegende „Entscheidungshilfe“ gibt einen Überblick über die zentralen Fragen und fasst die Positionen und Forderungen des Familienbundes der Katholiken zusammen.

1. Begrifflichkeiten

Es ist festzustellen, dass in der Debatte um Sterbebegleitung und Suizidbeihilfe die relevanten Begriffe oft ungenau und uneinheitlich verwendet werden. Dies führt bei vielen Beteiligten – selbst bei Pflegekräften und Ärzten – zu Unsicherheiten.

Deshalb gilt es zunächst, die grundlegenden Begrifflichkeiten zu erklären und die Wahl der Worte festzulegen. Denn „eine ethische und rechtliche Auseinandersetzung über Entscheidungen und Handlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, beschränkt sich nicht auf die Frage, was erlaubt ist und was zugelassen werden kann. Sie schließt die Frage ein, mit welchen Begriffen man die Sachverhalte benennen soll. An sich scheint die Wahl von Worten kein großes Problem zu sein, weil man sich darüber verständigen kann, was man meint und was nicht. Aber Worte haben Eigensinn. Sie vermitteln Bedeutungen, Assoziationen und auch Wertungen, die den Gegenstand in ein Licht rücken, das man für nicht angemessen oder nicht wünschenswert halten kann.“¹

Die Schwäche überkommener Begriffe zeigt sich bereits in besonderer Weise beim Wort „Sterbehilfe“, „das im deutschen Sprachgebrauch weitgehend an die Stelle des [historisch belasteten²] Wortes ‚Euthanasie‘ getreten ist. Das Wort ‚Hilfe‘ ist positiv besetzt; es signalisiert etwas, was legitim und begrüßenswert ist. ‚Hilfe‘ kann man sich in jeder Phase seines Sterbens eigentlich nur wünschen.“³ Ob „Sterbehilfe“ in all ihren Formen diese Erwartung tatsächlich erfüllt, ist aber mehr als umstritten.

Dem Nationalen Ethikrat (seit 2008: Deutscher Ethikrat) folgend plädieren wir deshalb dafür, „die eingeführte, aber missverständliche und teilweise irreführende Terminologie von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe aufzugeben. Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken, können angemessen beschrieben und unterschieden werden, wenn man sich terminologisch an folgenden Begriffen orientiert:“⁴

- statt „aktive Sterbehilfe“ besser „Tötung auf Verlangen“,
- statt „passive Sterbehilfe“ besser „Sterben zulassen“,
- statt „indirekte Sterbehilfe“ besser „Therapien am Lebensende“.

Darüber hinaus werden im Folgenden auch die Begriffe: „Instrumente der Vorsorge“, „Sterbebegleitung“, „Suizid“, „Beihilfe zum Suizid“ sowie „Ärztliche Beihilfe zum Suizid“ erläutert und der jeweilige rechtliche Rahmen näher bestimmt.

1.1. Instrumente der Vorsorge

a) Vorsorgevollmacht

Mit der Vorsorgevollmacht kann im Voraus bestimmt werden, wer für den Vollmachtgeber entscheiden soll, wenn dieser selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Bei einer Vorsorgevollmacht handelt es sich um eine Stellvertretung im Sinne der §§ 164 ff.

¹ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Berlin 2006, S. 49.

² Der Begriff „Euthanasie“ (griech. „guter Tod“) wurde im Nationalsozialismus für die systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen verwendet. In Deutschland wird er deshalb nur selten verwendet. In vielen anderen Ländern Europas ist „Euthanasie“ der üblicherweise verwendete Begriff für „Sterbehilfe“ (eng. „euthanasia“, fr „euthanasie“, sp. „eutanasia“, it. „eutanasia / eutanasie“).

³ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 49f.

⁴ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 53.

BGB. Der Bevollmächtigte wird zum Vertreter des Vollmachtgebers und kann für diesen rechtswirksame Erklärungen abgeben. Eine Vorsorgevollmacht kann umfassend erteilt werden (dann gilt sie für alle – nicht nur für medizinische – Angelegenheiten) oder auf bestimmte Angelegenheiten beschränkt werden. Die Erteilung einer Bankvollmacht ist unbedingt zu empfehlen.

Die Erteilung einer Vorsorgevollmacht setzt Geschäftsfähigkeit voraus. Eine bestimmte Form ist für die Erteilung einer Vorsorgevollmacht nicht vorgeschrieben (vgl. § 167 BGB). Insbesondere ist keine notarielle Beurkundung erforderlich. Dennoch ist es aus Beweisgründen dringend zu empfehlen, die Vorsorgevollmacht schriftlich zu erteilen.

Durch die Erteilung einer umfassenden Vorsorgevollmacht kann die Durchführung eines gerichtlichen Betreuungsverfahrens vermieden werden. Da dem Bevollmächtigten weitreichende Befugnisse eingeräumt werden, setzt die Erteilung großes Vertrauen voraus.

Damit sich Gerichte im Bedarfsfall schnell informieren können, ob es einen Bevollmächtigten gibt, können Vorsorgevollmachten beim Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer in Berlin registriert werden (www.vorsorgeregister.de)

b) Betreuungsverfügung

Mit der Betreuungsverfügung wird das gerichtliche Betreuungsverfahren nicht vermieden. Vielmehr wird dem Betreuungsgericht eine Person als Betreuer vorgeschlagen. Das Gericht hat diesem Vorschlag zu entsprechen, wenn es dem Wohl des Vorschlagenden nicht widerspricht (§ 1897 Abs. 4 Satz 1 BGB). Die Betreuungsverfügung kann auch Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung enthalten, denen der Betreuer im Rahmen der Zumutbarkeit grundsätzlich zu entsprechen hat (vgl. §§ 1901 Abs. 3, 1901c Satz 1 BGB). Die Abfassung einer Betreuungsverfügung setzt – im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht – keine Geschäftsfähigkeit voraus.

Durch das Instrument der Vorsorgevollmacht hat die Betreuungsverfügung an Bedeutung verloren. Sinnvoll ist ggf. lediglich eine „negative“ Betreuungsverfügung, bei der Menschen benannt werden können, die man auf keinen Fall als Betreuer akzeptieren will (hierauf „soll“ das Gericht Rücksicht nehmen, vgl. § 1897 Abs. 4 Satz 2 BGB).

c) Patientenverfügung

Das Gesetz definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Abs. 1 BGB).

Eine Patientenverfügung ist verbindlich und muss umgesetzt werden, wenn sie die aktuelle Situation erfasst – unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung.

Es gilt das „dialogische Prinzip“: Bei der Umsetzung der Patientenverfügung ermitteln der behandelnde Arzt und der Patientenvertreter gemeinsam den (mutmaßlichen) Patientenwillen (=„doppelte Kontrolle“) (vgl. §§ 1901b, 1901a BGB).

Wenn eine Patientenverfügung so formuliert ist, dass sie sich eindeutig und ohne Auslegungsspielraum auf die aktuelle Situation anwenden lässt, bindet sie den Arzt direkt⁵ und muss auch unmittelbar umgesetzt werden.

⁵ überzeugende Ansicht, so auch Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 53a, m.w.N.

Eine korrekt formulierte Patientenverfügung beschreibt zunächst bestimmte klinische Situationen, für die sie gelten soll. Dann wird aufgeführt, welche Therapien man in diesen Situationen für sich selbst wünscht und welche man ablehnt.

Konkrete Therapiewünsche können zwar hilfreiche Anhaltspunkte für die Behandlung sein, sie sind für den Arzt aber aufgrund der ärztlichen Therapiefreiheit nicht bindend – Therapieablehnungen hingegen schon.

Umfangreiche Informationen und die entsprechenden Formulare zu den Instrumenten der Vorsorge bietet die „Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung – Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland“⁶. Die Handreichung und das entsprechende Formular sind herunterzuladen unter: www.dbk.de/themen/christliche-patientenvorsorge/.

1.2. Sterbebegleitung

„Mit dem Begriff der Sterbebegleitung sollen Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet werden. Dazu gehören körperliche Pflege, das Löschen von Hunger- und Durstgefühlen, das Mindern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerlicher Beistand.“⁷

Auch wenn die aktuelle politische Debatte schwerpunktmäßig zur Beihilfe zum Suizid geführt wird, soll in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass die große gesellschaftliche Herausforderung in der Begleitung der vielen Menschen liegt, die jährlich zu Hause oder in einer stationären Einrichtung (oft nach einer längeren Pflegephase) eines natürlichen Todes sterben.

1.3. Sterben zulassen / Therapiezieländerung

„Die Erkenntnis, dass ein Sterben durch ärztliche Therapien nicht mehr aufzuhalten ist, führt zu Situationen, in denen über Fortführung, Begrenzung oder Beendigung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Therapien entschieden werden muss.“⁸

Von „Sterben zulassen“ soll gesprochen werden, wenn dem Willen des Patienten entsprechend durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen der Tod früher eintritt, als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall wäre. Hierzu zählt insbesondere der Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse und Reanimation.

„Der Begriff ‚Therapiezieländerung‘ will verdeutlichen, dass der sterbenskranke Patient keinesfalls ohne ärztlichen Beistand bleibt. Auch wenn das Ziel der Heilung nicht mehr erreicht werden kann, stellt die Linderung des Leidens ein Ziel dar, das durch viele therapeutische Maßnahmen verwirklicht werden kann.“⁹

⁶ Herausgegeben vom Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland und vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, „Gemeinsame Texte“ Nr. 20, Hannover/ Bonn 2012.

⁷ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 53.

⁸ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): Entscheidungen am Ende des Lebens. Argumentationshilfe zur Sterbebegleitung und Sterbehilfe, Köln 2014, S. 6.

⁹ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 6.

Rechtliche Situation:

„Nicht strafbar ist das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht.“¹⁰

„Das Recht auf Leben begründet keine Pflicht zum Leben. Der Schutz der körperlichen Integrität durch Art. 2 Abs. 2 GG [und der Schutz der Selbstbestimmung gem. Art. 2 Abs. 1 GG] verlang[en] vielmehr, dass Behandlungsaufnahme und Behandlungsfortsetzung nur mit Einwilligung des Patienten erfolgen dürfen. Nicht erst der Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme bedarf deshalb einer Einwilligung des Patienten, sondern schon die Behandlung und damit die Weiterbehandlung. Entgegen verbreiteter Auffassung besteht hier auch nicht ein Konflikt zwischen der Lebenserhaltungspflicht des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Entscheidet sich der Patient gegen die Lebenserhaltung, ist kein Raum mehr für die Annahme, der Arzt sei zur Erhaltung dieses menschlichen Lebens zwar grundsätzlich verpflichtet, nur trete diese Pflicht hinter das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zurück. Denn Träger des Selbstbestimmungsrechts über sein Leben ist der Patient und nicht der Arzt.“¹¹

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist auch strafrechtlich abgesichert, denn eine medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten ist in der Regel strafbar (Körperverletzung und/oder Nötigung, §§ 223, 240 StGB) – auch dann „wenn sie zur Lebensrettung zwingend erforderlich wäre und sich dem gesunden Menschenverstand aufdräng[t]“¹².

missverständliche Begriffe:

„*Passive Sterbehilfe*“: „Im Gegensatz zu dem, was der Wortsinn nahelegt, wird solches Sterbenlassen jedoch nicht notwendigerweise passiv, also durch bloßes Nichtstun verwirklicht. Es kann durchaus aktives Eingreifen des behandelnden Arztes voraussetzen, so etwa, wenn eine Magensonde entfernt werden muss, um die schon eingeleitete künstliche Ernährung des Patienten nicht weiter fortzuführen, oder wenn das Beatmungsgerät abgestellt werden muss, um die künstliche Beatmung zu beenden.“¹³ Der Begriff „passive Sterbehilfe“ rührt daher, dass es sich im Rechtssinne um ein Unterlassen handelt. Ob juristisch ein Tun oder ein Unterlassen vorliegt, ist nicht nach formaler Betrachtung, sondern nach auf den Schwerpunkt des Handelns abstellender Wertung zu entscheiden. Das (aktive) Ausschalten eines lebenserhaltenden (bzw. lebensverlängernden) medizinischen Geräts wird juristisch als Unterlassen der lebenserhaltenden (bzw. lebensverlängernden) Maßnahmen gewertet. Bei Behandlungsabbrüchen liegt immer ein Fall der sog. „passiven Sterbehilfe“ vor, unabhängig davon, wie dieser Abbruch erfolgt.¹⁴

Es erscheint zudem sehr fraglich, ob es sinnvoll ist, von „Hilfe“ zu sprechen, wenn der Arzt unterlässt, was ihm strafrechtlich verboten ist.¹⁵

¹⁰ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 6.

¹¹ Antoine, Jörg: Der verfassungsrechtliche Rahmen für die Regelung aktiver, passiver sowie indirekter Sterbehilfe, in: Heinrich Böll Stiftung (Hrsg.): Selbstbestimmung am Lebensende, Schriften zu Wirtschaft und Soziales, Band 10, Berlin 2012, S. 21.

¹² Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 42.

¹³ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 50.

¹⁴ Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 61 f.

¹⁵ Vgl. Fischer, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 58.

„Sterben lassen“: suggeriert, dass man die/den Sterbenden in ihrem/seinen Sterben allein lässt

„Therapieabbruch“ bzw. „Therapieverzicht“: suggeriert, dass es gar keine begleitende Therapien mehr gibt.

1.4. Therapien am Lebensende

„Zu Therapien am Lebensende zählen alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativmedizinischer Maßnahmen, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern, das Leben zu verlängern oder Leiden zu mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine starke Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist.“¹⁶

Auch die „palliative Sedierung“ kann eine angemessene Therapie am Lebensende sein. „Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern, in einer für Patienten, Familie und Behandelnde ethisch akzeptablen Weise. Die Palliative Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen und eine oberflächliche (mit reduziertem Bewusstsein) oder eher tiefe Sedierung (mit Verlust des Bewusstseins) zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todesesintrittes.“¹⁷

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fortschritte der modernen Palliativmedizin heute in den meisten Fällen eine wirksame Therapie ohne Lebensverkürzung ermöglichen.

Therapien am Lebensende sind „unter der Voraussetzung einer entsprechenden medizinischen Indikation in Deutschland auch berufsrechtlich zulässig, wenn sie dem ausgesprochenen oder – bei Einwilligungsunfähigkeit – vorab geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen.“¹⁸

Rechtliche Situation:

„Palliative Therapie ist [auch wenn sie zu einer unbeabsichtigten Lebensverkürzung führt] rechtlich unstrittig unter der Voraussetzung, dass die Schritte gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet wurden und sein Wille handlungsleitend ist.“¹⁹

Die juristische Begründung für die Straflosigkeit ist allerdings umstritten. Die meisten Juristen nehmen zugunsten des Arztes (unter Berücksichtigung der Einwilligung des Patienten) entweder einen rechtfertigenden Notstand oder eine entschuldigende Pflichtenkollision an.²⁰ Die Einwilligung des Patienten allein ist bei einem aktiven Tätigwerden des Arztes (wg. der Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen) nicht ausreichend.

¹⁶ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 54.

¹⁷ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.): Ärztlich Assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin 2014, S. 8.

¹⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.): a.a.O., S. 8.

¹⁹ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 7.

²⁰ Joecks, StGB, 11. Auflage 2014, vor § 211, Rn. 34 m.w.N.; Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 57 spricht sich für eine klarstellende gesetzliche Regelung aus.

missverständlicher Begriff:

„Indirekte Sterbehilfe“: „Es erscheint nicht angemessen, eine Medikamentengabe, die zur Schmerzbehandlung bei schwer erkrankten Menschen medizinisch indiziert ist, als „indirekte Sterbehilfe“ zu bezeichnen, weil sie als eine nicht intendierte Nebenfolge das Sterben des Betroffenen möglicherweise beschleunigt.“²¹

1.5. Suizid

„Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Akt der vorsätzlichen Selbsttötung.

Im Jahr 2013 verstarben in Deutschland 893.825 Menschen. 9.890 (1,1%) davon durch Suizid („Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ wie es in der amtlichen Statistik heißt).²²

- Von den 9.890 Suizidenten waren 74 % Männer und 26 % Frauen.
- Weit über 100.000 Menschen begingen im Jahr 2012 einen Suizidversuch.²³
- Weit über 60.000 Menschen verloren im Jahr 2012 einen ihnen nahestehenden Menschen durch Suizid. Nicht selten benötigen auch sie Unterstützung (nach Angabe der WHO sind von einem Suizid im Durchschnitt mindestens sechs nahestehende Menschen betroffen).

Das bedeutet:

- Alle 53 Minuten nimmt sich ein Mensch selbst das Leben.
- Alle 5 Minuten findet ein Suizidversuch statt.
- In den letzten 10 Jahren starben mehr als 110.000 Menschen durch Suizid.
- In den letzten 10 Jahren gab es in Deutschland weit über 1 Million Suizidversuche.
- In den letzten 10 Jahren waren in Deutschland zwischen 500.000 und 1 Million Menschen von dem Suizid eines ihnen nahe stehenden Menschen betroffen
- Alle 9 Minuten verliert in Deutschland jemand einen nahestehenden Menschen durch Suizid.

Weiterhin ist zu beachten:

- Mit 56 % war die Mehrheit der Suizidenten jünger als 60 Jahre. Allein 36 % der Suizidenten waren zwischen 40 und 60 Jahre alt.²⁴
- Bei den Suizidmethoden dominiert in Deutschland mit 46 % das Erhängen (4.664 Fälle im Jahr 2011).

Das bedeutet: Nur die wenigsten Suizide geschehen im Kranken- bzw. Sterbebett.

Beim Thema Suizid sollten wir uns also grundsätzlich um eine bessere Suizidprävention bemühen – und nicht nur die Suizidbeihilfe am Lebensende im Blick haben.

²¹ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 51f.

²² Statistisches Bundesamt: Gesundheit. Todesursachen in Deutschland, Fachserie 12 Reihe 4, Wiesbaden 2014

²³ Diese und die folgenden Angaben stammen von <https://suizidpraevention.wordpress.com/suizide-in-deutschland-2012/>

²⁴ Statistisches Bundesamt: a.a.O.

Rechtliche Situation:

Der Suizid bzw. Suizidversuch erfüllt keinen strafrechtlichen Tatbestand und ist deshalb straflos.²⁵

missverständliche Begriffe:

„Selbstmord“: Mord beinhaltet ein Verwerflichkeitsurteil. Mord bezeichnet ein Verbrechen. Suizid ist aber kein Verbrechen im juristischen Sinne

„Freitod“: viele Selbsttötungen sind nicht wirklich frei (auch wenn sie freiverantwortlich im Sinne des Strafrechts erfolgen). Studien haben gezeigt, dass bei bis zu 80 % aller Menschen, die Suizid begangen haben, vorher depressive Symptome festzustellen waren.²⁶ Neben der Depression kommen andere psychiatrische, psychische und medizinische Faktoren als Ursachen von Suizid in Betracht (z.B. bipolare Störung, Schizophrenie, Angststörungen, Suchterkrankungen).²⁷ Auch bei Selbsttötungen ohne medizinisch-psychiatrischen Hintergrund können äußere Umstände den Suizid als unfrei erscheinen lassen. In jedem Fall ist der nach rationaler Erwägung und völlig freiem Entschluss durchgeführte „Bilanzsuizid“ ein Ausnahmefall. Der Begriff „Freitod“ klingt deshalb zu beschönigend.

1.6. Beihilfe zum Suizid (Assistierter Suizid)

„Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben, sie kann z.B. darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen. In Abgrenzung zur ‚Tötung auf Verlangen‘ kommt es darauf an, dass der Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert.“²⁸

Rechtliche Situation:

Beihilfe zum Suizid steht in Deutschland nicht unter Strafe.²⁹ Beihilfe ist nur dann strafbar, wenn auch die Tat, zu der Beihilfe geleistet wird, strafbar ist (§ 27 StGB). Der Suizid ist jedoch straflos (s.o.)

Beihilfe zum Suizid liegt jedoch nur vor, wenn der Suizident (1.) das zum Tode führende Geschehen beherrscht („abdrückt“, „trinkt“, etc.) und (2.) freiverantwortlich handelt. Mit „freiverantwortlich“ ist ein freier Willensentschluss im Sinne des Strafrechts zu verstehen. Nicht jede in irgendeiner Hinsicht unfreie Entscheidung ist auch aus strafrechtlicher Sicht unfrei.³⁰ Fehlt es an der Beherr-

²⁵ BGH, Urteil des 1. Strafsenats vom 12. Februar 1952, Az. 1 StR 59/50, BGHSt 2, 150 ff.

²⁶ Krug/Dahlberg/Mercy/Zwi/Lozano, World report on violence and health (WHO, Geneva 2002), S. 192; vgl. auch Fischer, StGB, 62. Auflage, vor § 211, Rn. 28: „empirische Erkenntnisse, wonach ca. 30 % der erfolgreichen Suizide psychische Erkrankungen (insb. depressive Erkrankungen und bipolare Störungen), den übrigen Fällen [...] ganz überwiegend depressive [Symptomatik], Suchterkrankungen oder psychische Störungen zugrunde liegen“.

²⁷ Krug/Dahlberg/Mercy/Zwi/Lozano, a.a.O.

²⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (Hrsg.): a.a.O., S. 7.

²⁹ BGH, Urteil des 1. Strafsenats vom 12. Februar 1952, Az. 1 StR 59/50, BGHSt 2, 150 ff.

³⁰ Bei der Besprechung des Begriffs „Freitod“ wurde bereits darauf hingewiesen, dass die meisten Suizide psychiatrische bzw. psychische Ursachen haben und daher nicht als wirklich frei bezeichnet

schung des Geschehens oder an der Freiverantwortlichkeit, liegt keine Suizidbeihilfe vor, sondern eine täterschaftliche Fremdtötung (die bei aktivem Handeln grundsätzlich gem. § 216 StGB als Tötung auf Verlangen strafbar ist).

Ein Risiko der Strafbarkeit wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) besteht für den Gehilfen nach heutiger Rechtslage auch dann nicht, wenn er bei der Durchführung des freiverantwortlichen Suizids anwesend ist. Die durch einen Suizidversuch herbeigeführte Gefahrenlage hat die Rechtsprechung zwar in der Vergangenheit als „Unglücksfall“ bewertet, bei dessen Vorliegen (im Rahmen der Zumutbarkeit) Hilfe zu leisten sei. Nach neuerer Rechtsprechung zwingt die allgemeine Hilfeleistungspflicht jedoch in Fällen des freiverantwortlichen Suizids nicht zu Hilfeleistungen gegen den erklärten Willen des Betroffenen.³¹

Für Personen, die eine besondere Pflicht zum Schutz von Leib und Leben bestimmter anderer Personen – eine sog. Garantspflicht – haben (dazu gehören u.a. Angehörige und Ärzte), besteht jedoch nach einer älteren, bisher nicht ausdrücklich aufgegebenen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs das Risiko einer Strafbarkeit wegen Totschlags (oder Tötung auf Verlangen) durch Unterlassen, wenn sie bei der Durchführung des Suizids anwesend sind.³² Ein Garant müsse Rettungsmaßnahmen ergreifen, sobald der Suizident das Bewusstsein verliere, da dann nicht mehr eine Beihilfe, sondern ein täterschaftliches Unterlassen vorliege.

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs wurde allerdings vielfach kritisiert, wobei unter anderem auf den Widerspruch hingewiesen wurde, dass man entsprechend dieser Rechtsprechung zunächst Beihilfe zum Suizid leisten dürfe, dann aber den Suizidenten retten müsse. Der Vorsitzende des 2. Strafsenats des Bundesgerichtshofs, Dr. Thomas Fischer, schreibt denn auch in der aktuellen Auflage des für die Rechtspraxis bedeutendsten Kommentars zum Strafgesetzbuch: „Garanten (Angehörige), die in Anerkennung dieser [freiverantwortlichen] Entscheidung [des Suizidenten] von Rettungsmaßnahmen absehen, machen sich nicht strafbar.“³³ Inzwischen ist in einem solchen Fall auch eine Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft München ergangen.³⁴ Für eine Beachtung des Willens des Suizidenten auch nach Eintritt der Bewusstlosigkeit sprechen zudem die neueren gesetzlichen Regelungen zur Patientenverfügung.³⁵ Das Risiko einer strafrechtlichen Verurteilung des beim freiverantwortlichen Suizid anwesenden Angehörigen ist daher als eher gering einzuschätzen.

werden können. Diese Suizide können aber dennoch im Sinne des Strafrechts „freiverantwortlich“ sein. Es ist offensichtlich, dass der Begriff der „Freiverantwortlichkeit“ nicht zu eng definiert werden darf, da man ansonsten die vom Gesetzgeber gewollte Straffreistellung der Suizidbeihilfe wieder unterlaufen würde. Es ist aber unter Juristen umstritten, wann ein „freiverantwortlicher“ Suizid vorliegt. Die wohl überwiegende Auffassung geht grundsätzlich von der Freiverantwortlichkeit des Suizidenten aus und will diese nur verneinen, wenn der Suizident bei der (hypothetischen) Begehung einer Straftat schuldlos gehandelt hätte. Andere wollen die Freiverantwortlichkeit deutlich enger fassen (vgl. zur strafrechtlichen Diskussion Fischer, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 26 ff).

³¹ BGH, NStZ 83, 117; Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 323c, Rn. 5. Vgl. auch Fischer, a.a.O.: „Da aktive Teilnahme am Suizid straflos ist, kann § 323c [Unterlassene Hilfeleistung] für die passive Nicht-Verhinderung nicht zum gegenteiligen Ergebnis kommen“.

³² BGH, Urteil des 3. Strafsenats vom 4. Juli 1984, Az. 3 StR 96/84, BGHSt 32, 367 ff.

³³ Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 25.

³⁴ StA München I, NStZ 11, 345, zitiert nach Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 25.

³⁵ Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, vor § 211, Rn. 41a hält die „Gleichstellung der Ablehnung lebensrettender oder –verlängernder Maßnahmen durch Erklärung des Patienten mit einer Selbsttötungssituation“ für „zutreffend“.

Exkurs zum Schweizer Recht: In der Schweiz ist Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar, sofern „keine selbstsüchtigen Beweggründe“ vorliegen (Art. 115 StGB). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften betont aber in ihren Richtlinien, Suizidhilfe sei nicht „Teil der ärztlichen Tätigkeit“. Es gibt auch keinen rechtlichen Anspruch auf eine Beihilfe zum Suizid.

missverständlicher Begriff:

„Hilfe zum Suizid“: unjuristischer und zu unbestimmter Begriff.

1.7. Ärztliche Beihilfe zum Suizid (Ärztlich assistierter Suizid)

„Richtet sich der Wunsch nach assistiertem Suizid an einen Arzt, entstehen Fragen im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsordnung und dem ärztlichen Selbstverständnis. Einerseits wird davon ausgegangen, dass Ärzte mit ihrer Fachkompetenz den Sterbewilligen tatsächlich einen sanften Tod ermöglichen können. Andererseits sind Ärzte aufgrund ihrer Garantenstellung grundsätzlich dazu verpflichtet, einzugreifen und das Leben ihrer Patienten zu retten.“³⁶

Rechtliche Situation:

„Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid eine Beihilfe zum Suizid und als solche straflos.

Da Ärzte bezüglich ihrer Patienten eine Garantenpflicht zum Schutz des Lebens haben, besteht für sie (wie für Angehörige, s.o.) das Risiko einer Strafbarkeit wegen Totschlags (oder Tötung auf Verlangen) durch Unterlassen, wenn sie beim Bewusstseinsverlust des Suizidenten anwesend sind. Auch bei ärztlichen Suizidbeihilfern ist das Risiko einer strafrechtlichen Verurteilung allerdings als eher gering einzuschätzen (vgl. Argumentation oben).

Bei Ärzten gibt es zudem die Besonderheit, dass sie einem eigenen Berufsrecht (bzw. Standesrecht) unterliegen (Landesberufsordnungen der Landesärztekammern). Die (unverbindliche) Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer schlägt vor, die ärztliche Beihilfe zum Suizid zu untersagen. „Ärztinnen und Ärzte ... dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“³⁷ Diese Vorgabe wurde aber nicht von allen Landesärztekammern in dieser Eindeutigkeit umgesetzt, so dass es zurzeit uneinheitliche Regelungen gibt, die zusätzlich zu Unsicherheiten führen.

missverständlicher Begriff:

„ärztlich unterstützter Suizid“: unjuristischer und zu unbestimmter Begriff.

1.8. Weitere Begrifflichkeiten im Zusammenhang der „Beihilfe zum Suizid“

In seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ differenziert der Nationale Ethikrat zwischen individueller, organisierter und gewinnorientierter Beihilfe zum Suizid³⁸, ohne diese Formen jedoch näher zu definieren.

³⁶ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 8.

³⁷ § 16 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011.

³⁸ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 84ff.

Der stellvertretende Vorsitzende des Nationalen Ethikrates, Prof. Dr. Jochen Taupitz definiert organisierte Beihilfe zum Suizid wie folgt: „Mehr als zwei Beteiligte handeln arbeitsteilig und planmäßig auf längere oder unbestimmte Dauer zusammen.“³⁹ Dass eine organisierte Beihilfe zwingend mehr als zwei Beteiligte voraussetzt, wird jedoch unter den Abgeordneten des Deutschen Bundestags – soweit ersichtlich – derzeit nicht vertreten.

Das Zentralkomitee der deutschen Katholiken⁴⁰ definiert organisierte Beihilfe zum Suizid wie folgt: „Unter ‚organisierter Beihilfe‘ werden Vereine, die Suizidbeihilfe unentgeltlich anbieten, und gewerbliche Anbieter ebenso verstanden wie Einzelpersonen und Ärzte, sofern es sich um auf Dauer angelegte Angebote mit wiederholter Durchführung handelt.“

Zur besseren Begriffsabgrenzung ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen

a) *Beihilfe zum Suizid im Einzelfall* („individuelle Beihilfe“) und

b) *Beihilfe zum Suizid, die auf Wiederholung angelegt ist* („organisierte Beihilfe“, juristischer Fachbegriff: „geschäftsmäßige“ Beihilfe)

Zudem muss danach unterschieden werden, *wer die Beihilfe leistet* – Einzelpersonen (Angehörige oder Ärzte) oder Organisationen (Selbsthilfeorganisationen, Vereine, etc...) – und ob es *Gewinnerzielungsabsichten* gibt, ob die Suizidbeihilfe also „nicht-kommerziell“ oder „kommerziell“ bzw. „gewerbsmäßig“ (juristischer Fachbegriff) erfolgt.

Die soeben genannten juristischen Fachbegriffe „gewerbsmäßig“ und „geschäftsmäßig“ werden folgendermaßen definiert:

- Gewerbsmäßig handelt, wer die Tat wiederholt begehen will, um sich eine Einnahmequelle von einer gewissen Dauer und Erheblichkeit zu verschaffen.⁴¹ Eine Gewinnerzielungsabsicht muss vorliegen.
- Geschäftsmäßig handelt, wer die die Tat wiederholt begehen will. Eine Einnahmen- und Gewinnerzielungsabsicht muss – anders als bei der Gewerbsmäßigkeit – nicht vorliegen.⁴²

Der nicht umgesetzte Regierungsentwurf vom 22. Oktober 2012 sah ein strafrechtliches Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe vor⁴³ (dies ging der Union nicht weit genug). Der Gesetzentwurf, der diesen Sommer vorgelegt werden soll, wird voraussichtlich ein strafrechtliches Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe enthalten.⁴⁴

³⁹ Taupitz, J.: Beihilfe zur Selbsttötung: Terminologische Grundlagen, Öffentlicher Teil der Plenarsitzung des Deutschen Ethikrates am 27. November 2014, Quelle: <http://www.ethikrat.org/sitzungen/2014/beihilfe-zur-selbsttoetung>, Präsentation S. 10.

⁴⁰ Zentralkomitee der deutschen Katholiken (Hrsg.): Ja zur palliativen Begleitung – Nein zur organisierten Suizidbeihilfe. Zur Diskussion um ein Verbot organisierter Beihilfe zum Suizid, 17.10.2014, S. 7f.

⁴¹ Joecks, StGB, 11. Auflage 2014, § 243, Rn. 30.

⁴² Vgl. Augsburg/Brysch, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, S. 16 f.

⁴³ Vgl. BT-Drucksache 17/11126.

⁴⁴ Der Gesetzentwurf könnte so lauten wie der Entwurf, den Prof. Dr. iur. Steffen Augsburg (Justus-Liebig-Universität Gießen) und Eugen Brysch M.A., (Vorstand, Deutsche Stiftung Patientenschutz) vorgelegt haben: § 217 Abs. 1 StGB: „Wer absichtlich und geschäftsmäßig einem anderen die Gelegenheit zur Selbsttötung gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. § 217 Abs. 2 StGB: „Ein nicht geschäftsmäßig handelnder Teilnehmer ist straffrei, wenn der in Absatz 1 genannte andere sein Angehöriger oder eine andere ihm nahestehende

Soll eine neue strafrechtliche Bewertung erfolgen, so ist zu klären, ob die „Beihilfe zum Suizid“ generell straflos bleiben oder in Einzelbereichen strafbar werden soll. Für die Ärzte sind darüber hinaus die Regelungen zum ärztlichen Standesrecht zu hinterfragen.

Eine Übersicht über die derzeit diskutierten Regelungsvorschläge enthält die Übersicht der Bundesgeschäftsstelle „Debatte um ein strafrechtliches Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid“.

Es sei darauf hingewiesen, dass es unter Umständen auch vorteilhaft sein kann, nicht jeden Sonderfall voll juristisch zu regeln. So bleibt den Betroffenen in solchen Extremsituationen Handlungsspielraum für eigene Entscheidungen, die mit der entsprechenden menschlichen Einfühlsamkeit in die Sorgen, Anforderungen und Wünschen von Sterbenden und ihren Angehörigen auch zu guten Lösungen führen können.

1.9. Tötung auf Verlangen

Wenn man jemandem auf dessen ausdrücklichen und ernsthaften Wunsch hin „eine tödliche Spritze gibt oder ihm eine Überdosis an Medikamenten verabreicht oder sonst auf medizinisch nicht angezeigte Weise eingreift, um seinen Tod [gezielt] herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, handelt es sich um Tötung auf Verlangen. Im Unterschied zur Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein anderer die tödliche Handlung aus.“⁴⁵

Rechtliche Situation:

Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten und nach § 216 StGB strafbar. Auch der Versuch ist nach § 216 Abs. 2 StGB strafbar.

Europäischer Vergleich (EU):

Die von einem Arzt durchgeführte Tötung auf Verlangen ist seit wenigen Jahren in den Niederlanden (2001), Belgien (2002) und Luxemburg (2009) unter bestimmten Bedingungen legal. In den anderen Ländern der EU ist die Tötung auf Verlangen strafbar.

missverständlicher Begriff:

„Aktive Sterbehilfe“: Hier ist zu kritisieren, „dass der Begriff der ‚Hilfe‘ so positiv besetzt sei, dass auch die aktive Sterbehilfe von vornherein schon wünschenswert zu sein scheint.“⁴⁶ „Es hat wenig Sinn, ein Handeln, das als vorsätzliches Tötungsdelikt (gem. §§ 212, 216 StGB) verfolgt wird, „Sterbehilfe“ zu nennen.“⁴⁷

Person ist.“ (vgl. Augsberg/Brysch, Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, S. 4).

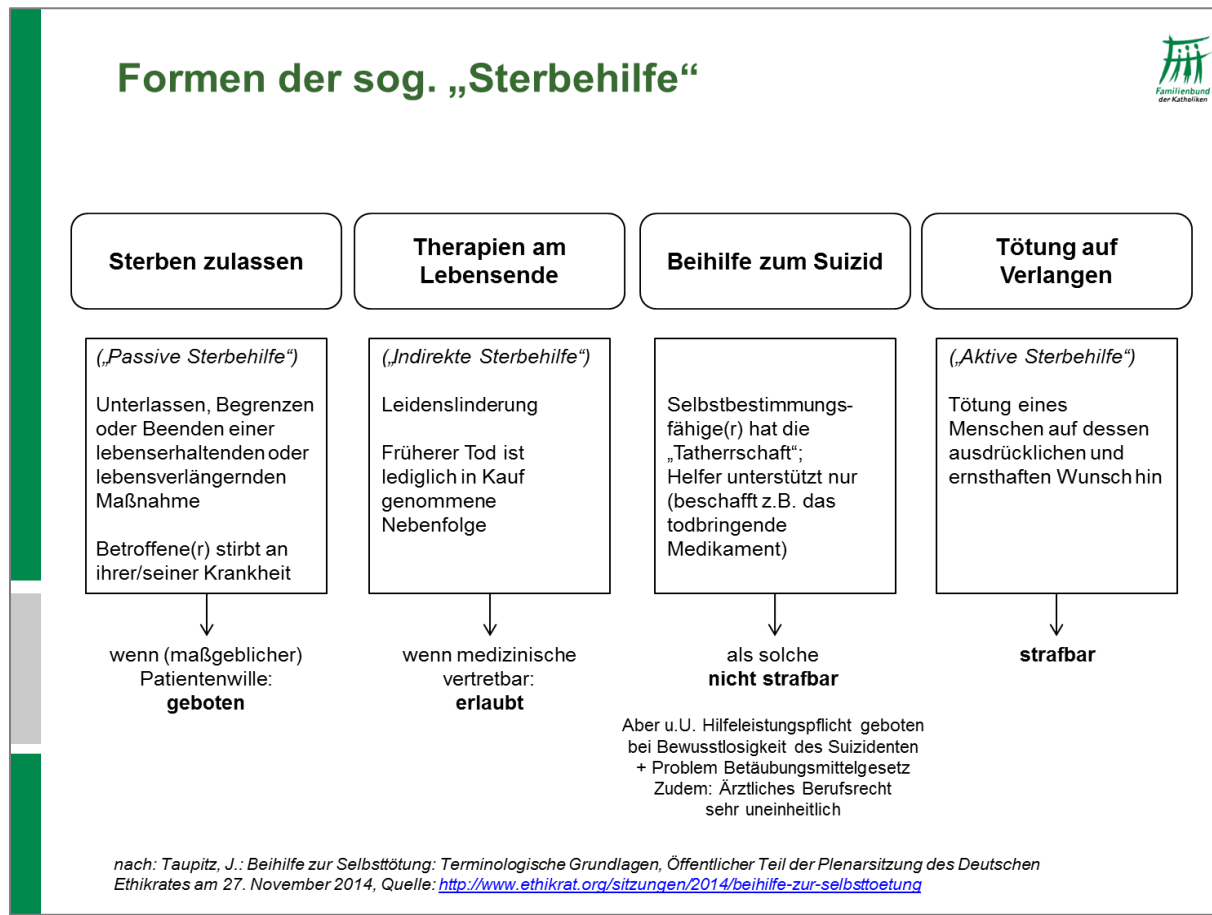
⁴⁵ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): a.a.O., S. 55.

⁴⁶ Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 5.

⁴⁷ Fischer, StGB, 62. Aufl. 2015, vor § 211, Rn. 35.

1.10. Übersicht

In folgender Abbildung werden die wichtigsten Begriffe nochmals übersichtlich dargestellt:



2. Grundsätzliche Positionen des Familienbund der Katholiken

- „Nach unserem christlichen Verständnis gründet die Würde des Menschen in seiner Ebenbildlichkeit mit Gott und seiner Einmaligkeit. Sie ist nicht an von außen zu messende Qualitäten gebunden, sondern jedem Menschen eigen.“⁴⁸
- „Wert und Würde menschlichen Lebens erfordern den uneingeschränkten Schutz von Anfang an und bis zum Lebensende. Der Staat ist aufgefordert, den Schutz des Lebens – auch des ungeborenen Lebens – jederzeit konkret zu gewährleisten.“⁴⁹
- „Eine umfassende Bewusstseinsbildung für den Wert und die Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens, und zwar nicht nur am Beginn, sondern auch bis zum Lebensende, muss in allen gesellschaftlichen Bereichen konkret gefördert und umgesetzt werden.“⁵⁰
- „Der medizinische Fortschritt wirft für das Ende des Lebens neue Fragen auf: Darf einem im Wachkoma liegenden Patienten, der auf künstliche Ernährung angewiesen ist, die Nahrung entzogen werden. Welche Legitimation gibt es dafür? Zwingt die Medizin dem Menschen ein Leben auf, das er für sich nicht mehr als lebenswert empfindet? Dem Respekt vor dem Willen des Einzelnen einerseits und der Sorge vor einem Dammbbruch andererseits, durch den viele gegen ihren Willen sich zu einer solchen Entscheidung genötigt sehen, ist verantwortlich Rechnung zu tragen. Es besteht die Gefahr, dass aus dem wohlmeinenden Bedürfnis, dem anderen Leid zu ersparen, eine Lizenz zum Töten entsteht. Unsere Gesellschaft ist herausgefordert, für ein schmerzfreies und würdiges Sterben einzutreten.“⁵¹
- „Die Menschenwürde ist unabdingbar und sichert das Lebensrecht für jeden Menschen. Gleichzeitig wird im Grundgesetz auch die Schutzbedürftigkeit der Würde des Menschen, die verletzt und missachtet werden kann, hervorgehoben. Die Menschenrechte schützen den Menschen und die Menschenwürde, also die Besonderheit des Menschen als Mensch. Menschliches Leben ist zu keinem Zeitpunkt verfügbar.“⁵²
- „Die Begleitung Schwerkranker und Sterbender sowie deren Angehörigen ist und war zu allen Zeiten eine christliche und menschliche Aufgabe. Private und soziale Tabuisierungen wirken sich schädlich, wenn nicht gar zerstörerisch auf unser Leben aus.“⁵³
- „Ziel ist es, allen Menschen zu ermöglichen, den Lebensweg bis zu Ende gehen und würdig sterben zu können – nicht durch die Hand eines anderen, sondern an der Hand eines anderen.“⁵⁴
- „Menschen, deren Lebensweg zu Ende geht, ist ein würdevolles Sterben zu ermöglichen.“⁵⁵

⁴⁸ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 19.

⁴⁹ Grundlagenprogramm, S. 48.

⁵⁰ Grundlagenprogramm, S. 48.

⁵¹ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 21.

⁵² *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 21f.

⁵³ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 24.

⁵⁴ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 24.

⁵⁵ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 25.

- „Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens – unter der Voraussetzung, dass der Patient bewusstlos oder nicht mehr in der Lage ist, eine freie Entscheidung über seine medizinische Behandlung zu treffen – ist die Willenserklärung, die er vorab in einer Patientenverfügung formuliert hat, zu berücksichtigen. Die Patientenverfügung ist ein zentraler Bezugspunkt für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens und als ein besonders starkes Indiz für die authentischen Wünsche des Patienten zu würdigen.⁵⁶
- „Die Angst der Menschen und das Leid Schwerstkranker vor einem qualvollen Sterben darf kein Argument für aktive Sterbehilfe sein.“⁵⁷
- „Aktive Sterbehilfe ist und bleibt verboten.“⁵⁸

⁵⁶ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 23f.

⁵⁷ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 23.

⁵⁸ *agenda Familie*, FamilienLeben, S. 25.

3. Regelungsbereiche aus Sicht des Familienbundes

3.1. Beihilfe zum Suizid

→Anmerkung: Das gesamte Kapitel 3.1. ist ein Zitat aus: Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 17 ff.

In der Situation, in der ein schwerkranker Mensch angesichts der Last seines Leidens seinem Leben ein Ende setzen will, ist der Betroffene dazu aber oft gar nicht mehr allein in der Lage. Außerdem wünschen sich Menschen, gerade in dieser Situation nicht allein zu sein, sondern begleitet zu werden.

Für eine Beihilfe zum Suizid kommen drei Personengruppen in Frage: Angehörige, Ärzte und Sterbehilfeorganisationen. Die ärztliche Beihilfe zum Suizid ist wegen der Standesethik der Ärzte gesondert zu betrachten und wird deshalb in einem eigenen Abschnitt behandelt.

Bei der ethischen Bewertung der Beihilfe zum Suizid ist es von zentraler Bedeutung, dass der Suizidwillige bis zuletzt selbst entscheidet, ob und wann er das tödliche Präparat einnimmt oder nicht. Das ist ein wesentlicher Unterschied zur Tötung auf Verlangen, bei der eine andere Person die Tötungshandlung vollzieht.

In seiner Stellungnahme „Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende“ differenziert der Nationale Ethikrat zwischen individueller, organisierter und gewinnorientierter Beihilfe zum Suizid:

Die **individuelle Beihilfe zum Suizid** sei wie der Suizid zu bewerten: „Wenn man den Suizid unter bestimmten Bedingungen für vertretbar hält oder sich zumindest einer moralischen Verurteilung enthält, wird man auch eine Handlung, die den Suizidenten bei der Tat unterstützt, etwa indem sie ihm geeignete Mittel verschafft, nicht schlechthin verwerfen.“ So plädiert die überwiegende Mehrzahl der Mitglieder dafür, dass die Beihilfe einer Person zur Selbsttötung eines Menschen auch künftig straflos bleibt.

Wie jemand, dem bei einem geplanten Suizid als Angehöriger die Rolle des Assistenten zukommt, seine Tat ethisch rechtfertigen könnte oder nicht, wird weder als eigene Fragestellung aufgeworfen noch diskutiert. Ist die Berufung auf die Selbstbestimmung des Suizidenten ausreichend? Inwiefern kann der Entschluss des Sterbewilligen auf seine Freiwilligkeit hin überprüft werden, wenn es sich nicht um Ärzte, sondern um Freunde und Verwandte handelt? Wann muss ein „Helfer“ wach sein und den Wunsch nach Suizid erkennen und wie könnte gerechtfertigt werden, ihm zu entsprechen?

Die **organisierte Beihilfe zum Suizid** wurde durch Gesundheitsminister Gröhe (CDU) jüngst im Bundestag thematisiert. Er fordert [genau wie das ZdK] ein Verbot jeglicher organisierter Selbsttötungshilfe. Die beide Schweizer Vereine „EXIT“ und „Dignitas“ bieten für ihre Mitglieder laut Satzung die Beihilfe zu Suizid als Dienstleistung an. Beide Vereine verschaffen ihren Mitgliedern Zugang zu ärztlich verschriebenen tödlich wirkenden Medikamenten. Dazu müssen vorliegen: die Entscheidungsfähigkeit des Suizidwilligen, ein dauerhafter Todeswunsch und eine hoffnungslose Prognose, unerträgliche Beschwerden oder eine unzumutbare Behinderung. Auch wenn die Mitwirkung des Arztes und des Suizidbegleiters vergütet werden, darf der Verein keinen Gewinn machen.

Im Blick auf die ethische Bewertung der organisierten Suizidbeihilfe zeichnen sich zwei Argumentationslinien ab:

CONTRA

- Vermittlung von Suizidbeihilfe durch Organisationen wird grundsätzlich abgelehnt. Beihilfe zum Suizid durch Vereine verleihe dem Angebot den *Anschein der Normalität* und setze die Schwelle des Suizidtabus in der Gesellschaft außerordentlich herab.
- Der Suizid *lege sich* somit für suizidgefährdete Menschen *als Möglichkeit immer stärker nahe*.
- Eine in Folge zunehmende soziale und kulturelle Akzeptanz dieser Organisationen führe dazu, dass die Gesellschaft den *Schutzauftrag* gegenüber suizidgefährdeten Menschen nicht mehr erfülle.
- Die Vertreter dieser Position argumentieren, „für solche Art der Hilfeleistung im Einzelfall kämen jedoch allenfalls nahestehende Personen oder Freunde in Betracht.“

PRO

- Organisationen können dazu beitragen, dass die Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe transparent gestaltet und kontrollierbar werden. Dies könne im letzten auch bedeuten, dass z.B. eine angemessene Betreuung der Patienten besser gewährleistet sei.
- Das Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid sei nicht gerechtfertigt angesichts dessen, dass im Ergebnis suizidwillige Patienten sich selber oder überforderten Angehörigen zu überlassen sind. Solange Patienten nicht mit professioneller Suizidhilfe durch ihre Ärzte rechnen können, soll Suizidbeihilfe durch spezialisierte Organisationen nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden.
- Ein Großteil der Menschen, die sich bei den Vereinen die Möglichkeit zum begleiteten Suizid verschafft haben, nimmt dies gar nicht in Anspruch und verstirbt an der vorliegenden Erkrankung. Der Verein Dignitas verweist darauf, dass 70% der Menschen, denen nach dem Durchlaufen des Verfahrens der Freitod offen steht, sich nie wieder melden, weitere 16% nehmen diesen Weg ebenfalls nicht in Anspruch. Dignitas betrachtet die eigene Arbeit als wirksame Suizid-Prophylaxe.

In der Gesellschaft besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine gewerbsmäßig **gewinnorientierte Suizidbeihilfe** (sei sie individuell oder in organisierter Form) ethisch nicht akzeptabel ist. Eine Kommerzialisierung sei nötigenfalls sogar strafrechtlich zu verbieten. Bei dem Versuch, die Gesetzeslage zu ändern, ist in der vergangenen Legislaturperiode die Justizministerin Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) gescheitert [vgl. Regierungsentwurf vom 22. Oktober 2012, BT-Drucksache 17/11126]. Hintergrund war die Absicht der CDU, die organisierte Sterbehilfe grundsätzlich zu verbieten, nicht nur die mit der Absicht, Gewinne zu erzielen.

Beihilfe zum Suizid - ethische Diskussion

Die Unterscheidung des Ethikrates in individuelle, organisierte und gewinnorientierte Beihilfe zum Suizid spielt in der öffentlichen Diskussion [d.h. abseits der politischen Debatte der Experten] kaum eine Rolle. Im Zentrum des Interesses steht eher die recht lösungsorientierte Frage der Umsetzung. Der Tod als Lösung wird dabei nicht

hinterfragt. Leid und schwere Erkrankung scheinen hier per se alles Handeln zu seiner Erlösung zu rechtfertigen.

Die Stimmen, die für Menschen eintreten, die an Krankheiten mit unerträglichen Schmerzen und Einschränkungen leiden und ihr Leben beenden wollen, haben für viele Menschen eine hohe Plausibilität.

Als besonders bedrängend erlebt wird die empfundene Not und Verzweiflung darüber, dass diese Personen – gerade wenn sie im hohen Alter sind - einen würdevollen Umgang entbehren müssen. Die Rahmenbedingungen und Ressourcen in den Einrichtungen (Personalmangel, Zeitmangel in Pflegeheimen), Überforderungssituationen in Familien führen dazu, dass längst nicht alle Menschen sich so umsorgt und angenommen erleben, wie es Hospizbewegung und Palliativmedizin anstreben. Immer noch leiden zu viele Menschen an Schmerzen, die behandelbar wären.

Namhafte Vertreter der Palliativmedizin berichten, dass der Wunsch zu Sterben nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod meint, sondern vor allem das Ende unerträglichen Leidens.

Befragungen im Bundestaat Oregon/USA ergaben drei Motivgruppen beim Wunsch nach assistiertem Suizid:

- der Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände, nach Selbstbestimmung bis zuletzt und einem Sterben zu Hause;
- die Erfahrung des Verlustes von Selbstständigkeit und Würde;
- die Angst vor künftigen Schmerzen oder anderen leidvollen Symptomen.

Palliativmediziner weisen darauf hin, dass einem geäußerten Wunsch nach dem Sterben mit großer Wertschätzung und Zurückhaltung begegnet werden muss, denn er stellt einen Vertrauensbeweis dar. Werturteile und Besserwisserei übersehen die Nöte des Betroffenen. Der Wunsch zu Sterben darf nicht tabuisiert werden. Es ist vielmehr wünschenswert, wenn es gelingt, über diesen Wunsch ins Gespräch zu kommen und die Hintergründe (Motivationen, Ängste und Bedürfnisse) des Patienten zu erfahren, die zum Todeswunsch führen. Im vertrauensvollen Gespräch kann sich zeigen, dass der Todeswunsch „Ausdruck einer Ambivalenz“ sein kann. Es können „parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen“. Beides denken und ausdrücken zu können, kann für den Patienten und sein Umfeld eine große Entlastung sein und der Beziehung Professionelle – Patient eine neue Qualität verleihen.

In der Diskussion spielt aber ein weiterer Standpunkt eine wichtige Rolle. Mit Blick auf ihre Zukunft argumentieren viele Menschen, sie empfänden Pflegebedürftigkeit, Demenz, Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit als menschenunwürdig und möchten selber entscheiden, wann das Leben endet. Diese zweite Position wird von Menschen vertreten, die mithilfe des assistierten Suizids Vorsorge vor dem Eintritt leidvoller und unerträglicher Belastungen treffen wollen. Ein wichtiger Begriff in der Argumentation ist die „Würde“, die mit Eintreten dieser Belastungen kleiner würde. Hier beginnt sich eine Tendenz abzuzeichnen, die verleugnet, dass Leiden und Krankheit zum menschlichen Leben dazugehören und [vom Einzelnen, aber insbesondere auch von der Gesellschaft] bewältigt werden müssen. Ist es nicht Ausdruck der Verabsolutierung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, wenn Schwäche und Hilfsbedürftigkeit als derart unerträglich empfunden werden, dass ihnen der Tod vorgezogen wird? [Liegt einer solchen Vorstellung nicht ein verfehltes Verständnis von menschlicher Würde zugrunde, die sich gerade nicht aus der persönlichen Leistungsfähigkeit ableitet, sondern allein aus dem Menschsein ergibt?]

Beihilfe zum Suizid – Theologische Argumentation

Auch wenn die Beihilfe zum Suizid juristisch nicht geahndet wird, verurteilt die *katholische Moraltheologie* ein solches Tun scharf.

„Von den anderen ist jeder Sterbende als der zu achten, der sein Sterben selbst lebt. Deshalb kann auch beim Sterben eines Menschen alle Hilfe nur Lebenshilfe sein. Die Hilfe im Sterben, derer der Betroffene angesichts der Einsamkeit des Todes bedarf, besteht folglich in intensiver Zuwendung und in bestmöglicher ärztlicher Versorgung und Pflege. Sie will ihm darin beistehen, dass er sein körperliches Leiden ertragen und den bevorstehenden Tod selbst annehmen kann.“

„Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig.“

„Alle Teilnahme an der Krankheit und am Leiden eines Sterbenden wird darauf zielen, gemeinsam mit ihm herauszufinden, was sein Leben auch unter Einschränkungen, die ihm auferlegt sind, in der ihm noch verbliebenen Spanne Zeit lebenswert und sinnvoll macht. Alles Bestreben und Gutzureden wird ihm nahebringen wollen, dass sein Leben wie das jedes Menschen, und sei es auch noch so behindert, für andere bedeutsam und wichtig ist.“

Die Unverfügbarkeit des Lebens verbietet es, ein Leben vorzeitig zu beenden. Niemand hat ein derartiges Verfügungsrecht über sein eigenes Leben, dass er sein Leben vorzeitig beenden darf, er ist nicht Herr über Leben und Tod. Dem menschlichen Leid mit der Tötung eines Leidenden zu begegnen, ist nicht vertretbar. Das Ziel muss sein, Leiden zu lindern und nicht sich der Leidenden zu entledigen. Deshalb ist menschlicher und seelsorglicher Beistand geboten, das Achten der Würde des Sterbenden und seine ärztliche und pflegerische Versorgung. Nur dies ist mit der Würde des Menschen zu vereinbaren.

3.1.1. Position des FDK

Wir halten die derzeitige Rechtslage in Bezug auf Einzelfälle der Suizidbeihilfe für richtig. Konfliktlagen von Angehörigen und Ärzten wird dadurch angemessen Rechnung getragen. Wir lehnen jedoch alle Formen der auf Wiederholung angelegten Beihilfe zum Suizid ab.

3.1.2. Forderung des FDK

Wir fordern ein Gesetz, das alle Formen der auf Wiederholung angelegten Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt.

3.2. Ärztliche Beihilfe zum Suizid

→Anmerkung: Das gesamte Kapitel 3.2. ist ein Zitat aus: Erzbistum Köln, Generalvikariat (Hrsg.): a.a.O., S. 23ff.

Gegenwärtig spitzt sich die Diskussion zu auf das Thema, ob Ärzte bei sterbewilligen Patienten dem Suizidwunsch nachkommen dürfen oder ob sie sogar dazu verpflichtet

sein könnten. Ärzte verfügten aufgrund ihrer medizinischen Kompetenz über Kenntnisse und Fähigkeiten, Patienten bei der Suizidplanung zu beraten und so zu langes Leiden zu verhindern. Außerdem könnten nur Ärzte durch ihre Verschreibungshoheit suizidwilligen Patienten den Zugang zu verschreibungspflichtigen Präparaten ermöglichen.

Ärzte unterstehen aber einer Berufsethik, die sie verpflichtet, das Leben als besonderen Wert zu schützen. Die *Bundesärztekammer* formulierte in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung unmissverständlich, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. Diese Position ist unter Ärzten zwar noch mehrheitsfähig, aber nicht mehr unumstritten.

Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht Ärzte eindeutig in der Pflicht, das Leben von Patienten zu schützen. Dieser Grundwert unserer Gesellschaft stehe über der Selbstbestimmung des Suizidwilligen. [...]

Die DGP stellt klar, es gehöre nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder bei der gezielten Durchführung eines Suizids zu beraten. Dabei zähle es aber „unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen. Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden.“

Die gesellschaftliche Diskussion wird gut in der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zusammengefasst:

CONTRA

Zum ärztlichen Auftrag gehört es, schwere körperliche und psychische Leidenszustände mit allen zulässigen Mitteln zu bekämpfen. Mittel bereitzustellen, die den Suizid ermöglichen oder gar direkte Beteiligung am Suizid gehören nicht dazu, denn

- Ärzte könnten von ihren Patienten unter Druck gesetzt werden, solches zu tun.
- die Schwelle für die Patienten, um Suizidhilfe zu bitten, könne sinken, wenn ein Arzt assistiert.
- die zweifelsfreie Unterscheidung zwischen einem frei verantworteten Wunsch nach Suizid und einer depressiven Erkrankung oder eine vorübergehende Krise als Auslöser ist nur schwer möglich.
- es bestehe große Gefahr, dass festgesetzte Regeln für eine Mitwirkung von Ärzten am Suizid letztlich in der Praxis nicht kontrolliert werden können und sich der Missbrauch ausweitet.

PRO

- Die Gruppe, die dafür plädiert, die ärztliche Beihilfe zum Suizid berufsrechtlich unter bestimmten Bedingungen zuzulassen (unerträgliches und unheilbares Leiden des Patienten, Entscheidungsfähigkeit des Patienten, sein – nach Beratung und ausreichender Bedenkzeit – Wunsch zu sterben) argumentiert, die ärztliche Pflicht zur Achtung der Selbstbestimmung des Patienten und das Handeln zu seinem Wohl haben das größte Gewicht. Das könne auch bedeuten, diesem Wohl bei schwerer Krankheit und einem verzweifelten Patienten durch Suizidbeihilfe zu entsprechen. Grundsätzlich wird auch von den Befürwortern keine Verpflichtung zur Gewährung von Suizidbeihilfe eingefordert.

Die Wirkung auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird folgendermaßen beschrieben:

- Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt werde bestärkt, wenn der Patient wisse, dass sein Arzt auch in dieser Situation für ihn da ist.
- Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit eines Patienten stelle kein Problem dar, da sie alltägliche Aufgabe der Ärzte sei.
- Die Zulassung ärztlicher Suizidbeihilfe habe auch in anderen Ländern nicht dazu geführt, dass die Anzahl derer, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, enorm gestiegen sei. Vielmehr deute einiges darauf hin, dass die Gewissheit, auf ärztliche Hilfe zählen zu können, diesen Patienten Kraft gebe, ihr Leiden zu ertragen.

In der Diskussion findet sich inzwischen häufig eine *dritte Position*:

- Auch wenn der Arzt grundsätzlich zum Erhalt des Lebens verpflichtet sei, könne er nach langer Begleitung seines Patienten zu dem Schluss kommen, dass dessen Wunsch nach Suizidbeihilfe „ernstlich bedacht und angesichts seiner individuellen Situation zwar tragisch, aber nachvollziehbar ist“. Dies sei eine höchstpersönliche Gewissensentscheidung. Der Arzt übernehme dann persönlich die Verantwortung für die Hilfe beim Suizid seines Patienten. Im weiteren Geschehensablauf stehe er nicht mehr in der (Garanten-)Pflicht, sondern begleite seinen Patienten bis zum Eintritt des Todes. Standesethisch sollten derartige Gewissensentscheidungen als tragische Einzelfallentscheidungen gebilligt und auch berufsrechtlich nicht geahndet werden.

Aus der *Perspektive der katholischen Kirche* gilt hier wie auch schon beim assistieren Suizid: „Nicht Hilfe zum Sterben, sondern Hilfe im Sterben sind wir dem Kranken schuldig.“ Der Dienst des Arztes und auch der Pflegenden am Leben schließen es folglich aus, dass beide Berufsgruppen Handlungen unternehmen, die den Tod eines Patienten zur Folge haben.

3.2.1. Position des FDK

Wir halten die derzeitige Rechtslage in Bezug auf Einzelfälle der Suizidbeihilfe für richtig. Konfliktlagen von Angehörigen und Ärzten wird dadurch angemessen Rechnung getragen. Wir lehnen jedoch alle Formen der auf Wiederholung angelegten Beihilfe zum Suizid ab.

3.2.2. Forderungen des FDK

Wir fordern ein Gesetz, das alle Formen der auf Wiederholung angelegten Beihilfe zum Suizid unter Strafe stellt.

3.3. Hospiz- und Palliativversorgung

Mit der Gesetzgebung zur Beihilfe zum Suizid, die im Herbst 2015 abgeschlossen werden soll, darf die Debatte über unseren Umgang mit Älteren und Pflegebedürftigen nicht beendet sein. Im Gegenteil. Der zurzeit geführte Diskurs sollte nur der Beginn einer Debatte über das Verständnis einer sorgenden Gesellschaft sein, in der im Sinne des Subsidiaritätsprinzips Familien, Ehrenamtliche, Träger der freien Wohl-

fahrtspflege, Kirchen sowie Kommunal-, Landes- und Bundespolitik Aufgaben für die Versorgung, Pflege und Betreuung von Schwerkranken und sterbenden Menschen in ihrer letzten Lebensphase übernehmen.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist es notwendig, gute Rahmenbedingungen für eine älter werdende Gesellschaft bereitzustellen, in der es immer mehr Ältere, Pflegebedürftige und Sterbende geben wird.

Wir begrüßen es, dass gemeinsam mit der geplanten Gesetzgebung zur Beihilfe zum Suizid auch die Rahmenbedingungen für die Hospiz- und Palliativversorgung verbessert werden sollen. Dies ist wichtig und lange überfällig. Denn ein größeres Angebot an Hospizen und eine flächendeckende palliativmedizinische Versorgung sind dringend notwendige Erleichterungen für Sterbende und ihre Familien. Die Angebote der „Palliative Care“, die (Palliativ-)Medizin, (Palliativ-)Pflege und psychosoziale Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen umfassen, sorgen dafür, dass Menschen gut versorgt sterben können.

3.3.1. Position des FDK

Palliativmedizin und Palliativ Care in allen Formen sind heute in der Lage, auch schwerste Schmerzen sowie belastende Folgeerscheinungen weitgehend zu mildern. Der ganzheitliche Ansatz von hoher Schmerzfreiheit, optimaler Pflege, psychosozialer Beratung sowie Gewährleistung menschlicher Nähe und Begleitung ist zu unterstützen.

Die Hospizbewegung hat maßgeblich zu einer höheren Sensibilität beigetragen. So sorgen viele Menschen persönlich für Pflegebedürftige und wenden sich Schwerkranken, Sterbenden sowie deren Angehörigen zu. Die Anliegen der Hospizidee sind inzwischen anerkannt. Dazu gehören die Annahme des Sterbens als Teil des Lebens, das Wahrnehmen der Sterbenden und deren Angehörigen, die Unterstützung durch ein interdisziplinär arbeitendes Team, die Einbeziehung qualifizierter freiwilliger Helferinnen und Helfer, die Kontinuität in der Betreuung, sowie die Begleitung Trauernder. Unser christlicher Glaube motiviert und bestärkt uns in diesen Anliegen.

Der Ausbau von Palliative Care und Hospizbewegung akzeptiert Prozesse des Sterbens und den nahenden Tod von Menschen als Teil ihres Lebens.

3.3.2. Forderungen des FDK

Palliativmedizinische Aus- und Fortbildung gehören zum Pflichtprogramm des medizinischen Studiums sowie der Ausbildung in der Kranken- und Altenpflege.

Die Ressourcen von Palliativmedizin und Palliativ Care müssen in ausreichendem Umfang gesichert sein. Dies betrifft sowohl die palliative Versorgung in den Krankenhäusern, die spezialisierte ambulante Palliativmedizin als auch die allgemeine palliative Versorgung.

Verlässliche gesetzliche Regelungen sowie eine optimierte Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Dienste, Einrichtungen und Professionen müssen die notwendigen Voraussetzungen für passgenaue Hilfeangebote gewährleisten.

Politik und Verwaltung müssen den flächendeckenden Ausbau sowie die Finanzierung investiver und laufender Aufwendungen von Palliativmedizin und Palliativ Care – einschließlich der Hospizdienste verschiedener Formen - sichern. Einer Überlas-

tung von Sozialkassen ist durch steuerfinanzierte Leistungen und Maßnahmen entgegen zu wirken.

Eine gute palliative Versorgung muss zum Profil jeder katholischen Einrichtung im Gesundheitswesen gehören. Die katholische Kirche als Trägerin zahlreicher Einrichtungen im Gesundheitswesen, insbesondere von Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, muss eine Priorität auf den Ausbau qualifizierter, palliativer Versorgung setzen und die notwendigen Qualifizierungen durch Aus- und Weiterbildung Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichern.⁵⁹

Aufgrund der Altersstruktur und der Familienstruktur der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche in ihrem Tagesgeschehen verstärkt mit den Bedürfnissen alter, schwerstkranker und sterbender Angehörigen konfrontiert und tragen die daraus erwachsenden Belastungen mitunter direkt oder indirekt mit. Fragen zu Alterungsprozessen, zum Sterben und zum Umgang mit dem Tod sind inhaltlich und methodisch verstärkt in Programme der Familienbildung aufzunehmen.

Gleiches gilt für die mediale Aufarbeitung von Fragen dieses existentiellen Lebensbereiches. Medien kommunizieren die „Kultur des Lebens im Sterben“ und sind als wichtige Informations- und Bildungsträger in dieser Rolle ernst zu nehmen und herauszufordern.

3.4. Formen einer neuen Sterbe- und Trauerkultur

Norbert Elias bezeichnet in seinem Essay „Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ die „Unfähigkeit, Sterbenden diejenige Hilfe zu geben und diejenige Zuneigung zu zeigen, die sie beim Abschied von Menschen am meisten brauchen“⁶⁰ als Problem unserer Tage. Alternde und Sterbende wurden lange Zeit „hinter die Kulissen des gesellschaftlichen Lebens verlagert oder jedenfalls aus dem öffentlichen Gesellschaftsleben ausgesondert“⁶¹, der Tod aus der Öffentlichkeit verdrängt.

Doch Sterben und Trauer lassen sich nicht einfach „abwickeln“ und schon gar nicht verdrängen. Das erfahren immer mehr Menschen.

Gleichzeitig spüren viele eine „eigentümliche Verlegenheit in der Gegenwart eines Sterbenden. Sie wissen oft nicht recht, was sie sagen sollen. Der Sprachschatz für den Gebrauch in dieser Situation ist verhältnismäßig arm. Peinlichkeitsgefühle halten die Worte zurück. Für die Sterbenden selbst kann das recht bitter sein. Noch lebend, sind sie bereits verlassen.“⁶²

„Die rituellen Floskeln der alten Gesellschaft, die die Bewältigung kritischer Lebenssituationen erleichterten, klingen für das Ohr vieler jüngerer Menschen abgestanden und falsch. An neuen Ritualen, die dem gegenwärtigen Empfindens- und Verhaltensstandard entsprechen und die Bewältigung wiederkehrender kritischer Lebenssituationen erleichtern können, fehlt es noch.“⁶³ „Die weltlichen Rituale sind zum guten Teil gefühlsleer geworden, den traditionellen weltlichen Formeln fehlt die Überzeugungskraft. Tabus verbieten das allzu starke Zeigen starker Gefühle, obwohl sie vorhanden sein mögen. Auch die traditionelle Aura des Geheimnisvollen, die das Sterben umgibt, mit den Überbleibseln magischer Gesten – man öffnet die Fenster, hält die

⁵⁹ Vgl. Katholische Akademie Die Wolfsburg (Hrsg.): a.a.O. S. 7

⁶⁰ Elias, N.: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Amsterdam 2002, S. 17.

⁶¹ Elias, N., a.a.O., S. 19.

⁶² Elias, N., a.a.O., S. 29.

⁶³ Elias, N., a.a.O., S. 30.

Uhren an -, entrückt den Tod der Behandlung als ein menschlich-gesellschaftliches Problem, das Menschen im Verkehr miteinander und füreinander zu lösen haben. Gegenwärtig haben die den Sterbenden verbundenen Menschen wohl oft nicht mehr das Vermögen, ihnen Halt und Trost zu geben durch den Beweis ihrer Zuneigung und Zärtlichkeit. Sie finden es schwer, Sterbenden die Hand zu drücken oder sie zu streicheln, um ihnen das Gefühl der unverminderten Zugehörigkeit und Geborgenheit zu geben. Das überhöhte Zivilisationstabu gegen den Ausdruck starker, spontaner Empfindungen bindet ihnen oft Zunge und Hand.“⁶⁴

All dies macht deutlich: Damit Familien als die engsten Begleiter von Sterbenden auch weiterhin ihre Rolle als tragende Säule einer sorgenden Gesellschaft erfüllen können, müssen wir wieder einen ungezwungenen und sichtbaren Umgang mit Alten, Kranken und Sterbenden und das Miteinanderreden über das Sterben und den Tod stärker einüben.

Nur das Sprechen über das Sterben und den Tod, das wir in unseren Familien selbst beginnen müssen, bringt uns dazu, eine neue Sorge-, Sterbe- und Trauerkultur zu etablieren. Eine solche Kultur benötigen wir aber, um aus einer bloß alternden Gesellschaft eine sorgende Gesellschaft zu machen.

Als Christen haben wir einen besonderen Zugang, über den Tod zu sprechen. Für uns ist der Tod nicht das Ende. Denn unser Gott ist ein Gott des Lebens. Und wir sind getragen von der Hoffnung, dass wir in sein Leben hineinsterven, dass er uns die Hand reicht und sagt: „Ich bin da!“ Diese „Freude und Hoffnung der Christen“⁶⁵ können und wollen wir weitergeben.

3.4.1. Position des FDK

Wir setzen uns für eine sichtbare Sorge um Kranke und Sterbende ein – und gegen ihre heimliche „Entsorgung“.

Wir setzen uns auch für die trauernden Angehörigen ein: Sie müssen trauern dürfen! Trauer darf nicht gesellschaftlich geächtet werden (als Zeichen der Schwäche). Trauer muss sichtbar bleiben (z.B. durch das Tragen schwarzer Kleidung).

Sterbebegleitung kann grundsätzlich jeder (lernen). Neben der notwendigen professionellen Unterstützung der Sterbenden ist die nicht-professionelle Sterbebegleitung wünschenswert und zu fördern.

Wir setzen uns für einen würdevollen Umgang mit Sterbenden, Toten und Trauernden ein. Krankheit und Tod sind Teil des menschlichen Lebens: Ars Moriendi!

Wir müssen auch sterbende Kinder und ihre Eltern in den Blick nehmen.

Wir sollten anerkennen, dass sich in den vergangenen Jahren schon Vieles in der Sterbe- und Trauerkultur zum Positiven verändert hat.

3.4.2. Forderungen des FDK

In allen Einrichtungen im Gesundheitswesen, aber auch in den caritativen und pastoralen Diensten der Kirchen soll eine stärkere Auseinandersetzung mit Fragen zu Sterben und Tod stattfinden. Eine Kultur der Sterbebegleitung ist neu zu etablieren (passende Worte und passende Gesten finden; Zuneigung geben und Sterbenden

⁶⁴ Elias, N., a.a.O., S. 34.

⁶⁵ Jerrentrup, F.: Freude und Hoffnung des Christen. Bekenntnis eines Physikers, Köln 1981.

Bedeutung verleihen, um ihnen so die Würde zu erhalten). „Alle Einrichtungen benötigen eine Sterbe- und Trauerkultur.“⁶⁶

Für eine gute Sterbebegleitung braucht man Zeit! Forderungen zur Zeitpolitik müssen deshalb immer auch die Sterbebegleitung einbeziehen.

Es sind Bildungs- und Beratungsangebote zu schaffen und zu finanzieren, innerhalb derer eine Auseinandersetzung mit dem Sterben und die Erlangung einer neuen Sprachfähigkeit im Umgang mit dem Tod und mit Betroffenen eine Platz haben. Diese Angebote sollen sowohl für Angehörige offen sein als auch für Menschen, die haupt- und ehrenamtlich an wichtigen Schnittstellen des gesellschaftlichen Lebens tätig sind (Kindergarten, Schule, Gemeinde ...).

3.5. Rolle der Familien

Die tragende Rolle der Familien im Rahmen der Sterbebegleitung kommt in der aktuellen Debatte entschieden zu kurz. In den meisten Positionspapieren bleiben die Aufgaben und Anstrengungen der Familien gänzlich unerwähnt. In manchen Stellungnahmen wird sogar auf die Möglichkeit hingewiesen, dass auch Familien bei einer Etablierung einer organisierten Beihilfe zum Suizid Druck auf die möglichen Suizidenten aufbauen könnten, gegen den sich die Betroffenen selbst nicht mehr wehren könnten.⁶⁷

Auch wenn ein realistischer (nicht idealisierender) Blick auf das vielfältige Phänomen Familie angebracht ist: Tatsache ist, dass ein Sterben ohne Begleitung durch die eigene Familie für die meisten Menschen ein einsames – und damit würdeloses – Sterben wäre. Gute Rahmenbedingungen für das Sterben in einer älter werdenden Gesellschaft zu gewährleisten, ist nur mit den Familien zu erreichen (zudem müssen Lösungen für die größer werdende Zahl von Menschen gefunden werden, die zum Zeitpunkt des Sterbens keine eigene, unterstützungsbereite Familie haben).

Die gute Einbindung in die Familie trägt maßgeblich dazu bei, dass ohne Angst, einsam zu sterben, und mit guter Fürsorge in einer vertrauten Umgebung gestorben werden kann.

Die Zuwendung und Liebe der Familienangehörigen, die den Sterbenden das Gefühl vermitteln, nicht zur Last zu fallen, tragen auch zu einem leichten und friedlichen Sterben bei.

Ein sterbender Mensch ist auf die Begleitung von anderen Menschen angewiesen. Neben der fachlichen Pflegebetreuung braucht ein Mensch auf seinem letzten Weg Unterstützung und Halt von engen Vertrauten, insbesondere von seiner Familie. Vor allem, wenn der Tod nicht plötzlich eintritt, sondern schleichend vor sich geht, ist die Unterstützung von Angehörigen gefragt.

Deshalb weisen wir darauf hin, dass man die Debatte um die Begleitung Sterbender nicht trennen darf von der Debatte um die Sorge für Ältere und Pflegebedürftige. Denn der Übergang von der Pflege eines älteren Menschen hin zur Begleitung dieses Menschen in seiner Sterbephase ist in der Regel fließend.

70% der Pflegebedürftigen werden heute zu Hause von Familienangehörigen umsorgt. Familien sind damit der „größte Pflegedienst der Republik“.

⁶⁶ Katholische Akademie Die Wolfsburg (Hrsg.): a.a.O., S. 7.

⁶⁷ vgl. beispielsweise Zentralkomitee der deutschen Katholiken (Hrsg.): a.a.O., S. 5.

Es ist richtig, wenn Bundesgesundheitsminister Gröhe im Eckpunktepapier zur „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ auf folgenden Sachverhalt hinweist: „Obwohl sich die meisten Menschen wünschen, zu Hause zu sterben, verbringen zwei Drittel der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern.“⁶⁸ Es ist aber eine falsche Formulierung, wenn er direkt im Anschluss daran konstatiert: „Nur wenige Menschen versterben im Kreis ihrer Nächsten.“

Auch wenn der Sterbeort oft nicht mehr das heimische Zuhause ist, so sind es doch immer die Familienangehörigen, die – auch im Krankenhaus, im Heim oder im Hospiz – in der Sterbephase ganz nah dabei sind und ihren sterbenden Familienangehörigen begleiten.

3.5.1. Position des FDK

Die Perspektive der Familien kommt in der aktuellen Debatte um die Sterbebegleitung zu kurz. Auf die tragende Funktion der Familien, in denen vor allem die Frauen die Pflege von Angehörigen übernehmen, wird zu wenig hingewiesen.

Familien brauchen Unterstützung und Wertschätzung sowie Ermutigung bei der Annahme der Sterbebegleitung. Dazu bedarf es guter gesellschaftlicher, rechtlicher und infrastruktureller Rahmenbedingungen.

Abhängig vom Einzelfall kann die Pflege zu Hause oder die stationäre Pflege die optimale Lösung sein. In beiden Fällen sind die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen und die Familien zu unterstützen. Geeignete Beratung kann dabei helfen, dass Familien die für sie optimale Lösung finden. Diese Beratung hat zu berücksichtigen, dass Familien in der Pflege und Sterbebegleitung (z.B. kräftemäßig, psychisch, etc.) an Grenzen stoßen können. Moralische Ansprüche, die unrealistisch und kaum zu erfüllen sind, sollten nicht erhoben werden – auch nicht von den Familien sich selbst gegenüber.

Die Perspektive der Familien, die als Begleiter Pflegebedürftigen und Sterbenden zur Seite stehen, darf nicht außer Acht gelassen und sollte in der Debatte immer mitbedacht werden. Dabei sind Pflege und Sterbebegleitung schwer voneinander zu trennen.

Eine verbesserte Hospiz- und Palliativversorgung ist eine hilfreiche und notwendige Unterstützung für die Familien. Wir weisen aber darauf hin, dass sie kein Ersatz für Familie sein kann.

Eine gute Hospiz- und Palliativversorgung beinhaltet auch spiritual care und ist damit auch Seelsorge.

3.5.2. Forderungen des FDK

Wir fordern die Rolle der Familien bei der Sterbebegleitung stärker rechtlich anzuerkennen und angemessen zu honorieren.

Nach § 3 Abs. 6 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) haben Angehörige seit dem 1.1.2015 einen Rechtsanspruch darauf, in der letzten Lebensphase eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen drei Monate lang weniger zu arbeiten oder auch ganz

⁶⁸ http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/Verbesserung_hospiz-palliativversorgung_101114.pdf, S. 2.

auszusetzen. Dies ist ein hilfreiches Angebot, dessen Rahmenbedingungen aber weiter ausgebaut werden müssen:

- Nach momentaner Rechtslage kann lediglich ein zinsloses Darlehen für diese Zeit beantragt werden. Wir fordern auch hier einen Anspruch auf eine echte Lohnersatzleistung.
- Der Anspruch auf Arbeitszeitreduzierung besteht zurzeit nur gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel mehr als 15 Beschäftigten. Wir fordern, dass er allen Beschäftigten offen steht.

Die Begleitung eines sterbenden Angehörigen ist eine große seelische Belastung. Daher ist es für Familienangehörige wichtig, dass sie diese Last nicht allein auf ihren Schultern tragen müssen. Wir fordern deshalb weitere unterstützende und entlastende Hilfen:

- Ausbau und Finanzierung der Beratung für pflegende Angehörige
- Ausbau und Finanzierung der ambulanten Hospizdienste
- Finanzierung der Qualifizierung ehrenamtlicher Hospizhelfer/innen durch öffentliche Förderung
- Ausbau der Kurzzeitpflege
- ausreichende finanzielle Stützung (sozial schwächerer) pflegender Angehöriger, damit die Verpflichtung auf Elternunterhalt niemanden zu einem „sozialverträgliches Frühableben“⁶⁹ drängt.
- Mehr Qualität in Altentagesstätten und Pflegeheimen
- „Sterbezimmer“ in allen Krankenhäusern und Heimen, damit ein würdiges Sterben im Beisein der Familie ermöglicht werden kann
- Angebot der Trauerbegleitung in allen Krankenhäusern/Heimen

⁶⁹ Zulehner, P.M.: Herr gib jedem seinen eignen Tod. Vortrag beim Querdenkersymposium der Caritas, Wien, am 17.3.2015, <http://www.zulehner.org/site/vortraege>.