

Beschluss vom 9. Mai 2015

Das Sterben human gestalten

Leben entsteht und vergeht. Wir wissen um die Endlichkeit unseres Lebens. Wir verdrängen in guten Zeiten nur zu gerne den Gedanken an das unausweichliche Sterben, es schafft uns Unbehagen. Die religiöse Zuversicht auf ein Leben nachdem Tod schwindet in unserer aufgeklärten modernen Gesellschaft zunehmend.

Wohl wissend, dass Alter und Sterben Teil unseres individuellen Lebens werden und ständige gesellschaftliche Realität sind, müssen wir Bedingungen schaffen, unter denen humanes Altern und Sterben möglich sind.

Dazu gehört nicht nur die Sicherstellung der ökonomischen Ressourcen für ein Altern ohne Altersarmut, für erforderliche Pflege und medizinische Versorgung. Dazu gehört auch, dass alte und kranke Menschen geachtet und ernst genommen werden, an der Gesellschaft teilhaben, ihre Erfahrungen weitergeben können, ihrer Würde in keiner Weise verlustig gehen. Es gehört ebenso dazu, dass wir als Individuen und gesellschaftlich ausreichend Zeit zur Verfügung stellen für die körperliche Betreuung derjenigen, die sich selbst nicht mehr ausreichend helfen können, auf Hilfe angewiesen sind. Nötig ist auch die geistige Umsorgung derjenigen, die unter ihrem Zustand oder unter Schmerzen leiden, zweifeln am Sinn ihres Weiterlebens, vielleicht sich auch als dementer Mensch selbststückweise verlieren.

Fürsorge und Nächstenliebe sind grundlegende humane Tugenden. In vielen Familien stehen die Generationen sich aufopfernd einander bei. Auch in unserer Gesellschaft gibt es eine große Fülle von fürsorglichem und karitativem Engagement, oftmals, aber nicht nur, religiös motiviert. Auch als humanistischer Verband kümmern wir uns mit professionellen Kräften und Hunderten von Ehrenamtlichen um Seniorenbetreuung, Fragen der Pflege, ambulante und stationäre Hospizarbeit und um Sterbebegleitungen. Dabei achten wir die Einmaligkeit des Individuums, unterstützen sein Selbstwertgefühl, seine Sinnsuche und seine Auseinandersetzung mit der Endgültigkeit des Todes. Wo Menschen nicht mehr zur Selbstbestimmung fähig sind, versuchen wir, ihre Interessen zu vertreten und verteidigen ihre Würde. Wir wollen den Bereich humanistischer Fürsorge am Lebensende ausbauen, auch um den Bereich der geistig-seelischen Unterstützung durch humanistische Angebote als Alternative zur religiösen Krankenhausseelsorge.

Weil wir die Menschen nicht bevormunden, ihre Autonomie achten und Leid nicht religiös oder philosophisch verklären, vertrauen sich uns auch Menschen an, die an Suizid denken. Wenn Menschen verzweifelt sind, sich in einer ausweglosen Situation sehen, den vorzeitigen Tod dem Weiterleben vorziehen, nehmen wir sie ernst und suchen mit ihnen nach Lösungen, die das Leben weiter lebenswert machen. Suizid ist für uns meist eine Kapitulation, verbunden mit nicht erkannten oder erkennbaren sozialen, gesellschaftlichen oder medizinischen Alternativen.

Wir lehnen ihn ab, wo wir klare Alternativen sehen. Doch kommt es auch vor, dass wir diese Kapitulation mitleidig bedauern und zugleich verstehen. Dann kann die Unterstützung dabei ein humaner Akt sein und wir werden, wenn wir den bemitleidenswerten Menschen gut kennen, von seiner klaren und gefestigten Ansicht

überzeugt sind und dies mit unserem Gewissen vereinbaren können, ihm die uns mögliche Unterstützung nicht verweigern.

Gegenwärtig betreiben rückwärtsgewandte kirchliche Kreise und Teile der Politik mit Eifer ein Verbot jeglicher organisierter Suizidbeihilfe. Sofern es sich nicht um einen Akt der Bevormundung in Fragen des richtigen Sterbens handelt, stellt dieser Versuch zumindest eine klare Verkennung der gesellschaftlichen Probleme dar. Viele Umfragen haben gezeigt, dass es die Angst vor würdelosen Pflegezuständen oder vor unerträglichem Leid ist, die eine große Bevölkerungsmehrheit darauf bestehen lässt, im Ernstfall die Möglichkeit zu haben, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden.

Wer Suizidwünsche, sofern sie nicht krankhafter und behandlungsbedürftiger Natur sind, eine wesentliche Basis nehmen will, muss den Schutz der Menschenwürde im Bereich der Pflege garantieren, und muss sicherstellen, dass Angebote der Palliativ- und Hospizversorgung allen Menschen in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, insbesondere auch im Pflegebereich.

Gemeinsam mit dem *Bündnis für Selbstbestimmung bis zum Lebensende* lehnen wir dagegen alle Bemühungen um eine strafrechtliche Verschärfung der gegenwärtigen Rechtslage im Bereich Suizidbeihilfe ab, würden sie doch nur dazu führen, dass ohnehin verzweifelte Menschen auch noch ihre Selbstbestimmung verlieren und in grausame oder gar Dritte gefährdende Suizide getrieben werden.

Erklärung des Humanistischen Verbandes Deutschland (HVD) zur Suizidbeihilfe

Gemeinsam mit anderen humanistischen Organisationen im *Bündnis für Selbstbestimmung bis zum Lebensende* fordern wir den Deutschen Bundestag auf, die derzeit geltende Straffreiheit der Suizidhilfe in keiner Weise einzuschränken.

Vertiefend bzw. darüber hinaus gehend erklären wir als Humanistischer Verband hierzu Folgendes:

1. Bei der Hilfe zur Selbsttötung, um die ein freiwillensfähiger und über Alternativen aufgeklärter Mensch bittet, handelt es sich nicht um eine Straftat. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Suizidbeihilfe von Einzelpersonen aus dem Umfeld des Suizidenten oder von Vereinen organisiert wird. Wird hingegen jemand zum Suizid verleitet oder wird Suizidbeihilfe geleistet, wenn es berechnete Zweifel an der Freiwillensfähigkeit des Suizidenten gibt, so ist dies bereits nach geltendem Strafrecht durch das Konstrukt der Tötung in mittelbarer Täterschaft strafbar.
2. Schwerkranken und leidenden Sterbewilligen muss die Möglichkeit gegeben sein, sich der Hilfe von anderen, insbesondere von Ärzten oder einer geeigneten Organisation bei der Selbsttötung zu bedienen. Wird diese Möglichkeit ausgeschlossen, handelt es sich um eine unzulässige Einschränkung der Selbstbestimmungsrechte. Diese grundgesetzwidrige Bevormundung ist bei klarer Freiwillensfähigkeit und Aufgeklärtheit des Suizidenten nicht mehr durch den Schutzauftrag des Staates gedeckt.

3. Der Staat hat die Würde des Menschen zu schützen, solange er lebt, auch wenn dieser nicht (mehr) zur Selbstbestimmung oder zur Entwicklung fähig ist. Niemandem dürfen gesellschaftlich mögliche medizinische Leistungen zur Bekämpfung von Krankheit und Schmerz, zur Verbesserung der Lebensqualität oder zur Lebensverlängerung verwehrt werden.
4. Der Deutsche Bundestag hat 2009 mit der Änderung des Betreuungsrechts dem Wunsch der Bevölkerung nach mehr Patientenautonomie entsprochen. Dies war ein wichtiges Signal dafür, dass der selbstbestimmte Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen, zum Beispiel durch eine verbindliche Patientenverfügung, möglich ist und ihm ethische Priorität zukommt. Mit dem von einigen Politikern und Organisationen gewünschten strafrechtlichen Verbot organisierter Suizidbeihilfe jedoch würde sich der Deutsche Bundestag klar gegen den Wunsch einer großen Bevölkerungsmehrheit stellen, im Ernstfall auf Hilfe bei der Lebensbeendigung zurückgreifen zu können.
5. Diesem auch in christlichen Bevölkerungsteilen verankerten Wunsch liegt die wachsende Erkenntnis zugrunde, dass es am Lebensende Situationen der Pflegebedürftigkeit oder Schmerzsituationen geben kann, die man nicht mehr unbedingt ertragen muss. Dies richtet sich weder gegen religiöse oder philosophische Vorstellungen, die im Durchhalten bis zum (freilich meist medizinisch beeinflussten) natürlichen Todeszeitpunkt einen höheren Sinn sehen, noch gegen persönliche Wünsche, das Sterben so lange wie möglich um noch verbleibenden Lebensmonate, -wochen oder -tage hinauszuschieben.
6. Abgesehen von äußerst wenigen Fällen behandlungsbedürftiger krankhafter Suizidneigung hängen wir Menschen an unserem Leben, solange es geht. Im Bereich der Pflege sind daher Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität und zur Bekämpfung menschenunwürdiger Pflegezustände dringend erforderlich. Außerdem müssen Palliativversorgung und hospizliche Begleitung auch für Menschen in Pflegeheimen und zu Hause uneingeschränkt zur Verfügung stehen und dürfen nicht länger auf todesnahe Situationen (im Regelfall bei Krebspatienten) beschränkt bleiben. Diese Angebote gehören vielmehr dringend in die allgemeinmedizinische und geriatrische Regelversorgung.
7. Die generell nötige Ausweitung der palliativen und hospizlichen Versorgung steht nicht im Gegensatz und ist keine durchgängige Alternative zum Wunsch auf vorzeitige Beendigung eines für unerträglich gehaltenen Leidenszustandes. Einerseits gibt es weiterhin qualvolle Symptome, die auch palliativ bestenfalls durch terminale Sedierung zu lindern sind und zudem kann niemand gezwungen werden, palliative Angebote anzunehmen.
8. Der bei manchen Verbotsbefürwortern verbreiteten Angst, Menschen könnten sich zur Selbsttötung gedrängt fühlen, ist nicht durch Verbote, sondern einerseits durch die genannten Maßnahmen im Pflege-, Allgemeinmedizin- und Palliativbereich entgegenzuwirken, andererseits durch klare Vorgaben und Kontrolle bei der Prüfung eines Suizidwunsches. Im Gegensatz zu verdeckter ärztlicher Suizidassistenz oder absichtlichen „indirekten“ Todesbeschleunigung ist die Tätigkeit von Organisationen, die auch oder ausschließlich Suizidbeihilfe leisten, kontrollierbar. Dies gilt sowohl für den Schutz gegen Verleitung zum Suizid wie gegen sittenwidrige Geschäftemacherei.

9. Ohne Beeinträchtigung des Vertrauens in die ärztliche Kunst sind in anderen Ländern Ärzte in die Prüfung und Ermöglichung einer frei gewählten Selbsttötung eingebunden. Insbesondere dort, wo ärztliche Suizidassistenz erlaubt, Tötung auf Verlangen aber verboten ist, wie in manchen US-Bundesstaaten oder in der Schweiz, stellt sich heraus, dass die Zusage, Hilfe bei der Selbsttötung zu erhalten, Menschen beruhigt und dass diese in vielen Fällen dann gar keinen Gebrauch von der Möglichkeit zur Selbsttötung machen.
10. In Deutschland verbietet in manchen Bundesländern ärztliches Standesrecht die Mitwirkung bei einem Suizid und greift damit unzulässig in die ärztliche Gewissensfreiheit ein. Die Bundesärztekammer wird aufgefordert, diesen von ihr initiierten Missbrauch des Standesrechtes zu beenden. Die Ärzteschaft sollte sich in die unvoreingenommene Prüfung und sachgerechte Behandlung von Suizidwünschen einbringen und damit auch der Suizidprävention dienen. Ärztliche Kontrolle und Standesrecht sollten sich an dieser Stelle auf die Verfolgung vermeintlichen oder tatsächlichen Missbrauchs der Beihilfe zur Selbsttötung konzentrieren.
11. In den äußerst seltenen Fällen, in denen einem freiwillensfähigen Patienten keine Alternativen zum Suizidentschluss mehr aufgezeigt werden können oder solche vom Patienten nicht mehr angenommen werden, sollte eine medizinisch fachgerechte Suizidassistenz ermöglicht werden. Hierzu gehört die medizinische Unterstützung eines freiwilligen Verzichtes auf Flüssigkeit und Nahrung einerseits, die Zulassung des in anderen Ländern bewährten Medikamentes Natriumpentobarbital andererseits.
12. Wir sind überzeugt davon, dass
 - bei grundlegender Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes kranker und leidender Menschen,
 - bei unvoreingenommener und gewissenhafter Prüfung eines Suizidwunsches,
 - bei klarem Aufzeigen tatsächlich möglicher Alternativen in menschlicher Anteilnahme und Wertschätzung,
 - in den verbleibenden seltenen Fällen bei fachgerechter Unterstützung einer Selbsttötung unter den Voraussetzungen der Freiwillensfähigkeit kein Dambruch bevorsteht. Es kann sogar erwartet werden, dass unter solchen Umständen die einsamen, oft drastischen und andere in Mitleidenschaft ziehenden Selbsttötungen älterer Menschen deutlich abnehmen werden.