Hauptantrag

Mitgliederversammlung am 24.11.2018 in Linz

Initiator_nnen:	Peter Gusmits (Leiter der Projektgruppe), Gerhard Kratky (Leiter des Netzwerks), Wolfgang Kugler, Viktor Schwarz und Monika Vodnyansky im Namen des Zielgruppennetzwerks NEOS 50+
Titel:	**Pflege am Lebensabend und Sterben in Würde**

Ergänzender Abschnitt im Parteiprogramm

„Unsere Pläne für ein neues Österreich“

Pflege am Lebensabend und Sterben in Würde

DIE HERAUSFORDERUNGEN

Die NEOS Charta formuliert im ersten Satz „Wir sehen im Menschen den zu freiem und verantwortungsbewusstem Handeln befähigten Gestalter seiner eigenen Lebensverhältnisse“. Es wäre nicht einzusehen, dass diese Grundorientierung in der letzten Phase seiner Lebensverhältnisse keine oder eine eingeschränkte Bedeutung haben sollte. Unter letzter Lebensphase wird im Folgenden nicht nur der Sterbevorgang im engeren Sinn, sondern auch chronisch kritische Krankheit und kontinuierlich fortschreitende Altersschwäche (z.B. schwere Demenz) verstanden.

Solange der physische und psychische Zustand es erlauben, müssen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die freie Gestaltung am Lebensabend

ermöglichen. Wenn der gesundheitliche Zustand die freie Gestaltung stark einschränkt, ist die Verantwortung des persönlichen Umfeldes bzw. der Gesellschaft gefordert, um den Wünschen des Sterbenden bestmöglich zu entsprechen und das Sterben in Würde sicher zu stellen.
Probleme mit denen wir konfrontiert sind:

Mängel in der Pflegequalität

Der Weg in eine Betreuungseinrichtung ist für viele alte, pflegebedürftige Menschen eine Horrorvorstellung. Betroffene verbinden den Weg in ein Heim in vielen Fällen als Entwurzelung, Abschiebung und Trennung von ihrer Familie.

Das Pflegepersonal in den Heimen ist oft durch überbordende administrative Arbeiten und unrealistische Mindestpersonalpflegeschlüssel (z.B. Nachtdienst: eine Pflegekraft für 30 pflegebedürftige Menschen) nicht in der Lage, den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Heime eine individuelle, angemessene Betreuung zu ermöglichen. Die Mindestpersonalpflegeschlüssel sind nicht einheitlich geregelt (neun Bundesländer, neun verschiedene Schlüssel).

Die Bezahlung für qualifizierte Pflegekräfte, die hohen fachlichen, physischen und psychischen Anforderungen entsprechen müssen, ist absolut nicht angemessen.

Bereits heute wird ein wesentlicher Teil der Pflegeleistungen von Angehörigen und hier zu einem sehr hohen Anteil von Frauen, erbracht, im Wesentlichen nicht honoriert und findet bei der eigenen Altersvorsorge (Pension) der pflegenden Angehörigen keine Berücksichtigung, da unentgeltlich erbracht.

Aufgrund der demografischen Entwicklung hat sich der Pflegeberuf zu einem Mangelberuf entwickelt. Da hier mit weiteren Verschärfungen zu rechnen ist, sind weitgehende Reformen dringend erforderlich.

Mängel in der palliativen Betreuung und im Hospizwesen

Etwa 10% der Sterbenden benötigen palliativmedizinische Betreuung. Nach wie vor gibt es auf diesem Fachgebiet Defizite in der Ausbildung von Pflege- und medizinischem Personal.

Zurzeit gibt es in Österreich nur einen einzigen Lehrstuhl für Palliativmedizin in Wien.

Die medizinische Betreuung ist zeitintensiv und wird bei niedergelassenen Ärzten

unzureichend honoriert.

Angehörige dürfen ohne Einwilligung des Patienten nicht über seinen Zustand aufgeklärt werden und sind diesbezüglich rechtlos.

Es gibt keine einheitlichen, klaren Bestimmungen für alle Bundesländer hinsichtlich palliativer Sedierung bei unerträglichen Schmerzen von Patienten.

Medizinische Übertherapien am Lebensende – oft verursacht durch Forschungs- und ökonomische Interessen - verhindern "gutes" menschenwürdiges Sterben und verlängern einen oftmals schmerzvollen Sterbeprozess.

Hospizeinrichtungen sehen sich hinsichtlich der Finanzierung zwischen Krankenkassen und zuständigen Gebietskörperschaften „allein gelassen“.

Unzureichende Finanzierung des Pflegesystems

Die Mängel bei der Pflegequalität und beim würdevollen Sterben sind in einem hohen Ausmaß in der unzureichenden Finanzierung begründet. In Anbetracht des permanent ansteigenden Lebensalters und des damit dramatisch gestiegenen Anteils von pflegebedürftigen Menschen, wird die Finanzierung zur wachsenden – bisher nicht gelösten - Herausforderung. Nach Modellschätzungen des Ageing Reports 2015 der Europäischen Kommission werden sich die Kosten für Pflege bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln.

Die derzeitige Finanzierung des Pflegesystems kann wie folgt beschrieben werden:

- Es ist ein Fleckerlteppich an Zuständigkeiten, Zuschüssen, Leistungen und Regelungen. Beteiligt daran ist der Bund, die Länder, Gemeinden, die Sozialversicherungsträger, die Krankenkassen und freilich die Eigenleistungen der Betroffenen und deren Angehörige.

- Die regional unterschiedliche Finanzierung führt zu unterschiedlichen Qualitätsstandards. Unsinnigerweise hängt die Qualität der Pflege daher von der Postleitzahl ab.

- Das Pflegegeld wurde seit seiner Einführung 1993 nicht der Inflation entsprechend erhöht. Der Bund erspart sich derzeit 565 Millionen Euro jährlich.

- Die Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2017 (Inanspruchnahme von

Privatvermögen) hat das Dilemma der Pflegefinanzierung dramatisch vergrößert.

Pflegeregress

Die - jedenfalls bei der Beschlussfassung - nicht gegenfinanzierte Abschaffung des Pflegeregresses im Zuge stationärer Pflege führt zu verhängnisvollen Effekten:

- Sachlich nicht begründbare Besserstellung der stationären gegenüber der mobilen Pflege und der Pflege durch Angehörige. Dies führt, wie sich bereits kurz nach der Abschaffung zeigte, zu einer zusätzlichen Belastung des stationären Pflegesystems und fallweise zum „Abschieben“ von Pflegebedürftigen in Heime durch Angehörige.

- Das einhergehende Verstaatlichungsprinzip hat negative Auswirkungen auf das Vorsorgeprinzip. Die Idee der Eigenvorsorge wird massiv beschädigt.

- Die finanziellen Verpflichtungen des Staates steigen und belasten das Budget.

- Die Regelung ist unsozial: gerade bei Menschen in besseren Einkommens- und Vermögenssituationen findet eine Verlagerung zu unversteuerten Erbschaften statt, die quasi durch die Gesamtheit der Steuerpflichtigen finanziert werden muss.

Sterbehilfe

Tod und Sterben sind gesellschaftlich stark tabuisiert. Darüber hinaus erschweren diverse Vorurteile eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe.

UNSERE VISION[1]

Lebensabend und Tod sollen gelingende Endphase eines erfüllten Lebens sein. Demnach werden fünf Prinzipien verfolgt.

Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes, unbedingtes ethisches Prinzip,

welches Vorrang vor allen anderen Zielen hat und jedenfalls ökonomischen Überlegungen nachgeordnet ist.

Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung rein biologischer Körperfunktionen nach sich ziehen, unabhängig von den Krankheitsumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise eine Verlängerung des Sterbeprozesses und unnötige Leidenserfahrung zugemutet werden.

Die grundlegende Pflicht, Leben durch medizinische Interventionen zu erhalten, endet

- in Situationen, in denen ein einsichts- und urteilsfähiger Patient die Lebenserhaltung ablehnt oder

- die Lebenserhaltung gleichzeitig eine Verlängerung des nicht grundsätzlich umkehrbaren Sterbeprozesses bedeutet und damit den Patienten unverhältnismäßigen Belastungen aussetzt, die zu einem erheblichen Leidensdruck des Patienten führen können.

Anspruch auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen umfasst zwei Aspekte: Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur erfolgen, wenn der Betroffene zustimmt. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung fallweise wenig nachvollziehbar erscheint.

Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht auf Sterbehilfe.

Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Patienten setzt die Kenntnis über den Patientenwillen und damit eine intensive Auseinandersetzung und fortwährende Kommunikation mit dem Patienten voraus.

Sofern der Patient nicht mehr dazu in der Lage ist, seinen Willen mitzuteilen, sind Hilfsmittel der antizipierten Willensbekundung (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) heranzuziehen und ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlung im Einvernehmen mit dem erklärten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen erfolgt.

Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip

Menschen, die unheilbar krank sind oder im Sterben liegen, haben in besonderer Weise Anspruch auf die Zuwendung ihrer Mitmenschen und die Solidarität der Gesellschaft, weil sie in hohem Maße hilflos und verletzlich sind.

Es muss gewährleistet sein, dass unheilbar erkrankte und sterbende Menschen den Schutz genießen, der ihre Rechte als Person garantiert, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung nach Möglichkeit fördert und ihnen erlaubt, unter würdevollen Umständen zu sterben. Der Auftrag zur Minderung von Leid ist ein wichtiges Element der Fürsorge am Lebensende.

Anerkennung der Eigenvorsorge

Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung verfügt über ein natürliches Vorsorgeverhalten, welches vor allem zum Ansparen finanzieller Ressourcen für den Krankheits- bzw. Pflegefall im Alter Ausdruck findet.

Der Einsatz von Vermögen und Einkommen gerade für die letzte Lebensphase ist ehren- und wünschenswert. Eigenvorsorge steht in keiner Weise im Widerspruch zum Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip, insbesondere in Kenntnis des Faktums, dass viele Menschen nicht die Möglichkeit des ausreichenden Ansparens für das Alter haben.

Garantierte Finanzierung

Ein Finanzierungssystem, welches individuelle Eigenvorsorge und staatliche Solidaritätsleistungen in ausgewogener Form berücksichtigt, ist die Grundlage für ein nachhaltiges Pflegesystem. Niemand muss befürchten, am Ende des Lebens aus finanziellen Gründen „ausgesteuert“ zu werden.

LEITLINIEN UND MASSNAHMEN

Menschenwürdiges Pflegesystem

- Ausbau der häuslichen Pflege, wie es dem mehrheitlichen Wunsch pflegebedürftiger, älterer Menschen entspricht. Eine der Folgen ist ein reduzierter Bedarf an kostenintensiven stationären Pflegeeinrichtungen. Daher ist eine finanzielle Abgeltung der Pflegeleistungen durch Angehörige und Berücksichtigung der Pflegezeiten für deren Pensionszeiten erforderlich.

- Verstärkte Anreize für den Pflegeberuf, nicht zuletzt durch leistungs- und

qualifikationsadäquate Bezahlung.

- Bereits im Ausbildungsprogramm für den Pflegeberuf muss als Alternative zu einer Beschäftigung in einem Pflegeheim, einem Krankenhaus oder bei einer der NGO`s die Möglichkeit einer selbständigen Ausübung des Pflegeberufes vorgesehen werden. In diesem Sinne ist die Einführung eines Lehrfaches "Betriebswirtschaft" erforderlich.

- Die Pflege in kleinen Strukturen in gewohntem Umfeld erlaubt einen menschlicheren Zugang zum Pflegebedürftigen, führt zu höherer Zufriedenheit der Betroffenen und ist nicht zuletzt kostengünstiger.

- Entlastung des Pflegepersonals von administrativen Arbeiten.

- Bundesweite Vereinheitlichung des Mindestpersonalpflegeschlüssels nach Pflegestufen.

- Infrastrukturelle und auf individuelle Pflegeformen orientierte Maßnahmen in Zusammenhang mit 24-Stunden-Pflege:

    - Einplanung von Pflegewohngemeinschaften bei Wohnungsneubauten
    - Zusammenführung mehrerer zu Pflegenden in bestehenden Wohneinrichtungen.
    - Adaptierung leerstehender Häuser in Gemeinden für pflegebedürftige Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner, sodass diese weiterhin in gewohnter Umgebung und in der Nähe ihrer Angehörigen, die dadurch entlastet werden, bleiben.

Finanzierung des Pflegesystems

Unter voller Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips durch die Gesellschaft unterbreitet NEOS einen Finanzierungvorschlag:

- Ausbau des Versicherungssystems für Pflege- und Hospizleistungen, welches von privaten und öffentlichen Versicherungsträgern im Wettbewerb gestaltet wird.

- Pflegeversicherungen sollen von möglichst vielen Menschen kontrahiert und daher entsprechend beworben werden.

- Einzahlungen in Pflegeversicherungen sind zur Gänze steuerbegünstigt; der

entsprechende Steuerausfall wird durch die Reduktion der staatlichen Leistungen im Pflegefall mehr als kompensiert.

- Für Erwerbstätige, welche ein Einkommen über der Höchstbemessung der Sozialversicherung haben, besteht eine Versicherungspflicht. Auf eine generelle Versicherungspflicht wird verzichtet, um auf sozial schwächere Menschen Rücksicht zu nehmen.

- Die Versicherungsträger sind frei wählbar. Sie müssen allerdings Mindeststandards hinsichtlich Leistungen und Bonität erfüllen, welche durch staatliche Regulierung und Kontrollen sichergestellt werden.

- Die Versicherungsleistungen können sowohl für stationäre als auch mobile Pflege sowie für Pflegeleistungen durch Angehörige abgerufen werden und entsprechen hohen Qualitätsstandards.

- Gründung eines staatlichen Pflegefonds, welcher eine soziale Ausfallhaftung für jene Menschen übernimmt, die nicht oder in unzureichendem Ausmaß versichert sind. Freilich werden die aus diesem Titel finanzierten Leistungen Minimalstandards entsprechen; das Bestehen allfällig unterschiedlicher Leistungsniveaus ist durchaus vergleichbar mit der derzeitigen Krankenversicherung, wo auch das allgemeine Leistungsniveau durch Abschluss einer Privatversicherung aufgebessert wird.

- Der staatliche Pflegefonds wird aus Steuerleistungen, Beiträgen der Krankenversicherungen (in der Dimension der erforderlichen medizinischen Aufwendungen) und Privatisierungserlösen gespeist. Länder und Gemeinden können finanziell entlastet werden, was im Finanzausgleich zu berücksichtigen ist. Die organisatorische Umsetzung der bundesweit gültigen Regelungen bleibt aber weiterhin in der Verantwortung der Länder und Gemeinden.

Patientenverfügung

NEOS begrüßt die bestehende gesetzliche Rahmenbedingung für die Patientenverfügung, regt aber folgende proaktiven Maßnahmen zur breiteren Anwendung vor:

- Auflegen von Informationsmaterial zur Einsicht in allen Ärztewarteräumen.

- Integration der Patientenverfügung in das System ELGA und/oder Führen eines Registers wie etwa das Widerspruchsregister beim ÖBIG.

- Kostenbefreiung für sozial schwächere - wie z.B. von der Rezeptgebühr befreite - Personen.

Palliativmedizinische Vorkehrungen

- Zusätzliche Lehrstühle für Palliativmedizin in Graz, Linz und Innsbruck zu dem derzeit einzigen in Wien, um Medizinstudenten theoretisches Wissen und vor allem Praxis auf diesem Gebiet zu ermöglichen.

- Die Möglichkeit palliativmedizinischer Betreuung durch Allgemeinmediziner (und nicht nur durch Fachärzte dieses Fachs) sollte beibehalten werden.

- Ausbildung von Pflegepersonal auf diesem Fachgebiet.

- Ziel: Trend zum niedergelassenen Allgemeinmediziner mit palliativmedizinischem Wissen.

- Definition palliativmedizinischer Leistungen, die zu honorieren sind. Daraus folgt: Adäquate Honorierung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern für zeitaufwändige palliativmedizinische Behandlung.

- Bundesweit einheitliche, klare Bestimmungen zum Thema Schmerztherapie.

- Palliativmedizinische Schulungsmaßnahmen des ärztlichen und des Pflegepersonals können eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens bringen.

Sterbehilfe

Im Folgenden eine Begriffsbestimmung, die rechtliche Situation in Österreich und die Position von NEOS:

1) Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe bedeutet den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Sie ist in Österreich nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit dem vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht.

Welche Maßnahmen der Patient zulassen möchte, kann vorab in einer Patientenverfügung formuliert werden.

Position NEOS: Wegen falsch verstandener Nächstenliebe, medizinischer Übertherapie, aus Forschungsinteresse oder ökonomischen Interessen, rechtlichen Unsicherheiten oder aus humanen Überlegungen ist die Kultur eines humanen Unterlassens unterentwickelt. NEOS unterstützt daher die bestehende gesetzliche Regelung.

2) Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe bedeutet die Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes durch eine medizinische Behandlung, die primär der Schmerzlinderung dient. Als Beispiel kann die Verabreichung von starken Schmerzmitteln bei einer tödlichen Krebserkrankung dienen, welche als Nebenwirkung ein Organversagen hervorruft. Diese Form der Sterbehilfe ist in Österreich nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht, da ein schmerzfreies Sterben als das höhere Rechtsgut gegenüber einer Lebensverlängerung eingestuft wird.

Position NEOS: Hier gilt das bereits zum Thema passive Sterbehilfe Gesagte.

3) Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) wird – anders als in der Schweiz - strafrechtlich nicht von der aktiven Sterbehilfe unterschieden und wird gemäß §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bestraft.

Position NEOS: wie bei Punkt aktive Sterbehilfe

4) Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe, d.h. die Tötung eines Menschen, ist unabhängig von den Motiven des Täters in Österreich strafbar. Sie wird per §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren geahndet.

Unter genau definierten Voraussetzungen ist aktive Sterbehilfe in folgenden Staaten seit einigen Jahren erlaubt: Niederlande (2002), Belgien (2002), Luxemburg 2009) sowie in fünf Bundesstaaten der USA: Oregon (1997), Washington (2009), Vermont (2013), Montana (2009), New Mexico (2014).

Position NEOS zur Beihilfe zur Selbsttötung und zur aktiven Sterbehilfe: Auch wenn diese ultima ratio angesichts umfassender palliativer Maßnahmen extreme Ausnahme bleiben soll, muss das Recht auf Selbstbestimmung gerade in dieser entscheidenden Phase eines Lebens gelten! Die gesetzliche Regelung ist in diesem Sinne zu ändern.

Die Position von Neos wird in Anlehnung an das seit 1. April 2002 gültige Modell und an die seit Jahren praktizierten Vorgehensweisen in den Niederlanden formuliert, unterscheidet sich allerdings durch eine Verschärfung der Sorgfaltskriterien in Punkt 5.

Damit ein aktiv Sterbehilfe leistender Arzt/leistende Ärztin straffrei dem schriftlich niedergelegten oder mündlich ausgesprochenen Wunsch nach Sterbehilfe entsprechen darf, muss gemäß den nachfolgenden Sorgfaltskriterien gehandelt werden:

1. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.

1. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.

1. Er/sie muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben.

1. Er/sie muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.

1. Er/sie muss nachweisen können, dass ein unabhängiges, von der Ärztekammer nominiertes Team von zumindest zwei weiteren (Konziliar-)Ärzten, welche den Patienten untersucht haben, die Einhaltung der Punkte 1. bis 4. schriftlich bestätigt. In diesem Punkt liegt gegenüber den NL eine Verschärfung vor, weil dort eine weitere ärztliche Zustimmung als ausreichend angesehen wird.

1. Er/sie muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht durchführen.

Arzt/Ärztin und Leichenbeschauer melden die Tötung an eine regionale Kontrollkommission, der auch die schriftliche Erklärung der beiden unabhängigen Konsiliarärzte zugeht. Die Kontrollkommission überprüft die Tötung auf

Einhaltung der Sorgfaltskriterien. Gelangt sie zu der Überzeugung, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hat, greift der Strafausschließungsgrund und der Arzt wird nicht strafrechtlich verfolgt. Der Kontrollkommission gehören sechs Mitglieder, hierunter mindestens ein Arzt, ein Jurist und ein Ethiker an.

Der Wunsch nach Sterbehilfe ist nicht an die Volljährigkeit (18 Jahre) gebunden, auch Minderjährige können die aktive Sterbehilfe beanspruchen, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten (12 bis 15 Jahre) oder eine Einbeziehung der Erziehungsberechtigten in die Entscheidungsfindung (16 und 17 Jahre) erfolgt ist.

Kein Arzt ist verpflichtet, die aktive Sterbehilfe durchzuführen. Medizinische Hilfskräfte dürfen selbst keine Tötungshandlungen durchführen und können nicht verpflichtet werden, an einer Tötungshandlung mitzuwirken.

NEOS fordert, den Menschen als den zu freiem und verantwortungsbewusstem Handeln befähigten Gestalter seiner eigenen Lebensverhältnisse anzuerkennen und essentielle Entscheidungen dem einzelnen Individuum nicht staatlich zu verwehren. Es sind alle Möglichkeiten einzuräumen, über sich selbst bestimmen zu dürfen, allerdings unter sehr restriktiven ethischen und medizinischen Auflagen.

Zum Abschluss ein bemerkenswertes Zitat zu diesem ethisch sensiblen Thema:

„(…) dem Menschen ist von Gott die Verantwortung für sein ganzes Leben gegeben worden. Damit darf er das Geschenk des Lebens, wenn es zu schwer werde, dem Schöpfer auch zurückgeben.“ (Prof. Dr. Hans Küng)

[1] In diesem Abschnitt werden Formulierungen in Anlehnung an Formulierungen der Bioethikkommission aus dem Papier „Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen“ aus dem Jahr 2015 übernommen

Begründung

Ein menschenwürdiges und finanzierbares Pflegesystem, palliativmedizinische Vorkehrungen, das Hospizwesen, die Patientenverfügung und die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Sterbehilfe sind als Bausteine in einem Gesamtsystem mit wechselseitig Abhängigkeiten zu sehen und politisch zu beurteilen. Diesen Gesamtzusammenhang versuchen die Antragsteller_innen darzustellen und damit eine Lücke im NEOS-Programm zu schließen.

Für NEOS entstehen keinerlei Kosten.

Dieser Antrag zielt ab auf eine Verringerung der Belastung der öffentlichen Haushalte, weil eine starke Verlagerung auf Eigenvorsorge zur Finanzierung der Pflegekosten vorgeschlagen wird.

Die einreichenden Antragsteller_innen sowie die Unterstützer_innen sind Mitglieder des Zielgruppennetzwerks NEOS 50+.

PDF-Upload

Ergänzenden Abschnitt im Parteiprogramm
„Unsere Pläne für ein neues Österreich“

Pflege am Lebensabend und Sterben in Würde

DIE HERAUSFORDERUNGEN

Die NEOS Charta formuliert im ersten Satz „Wir sehen im Menschen den zu freiem und verantwortungsbewusstem Handeln befähigten Gestalter seiner eigenen Lebensverhältnisse“. Es wäre nicht einzusehen, dass diese Grundorientierung in der letzten Phase seiner Lebensverhältnisse keine oder eine eingeschränkte Bedeutung haben sollte. Unter letzter Lebensphase wird im Folgenden nicht nur der Sterbevorgang im engeren Sinn, sondern auch chronisch kritische Krankheit und kontinuierlich fortschreitende Altersschwäche (z.B. schwere Demenz) verstanden.
Solange der physische und psychische Zustand es erlauben, müssen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die freie Gestaltung am Lebensabend ermöglichen. Wenn der gesundheitliche Zustand die freie Gestaltung stark einschränkt, ist die Verantwortung des persönlichen Umfeldes bzw. der Gesellschaft gefordert, um den Wünschen des Sterbenden bestmöglich zu entsprechen und das Sterben in Würde sicher zu stellen.
Probleme mit denen wir konfrontiert sind:

Mängel in der Pflegequalität

Der Weg in eine Betreuungseinrichtung ist für viele alte, pflegebedürftige Menschen eine Horrorvorstellung. Betroffene verbinden den Weg in ein Heim in vielen Fällen als Entwurzelung, Abschiebung und Trennung von ihrer Familie.

Das Pflegepersonal in den Heimen ist oft durch überbordende administrative Arbeiten und unrealistische Mindestpersonalpflegeschlüssel (z.B. Nachtdienst: eine Pflegekraft für 30 pflegebedürftige Menschen) nicht in der Lage, den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Heime eine individuelle, angemessene Betreuung zu ermöglichen. Die Mindestpersonalpflegeschlüssel sind nicht einheitlich geregelt (neun Bundesländer, neun verschiedene Schlüssel).

Die Bezahlung für qualifizierte Pflegekräfte, die hohen fachlichen, physischen und psychischen Anforderungen entsprechen müssen, ist absolut nicht angemessen.

Bereits heute wird ein wesentlicher Teil der Pflegeleistungen von Angehörigen und hier zu einem sehr hohen Anteil von Frauen, erbracht, im Wesentlichen nicht honoriert und findet bei der eigenen Altersvorsorge (Pension) der pflegenden Angehörigen keine Berücksichtigung, da unentgeltlich erbracht.

Aufgrund der demografischen Entwicklung hat sich der Pflegeberuf zu einem Mangelberuf entwickelt. Da hier mit weiteren Verschärfungen zu rechnen ist, sind weitgehende Reformen dringend erforderlich.

Mängel in der palliativen Betreuung und im Hospizwesen

Etwa 10% der Sterbenden benötigen palliativmedizinische Betreuung. Nach wie vor gibt es auf diesem Fachgebiet Defizite in der Ausbildung von Pflege- und medizinischem Personal.

Zurzeit gibt es in Österreich nur einen einzigen Lehrstuhl für Palliativmedizin in Wien.

Die medizinische Betreuung ist zeitintensiv und wird bei niedergelassenen Ärzten unzureichend honoriert.

Angehörige dürfen ohne Einwilligung des Patienten nicht über seinen Zustand aufgeklärt werden und sind diesbezüglich rechtlos.

Es gibt keine einheitlichen, klaren Bestimmungen für alle Bundesländer hinsichtlich palliativer Sedierung bei unerträglichen Schmerzen von Patienten.

Medizinische Übertherapien am Lebensende – oft verursacht durch Forschungs- und ökonomische Interessen - verhindern "gutes" menschenwürdiges Sterben und verlängern einen oftmals schmerzvollen Sterbeprozess.

Hospizeinrichtungen sehen sich hinsichtlich der Finanzierung zwischen Krankenkassen und zuständigen Gebietskörperschaften „allein gelassen“.

Unzureichende Finanzierung des Pflegesystems

Die Mängel bei der Pflegequalität und beim würdevollen Sterben sind in einem hohen Ausmaß in der unzureichenden Finanzierung begründet. In Anbetracht des permanent ansteigenden Lebensalters und des damit dramatisch gestiegenen Anteils von pflegebedürftigen Menschen, wird die Finanzierung zur wachsenden – bisher nicht gelösten - Herausforderung. Nach Modellschätzungen des Ageing Reports 2015 der Europäischen Kommission werden sich die Kosten für Pflege bis zum Jahr 2060 mehr als verdoppeln.

Die derzeitige Finanzierung des Pflegesystems kann wie folgt beschrieben werden:

- Es ist ein Fleckerlteppich an Zuständigkeiten, Zuschüssen, Leistungen und Regelungen. Beteiligt daran ist der Bund, die Länder, Gemeinden, die Sozialversicherungsträger, die Krankenkassen und freilich die Eigenleistungen der Betroffenen und deren Angehörige.
- Die regional unterschiedliche Finanzierung führt zu unterschiedlichen Qualitätsstandards. Unsinnigerweise hängt die Qualität der Pflege daher von der Postleitzahl ab.
- Das Pflegegeld wurde seit seiner Einführung 1993 nicht der Inflation entsprechend erhöht. Der Bund erspart sich derzeit 565 Millionen Euro jährlich.
- Die Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2017 (Inanspruchnahme von Privatvermögen) hat das Dilemma der Pflegefinanzierung dramatisch vergrößert.

Pflegeregress

Die - jedenfalls bei der Beschlussfassung - nicht gegenfinanzierte Abschaffung des Pflegeregresses im Zuge stationärer Pflege führt zu verhängnisvollen Effekten:

- Sachlich nicht begründbare Besserstellung der stationären gegenüber der mobilen Pflege und der Pflege durch Angehörige. Dies führt, wie sich bereits kurz nach der Abschaffung zeigte, zu einer zusätzlichen Belastung des stationären Pflegesystems und fallweise zum „Abschieben“ von Pflegebedürftigen in Heime durch Angehörige.
- Das einhergehende Verstaatlichungsprinzip hat negative Auswirkungen auf das Vorsorgeprinzip. Die Idee der Eigenvorsorge wird massiv beschädigt.
- Die finanziellen Verpflichtungen des Staates steigen und belasten das Budget.
- Die Regelung ist unsozial: gerade bei Menschen in besseren Einkommens- und Vermögenssituationen findet eine Verlagerung zu unversteuerten Erbschaften statt, die quasi durch die Gesamtheit der Steuerpflichtigen finanziert werden muss.

Sterbehilfe

Tod und Sterben sind gesellschaftlich stark tabuisiert. Darüber hinaus erschweren diverse Vorurteile eine sachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbehilfe.

UNSERE VISION[1]

Lebensabend und Tod sollen gelingende Endphase eines erfüllten Lebens sein. Demnach werden fünf Prinzipien verfolgt.

Schutz des Lebens

Der Schutz des Lebens ist ein grundlegendes, unbedingtes ethisches Prinzip, welches Vorrang vor allen anderen Zielen hat und jedenfalls ökonomischen Überlegungen nachgeordnet ist.

Eine radikale Auslegung dieses Prinzips würde die volle Ausschöpfung medizinisch-technischer Möglichkeiten zur Aufrechterhaltung rein biologischer Körperfunktionen nach sich ziehen, unabhängig von den Krankheitsumständen betroffener Menschen, denen dann möglicherweise eine Verlängerung des Sterbeprozesses und unnötige Leidenserfahrung zugemutet werden.

Die grundlegende Pflicht, Leben durch medizinische Interventionen zu erhalten, endet

- in Situationen, in denen ein einsichts- und urteilsfähiger Patient die Lebenserhaltung ablehnt oder
- die Lebenserhaltung gleichzeitig eine Verlängerung des nicht grundsätzlich umkehrbaren Sterbeprozesses bedeutet und damit den Patienten unverhältnismäßigen Belastungen aussetzt, die zu einem erheblichen Leidensdruck des Patienten führen können.

Anspruch auf Selbstbestimmung

Das Recht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen umfasst zwei Aspekte: Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur erfolgen, wenn der Betroffene zustimmt. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung fallweise wenig nachvollziehbar erscheint.

Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht auf Sterbehilfe.

Der Respekt vor der Selbstbestimmung eines Patienten setzt die Kenntnis über den Patientenwillen und damit eine intensive Auseinandersetzung und fortwährende Kommunikation mit dem Patienten voraus.

Sofern der Patient nicht mehr dazu in der Lage ist, seinen Willen mitzuteilen, sind Hilfsmittel der antizipierten Willensbekundung (z.B. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) heranzuziehen und ist zu überprüfen, inwieweit die Behandlung im Einvernehmen mit dem erklärten bzw. mutmaßlichen Patientenwillen erfolgt.

[1] In diesem Abschnitt werden Formulierungen in Anlehnung an Formulierungen der Bioethikkommission aus dem Papier „Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen“ aus dem Jahr 2015 übernommen

Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip

Menschen, die unheilbar krank sind oder im Sterben liegen, haben in besonderer Weise Anspruch auf die Zuwendung ihrer Mitmenschen und die Solidarität der Gesellschaft, weil sie in hohem Maße hilflos und verletzlich sind.

Es muss gewährleistet sein, dass unheilbar erkrankte und sterbende Menschen den Schutz genießen, der ihre Rechte als Person garantiert, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung nach Möglichkeit fördert und ihnen erlaubt, unter würdevollen Umständen zu sterben. Der Auftrag zur Minderung von Leid ist ein wichtiges Element der Fürsorge am Lebensende.

Anerkennung der Eigenvorsorge

Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung verfügt über ein natürliches Vorsorgeverhalten, welches vor allem zum Ansparen finanzieller Ressourcen für den Krankheits- bzw. Pflegefall im Alter Ausdruck findet.

Der Einsatz von Vermögen und Einkommen gerade für die letzte Lebensphase ist ehren- und wünschenswert. Eigenvorsorge steht in keiner Weise im Widerspruch zum Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip, insbesondere in Kenntnis des Faktums, dass viele Menschen nicht die Möglichkeit des ausreichenden Ansparens für das Alter haben.

Garantierte Finanzierung

Ein Finanzierungssystem, welches individuelle Eigenvorsorge und staatliche Solidaritätsleistungen in ausgewogener Form berücksichtigt, ist die Grundlage für ein nachhaltiges Pflegesystem. Niemand muss befürchten, am Ende des Lebens aus finanziellen Gründen „ausgesteuert“ zu werden.

LEITLINIEN UND MASSNAHMEN

Menschenwürdiges Pflegesystem

- Ausbau der häuslichen Pflege, wie es dem mehrheitlichen Wunsch pflegebedürftiger, älterer Menschen entspricht. Eine der Folgen ist ein reduzierter Bedarf an kostenintensiven stationären Pflegeeinrichtungen. Daher ist eine finanzielle Abgeltung der Pflegeleistungen durch Angehörige und Berücksichtigung der Pflegezeiten für deren Pensionszeiten erforderlich.

- Verstärkte Anreize für den Pflegeberuf, nicht zuletzt durch leistungs- und qualifikationsadäquate Bezahlung.

- Bereits im Ausbildungsprogramm für den Pflegeberuf muss als Alternative zu einer Beschäftigung in einem Pflegeheim, einem Krankenhaus oder bei einer der NGO`s die Möglichkeit einer selbständigen Ausübung des Pflegeberufes vorgesehen werden. In diesem Sinne ist die Einführung eines Lehrfaches "Betriebswirtschaft" erforderlich.

- Die Pflege in kleinen Strukturen in gewohntem Umfeld erlaubt einen menschlicheren Zugang zum Pflegebedürftigen, führt zu höherer Zufriedenheit der Betroffenen und ist nicht zuletzt kostengünstiger.

- Entlastung des Pflegepersonals von administrativen Arbeiten.

- Bundesweite Vereinheitlichung des Mindestpersonalpflegeschlüssels nach Pflegestufen.

- Infrastrukturelle und auf individuelle Pflegeformen orientierte Maßnahmen in Zusammenhang mit 24-Stunden-Pflege:
    - Einplanung von Pflegewohngemeinschaften bei Wohnungsneubauten
    - Zusammenführung mehrerer zu Pflegenden in bestehenden Wohneinrichtungen.
    - Adaptierung leerstehender Häuser in Gemeinden für pflegebedürftige Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner, sodass diese weiterhin in gewohnter Umgebung und in der Nähe ihrer Angehörigen, die dadurch entlastet werden, bleiben.

Finanzierung des Pflegesystems

Unter voller Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips durch die Gesellschaft unterbreitet NEOS einen Finanzierungvorschlag:

- Ausbau des Versicherungssystems für Pflege- und Hospizleistungen, welches von privaten und öffentlichen Versicherungsträgern im Wettbewerb gestaltet wird.
- Pflegeversicherungen sollen von möglichst vielen Menschen kontrahiert und daher entsprechend beworben werden.
- Einzahlungen in Pflegeversicherungen sind steuerbegünstigt; der entsprechende Steuerausfall wird durch die Reduktion der staatlichen Leistungen im Pflegefall mehr als kompensiert.

- Für Erwerbstätige, welche ein Einkommen über der Höchstbemessung der Sozialversicherung haben, besteht eine Versicherungspflicht. Auf eine generelle Versicherungspflicht wird verzichtet, um eine neuerliche Erhöhung der Lohnnebenkosten zu vermeiden.
- Die Versicherungsträger sind frei wählbar. Sie müssen allerdings Mindeststandards hinsichtlich Leistungen und Bonität erfüllen, welche durch staatliche Regulierung und Kontrollen sichergestellt werden.
- Die Versicherungsleistungen können sowohl für stationäre als auch mobile Pflege sowie für Pflegeleistungen durch Angehörige abgerufen werden und entsprechen hohen Qualitätsstandards.
- Im Todesfall wird der Wert nicht abgerufener Versicherungsleistungen den Erben zugesprochen.
- Gründung eines staatlichen Pflegefonds, welcher eine soziale Ausfallhaftung für jene Menschen übernimmt, die nicht oder in unzureichendem Ausmaß versichert sind. Freilich werden die aus diesem Titel finanzierten Leistungen Minimalstandards entsprechen; das Bestehen allfällig unterschiedlicher Leistungsniveaus ist durchaus vergleichbar mit der derzeitigen Krankenversicherung, wo auch das allgemeine Leistungsniveau durch Abschluss einer Privatversicherung aufgebessert wird.
- Der staatliche Pflegefonds wird aus Steuerleistungen, Beiträgen der Krankenversicherungen (in der Dimension der erforderlichen medizinischen Aufwendungen) und Privatisierungserlösen gespeist. Länder und Gemeinden können finanziell entlastet werden, was im Finanzausgleich zu berücksichtigen ist. Die organisatorische Umsetzung der bundesweit gültigen Regelungen bleibt aber weiterhin in der Verantwortung der Länder und Gemeinden.

Patientenverfügung

NEOS begrüßt die bestehende gesetzliche Rahmenbedingung für die Patientenverfügung, regt aber folgende proaktiven Maßnahmen zur breiteren Anwendung vor:

- Auflegen von Informationsmaterial zur Einsicht in allen Ärztewarteräumen.

- Integration der Patientenverfügung in das System ELGA und/oder Führen eines Registers wie etwa das Widerspruchsregister beim ÖBIG.

- Kostenbefreiung für sozial schwächere - wie z.B. von der Rezeptgebühr befreite - Personen.

Palliativmedizinische Vorkehrungen

- Zusätzliche Lehrstühle für Palliativmedizin in Graz und Innsbruck zu dem derzeit einzigen in Wien, um Medizinstudenten theoretisches Wissen und vor allem Praxis auf diesem Gebiet zu ermöglichen.
- Die Möglichkeit palliativmedizinischer Betreuung durch Allgemeinmediziner (und nicht nur durch Fachärzte dieses Fachs) sollte beibehalten werden.
- Ausbildung von Pflegepersonal auf diesem Fachgebiet.

- Ziel: Trend zum niedergelassenen Allgemeinmediziner mit palliativmedizinischem Wissen.
- Definition palliativmedizinischer Leistungen, die zu honorieren sind. Daraus folgt: Adäquate Honorierung von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern für zeitaufwändige palliativmedizinische Behandlung.
- Bundesweit einheitliche, klare Bestimmungen zum Thema Schmerztherapie.
- Palliativmedizinische Schulungsmaßnahmen des ärztlichen und des Pflegepersonals können eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens bringen.

Suizid und Sterbehilfe

Suizide sind keine Lösung. Weder für Gesunde noch für Kranke. Suizide sind deutlich von Sterbehilfe zu unterscheiden. Mangelnde Sterbekultur und vor allem mangelnde rechtliche Möglichkeiten einer würdevollen Sterbehilfe können der Nährboden für Verzweiflungstaten sein.

Im Folgenden eine Begriffsbestimmung, die rechtliche Situation in Österreich und die Position von NEOS:

1. Selbsttötung

Eine Selbsttötung oder ein Selbsttötungsversuch ist in Österreich nicht strafbar.

Position NEOS: Suizide von unheilbar kranken Menschen sind mit dem Begriff „Würdevolles Sterben“ nicht in Einklang zu bringen.

2. Passive Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe bedeutet den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Sie ist in Österreich nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit dem vorab niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht. Welche Maßnahmen der Patient zulassen möchte, kann vorab in einer Patientenverfügung formuliert werden.

Position NEOS: Wegen falsch verstandener Nächstenliebe, medizinischer Übertherapie, aus Forschungsinteresse oder ökonomischen Interessen, rechtlichen Unsicherheiten oder aus humanen Überlegungen ist die Kultur eines humanen Unterlassens unterentwickelt. NEOS unterstützt daher die bestehende gesetzliche Regelung.

3. Indirekte Sterbehilfe

Indirekte Sterbehilfe bedeutet die Inkaufnahme eines vorzeitigen Todes durch eine medizinische Behandlung, die primär der Schmerzlinderung dient. Als Beispiel kann die Verabreichung von starken Schmerzmitteln bei einer tödlichen Krebserkrankung dienen, welche als Nebenwirkung ein Organversagen hervorruft. Diese Form der Sterbehilfe ist in Österreich nicht strafbar, wenn sie dem ausgesprochenen oder bei Bewusstlosigkeit vorab

niedergeschriebenen Willen des Patienten entspricht, da ein schmerzfreies Sterben als das höhere Rechtsgut gegenüber einer Lebensverlängerung eingestuft wird.

Position NEOS: Hier gilt das bereits zum Thema passive Sterbehilfe Gesagte.

4. Beihilfe zur Selbsttötung

Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) wird – anders als in der Schweiz - strafrechtlich nicht von der aktiven Sterbehilfe unterschieden und wird gemäß §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bestraft.

Position NEOS: wie bei Punkt aktive Sterbehilfe

5. Aktive Sterbehilfe

Aktive Sterbehilfe, d.h. die Tötung eines Menschen, ist unabhängig von den Motiven des Täters in Österreich strafbar. Sie wird per §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren geahndet.

Unter genau definierten Voraussetzungen ist aktive Sterbehilfe in folgenden Staaten seit einigen Jahren erlaubt: Niederlande (2002), Belgien (2002), Luxemburg 2009) sowie in fünf Bundesstaaten der USA: Oregon (1997), Washington (2009), Vermont (2013), Montana (2009), New Mexico (2014).

Position NEOS zur Beihilfe zur Selbsttötung und zur aktiven Sterbehilfe: Auch wenn diese ultima ratio angesichts umfassender palliativer Maßnahmen extreme Ausnahme bleiben soll, muss das Recht auf Selbstbestimmung gerade in dieser entscheidenden Phase eines Lebens gelten! Die gesetzliche Regelung ist in diesem Sinne zu ändern.

Die Position von Neos wird in Anlehnung an das seit 1. April 2002 gültige Modell und an die seit Jahren praktizierten Vorgehensweisen in den Niederlanden formuliert, unterscheidet sich allerdings durch eine Verschärfung der Sorgfaltskriterien in Punkt 5.

Damit ein aktiv Sterbehilfe leistender Arzt/leistende Ärztin straffrei dem schriftlich niedergelegten oder mündlich ausgesprochenen Wunsch nach Sterbehilfe entsprechen darf, muss gemäß den nachfolgenden Sorgfaltskriterien gehandelt werden:

1. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.
2. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.
3. Er/sie muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische Prognose aufgeklärt haben.
4. Er/sie muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.
5. Er/sie muss nachweisen können, dass ein unabhängiges, von der Ärztekammer nominiertes Team von zumindest zwei weiteren (Konziliar-)Ärzten, welche den Patienten untersucht haben, die Einhaltung der Punkte 1. bis 4. schriftlich bestätigt. In

diesem Punkt liegt gegenüber den NL eine Verschärfung vor, weil dort eine weitere ärztliche Zustimmung als ausreichend angesehen wird.

6. Er/sie muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht durchführen.

Unterstützer_innen

Christoph Hofer, Thomas Madler, Klaus Potsch, Peter Schmitzer, Emil Hiebold, Brigitta Schwärzer, Heidemarie Zimmermann, Christian Parker, Erwin Jerusalem, Peter Landrichter, Kugler Wolfgang, Johannes Gasteiger

Arzt/Ärztin und Leichenbeschauer melden die Tötung an eine regionale Kontrollkommission, der auch die sofortige Einsammlung der beiden unabhängigen Konsiliarärzte zugeht. Die Kontrollkommission überprüft die Tötung auf Einhaltung der Sorgfaltskriterien. Gelangt sie zu der Überzeugung, dass der Arzt sorgfältig gehandelt hat, greift der Strafausschließungsgrund und der Arzt wird nicht strafrechtlich verfolgt. Der Kontrollkommission gehören sechs Mitglieder, hierunter mindestens ein Arzt, ein Jurist und ein Ethiker an.

Der Wunsch nach Sterbehilfe ist nicht an die Volljährigkeit (18 Jahre) gebunden, auch Minderjährige können die aktive Sterbehilfe beanspruchen, wenn die Zustimmung der Erziehungsberechtigten (12 bis 15 Jahre) oder eine Einbeziehung der Erziehungsberechtigten in die Entscheidungsfindung (16 und 17 Jahre) erfolgt ist.

Kein Arzt ist verpflichtet, die aktive Sterbehilfe durchzuführen. Medizinische Hilfskräfte dürfen selbst keine Tötungshandlungen durchführen und können nicht verpflichtet werden, an einer Tötungshandlung mitzuwirken.

NEOS fordert, den Menschen als den zu freiem und verantwortungsbewusstem Handeln befähigten Gestalter seiner eigenen Lebensverhältnisse anzuerkennen und essentielle Entscheidungen dem einzelnen Individuum nicht staatlich zu verwehren. Es sind alle Möglichkeiten einzuräumen, über sich selbst bestimmen zu dürfen, allerdings unter sehr restriktiven ethischen und medizinischen Auflagen.

Zum Abschluss ein bemerkenswertes Zitat zu diesem ethisch sensiblen Thema:

„(...) dem Menschen ist von Gott die Verantwortung für sein ganzes Leben gegeben worden. Damit darf er das Geschenk des Lebens, wenn es zu schwer werde, dem Schöpfer auch zurückgeben.“ (Prof. Dr. Hans Küng)