

Hauptantrag

Mitgliederversammlung am 24.11.2018 in Linz

Initiator_nnen: Peter Gusmits; Gerhard Kratky; Wolfgang Kugler; Viktor Schwarz; Monika Vodnyansky

Titel: Pflege am Lebensabend und Sterben in Würde

1 **Ergänzender Abschnitt im Parteiprogramm**

2 **„Unsere Pläne für ein neues Österreich“**

3 **Pflege am Lebensabend und Sterben in Würde**

4 **DIE HERAUSFORDERUNGEN**

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

13 Solange der physische und psychische Zustand es erlauben, müssen die
14 gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die freie Gestaltung am Lebensabend
15 ermöglichen. Wenn der gesundheitliche Zustand die freie Gestaltung stark
16 einschränkt, ist die Verantwortung des persönlichen Umfeldes bzw. der
17 Gesellschaft gefordert, um den Wünschen des Sterbenden bestmöglich zu
18 entsprechen und das Sterben in Würde sicher zu stellen.
19 Probleme mit denen wir konfrontiert sind:

20 **Mängel in der Pflegequalität**

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

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

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

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

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

39 **Mängel in der palliativen Betreuung und im Hospizwesen**

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

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

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

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

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

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

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

56 **Unzureichende Finanzierung des Pflegesystems**

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

64 Die derzeitige Finanzierung des Pflegesystems kann wie folgt beschrieben werden:

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

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

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

- 75 • Die Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2017 (Inanspruchnahme von
76 Privatvermögen) hat das Dilemma der Pflegefinanzierung dramatisch
77 vergrößert.

78 **Pflegeregress**

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

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

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

89 • Die finanziellen Verpflichtungen des Staates steigen und belasten das
90 Budget.

91 • Die Regelung ist unsozial: gerade bei Menschen in besseren Einkommens- und
92 Vermögenssituationen findet eine Verlagerung zu un versteuerten Erbschaften
93 statt, die quasi durch die Gesamtheit der Steuerpflichtigen finanziert
94 werden muss.

95 **Sterbehilfe**

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

99 **UNSERE VISION**[\[1\]](#)

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

102 **Schutz des Lebens**

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

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

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

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

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

119 **Anspruch auf Selbstbestimmung**

120 Das Recht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang mit medizinischen Eingriffen

121 umfasst zwei Aspekte: Jegliche medizinisch indizierte Handlung darf nur
122 erfolgen, wenn der Betroffene zustimmt. Zugleich umfasst die Selbstbestimmung
123 auch das Recht, Hilfsangebote abzulehnen, selbst wenn die Ablehnung fallweise
124 wenig nachvollziehbar erscheint.

125 Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht auf Sterbehilfe.

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

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

133 **Solidaritäts- und Fürsorgeprinzip**

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

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

142 **Anerkennung der Eigenvorsorge**

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

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

151 **Garantierte Finanzierung**

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

156 LEITLINIEN UND MASSNAHMEN

157 Menschenwürdiges Pflegesystem

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

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

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

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

- 174 • Entlastung des Pflegepersonals von administrativen Arbeiten.

- 175 • Bundesweite Vereinheitlichung des Mindestpersonalpflegeschlüssels nach
176 Pflegestufen.

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

186 Finanzierung des Pflegesystems

187 Unter voller Berücksichtigung des Solidaritätsprinzips durch die Gesellschaft
188 unterbreitet NEOS einen Finanzierungsvorschlag:

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

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

- 194 • Einzahlungen in Pflegeversicherungen sind steuerbegünstigt; der
195 entsprechende Steuerausfall wird durch die Reduktion der staatlichen
196 Leistungen im Pflegefall mehr als kompensiert.

- 197 • Für Erwerbstätige, welche ein Einkommen über der Höchstbemessung der
198 Sozialversicherung haben, besteht eine Versicherungspflicht. Auf eine
199 generelle Versicherungspflicht wird verzichtet, um eine neuerliche
200 Erhöhung der Lohnnebenkosten zu vermeiden.

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

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

- 207 • Im Todesfall wird der Wert nicht abgerufener Versicherungsleistungen den
208 Erben zugesprochen.

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

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

224 **Patientenverfügung**

225 NEOS begrüßt die bestehende gesetzliche Rahmenbedingung für die

226 Patientenverfügung, regt aber folgende proaktiven Maßnahmen zur breiteren
227 Anwendung vor:

- 228 • Auflegen von Informationsmaterial zur Einsicht in allen Arztwarteräumen.
- 229 • Integration der Patientenverfügung in das System ELGA und/oder Führen
230 eines Registers wie etwa das Widerspruchsregister beim ÖBIG.
- 231 • Kostenbefreiung für sozial schwächere - wie z.B. von der Rezeptgebühr
232 befreite - Personen.

233 **Palliativmedizinische Vorkehrungen**

- 234 • Zusätzliche Lehrstühle für Palliativmedizin in Graz und Innsbruck zu dem
235 derzeit einzigen in Wien, um Medizinstudenten theoretisches Wissen und vor
236 allem Praxis auf diesem Gebiet zu ermöglichen.
- 237 • Die Möglichkeit palliativmedizinischer Betreuung durch Allgemeinmediziner
238 (und nicht nur durch Fachärzte dieses Fachs) sollte beibehalten werden.
- 239 • Ausbildung von Pflegepersonal auf diesem Fachgebiet.
- 240 • Ziel: Trend zum niedergelassenen Allgemeinmediziner mit
241 palliativmedizinischem Wissen.
- 242 • Definition palliativmedizinischer Leistungen, die zu honorieren sind.
243 Daraus folgt: Adäquate Honorierung von Allgemeinmedizinerinnen und
244 Allgemeinmedizinern für zeitaufwändige palliativmedizinische Behandlung.
- 245 • Bundesweit einheitliche, klare Bestimmungen zum Thema Schmerztherapie.
- 246 • Palliativmedizinische Schulungsmaßnahmen des ärztlichen und des
247 Pflegepersonals können eine erhebliche Verbesserung der Lebensqualität am
248 Ende des Lebens bringen.

249 **Suizid und Sterbehilfe**

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

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

256 **1) Selbsttötung**

257 Eine Selbsttötung oder ein Selbsttötungsversuch ist in Österreich nicht
258 strafbar.

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

261 **2) Passive Sterbehilfe**

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

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

272 **3) Indirekte Sterbehilfe**

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

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

282 **4) Beihilfe zur Selbsttötung**

283 Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid) wird – anders als in der Schweiz
284 - strafrechtlich nicht von der aktiven Sterbehilfe unterschieden und wird gemäß
285 §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bestraft.

286 **Position NEOS:** wie bei Punkt aktive Sterbehilfe

287 **5) Aktive Sterbehilfe**

288 Aktive Sterbehilfe, d.h. die Tötung eines Menschen, ist unabhängig von den

289 Motiven des Täters in Österreich strafbar. Sie wird per §77 StGB mit einer
290 Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren geahndet.

291 Unter genau definierten Voraussetzungen ist aktive Sterbehilfe in folgenden
292 Staaten seit einigen Jahren erlaubt: Niederlande (2002), Belgien (2002),
293 Luxemburg 2009) sowie in fünf Bundesstaaten der USA: Oregon (1997), Washington
294 (2009), Vermont (2013), Montana (2009), New Mexico (2014).

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

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

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

- 308 1. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient seine Bitte
309 freiwillig und nach reiflicher Überlegung geäußert hat.
- 310 2. Er/sie muss zu der Überzeugung gelangt sein, dass keine Aussicht auf
311 Besserung besteht und der Patient unerträglich leidet.
- 312 3. Er/sie muss den Patienten über dessen Situation und über die medizinische
313 Prognose aufgeklärt haben.
- 314 4. Er/sie muss mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für
315 dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt.
- 316 5. Er/sie muss nachweisen können, dass ein unabhängiges, von der Ärztekammer
317 nominiertes Team von zumindest zwei weiteren (Konziliar-)Ärzten, welche
318 den Patienten untersucht haben, die Einhaltung der Punkte 1. bis 4.
319 schriftlich bestätigt. In diesem Punkt liegt gegenüber den NL eine
320 Verschärfung vor, weil dort eine weitere ärztliche Zustimmung als
321 ausreichend angesehen wird.
- 322 6. Er/sie muss die Tötung oder die Hilfe zur Selbsttötung fachgerecht
323 durchführen.

324 Arzt/Ärztin und Leichenbeschauer melden die Tötung an eine regionale

325 Kontrollkommission, der auch die schriftliche Erklärung der beiden unabhängigen
326 Konsiliarärzte zugeht. Die Kontrollkommission überprüft die Tötung auf
327 Einhaltung der Sorgfaltskriterien. Gelangt sie zu der Überzeugung, dass der Arzt
328 sorgfältig gehandelt hat, greift der Strafausschließungsgrund und der Arzt wird
329 nicht strafrechtlich verfolgt. Der Kontrollkommission gehören sechs Mitglieder,
330 hierunter mindestens ein Arzt, ein Jurist und ein Ethiker an.

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

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

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

344 Zum Abschluss ein bemerkenswertes Zitat zu diesem ethisch sensiblen Thema:

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

348 [\[1\]](#) In diesem Abschnitt werden Formulierungen in Anlehnung an Formulierungen der
349 Bioethikkommission aus dem Papier „Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von
350 Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen“ aus dem Jahr 2015
351 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

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 un versteuerten 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 VISION¹

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 Finanzierungsvorschlag:

- 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 aufge bessert 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 Ärzewarteräumen.
- 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.

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)