

# 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 unversteuerten 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 Ärztewarteräumen.
- 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 VISION<sup>1</sup>

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.

---

<sup>1</sup> 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)