

Miteinander bis ans Lebensende

Leben gestalten statt Sterben organisieren

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35

Die CSU achtet das Selbstbestimmungsrecht der Menschen in allen Lebenssituationen. Bei Erkrankungen ist grundsätzlich die Entscheidung des Patienten für die Durchführung oder Unterlassung medizinisch indizierter Maßnahmen maßgeblich. Der Gesetzgeber hat bei allen gesetzlichen Regelungen besonders darauf zu achten, welche Auswirkungen normative Regelungen auf die Familien, das Zusammenleben der Menschen und für die Lebenssituation und Entscheidungsfreiheit des einzelnen Menschen haben.

Die CSU tritt für ein Verbot aller Formen der organisierten und der gewerbsmäßigen Beihilfe zum Suizid im Strafrecht ein.

Eine Regelung, mit der die organisierte Unterstützung beim Suizid zur gesellschaftlichen „Normalität“ und eine allgemein akzeptierte Alternative würde, hätte eine tief greifende Veränderung in unserer Gesellschaft zur Folge. Schwerstkranke, die eine anhaltende Begleitung und Unterstützung brauchen, sind dann rasch der sozialen Drucksituation ausgesetzt, die „Alternative“ des Suizids zu nutzen. Eine solche Entwicklung muss verhindert werden!

Die CSU engagiert sich für den weiteren zügigen Ausbau der vielfältigen Möglichkeiten von Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizbegleitung. Dafür ist ein flächendeckendes Netzwerk ambulanter und stationärer Angebote notwendig.

Diese große Gemeinschaftsaufgabe können Bund, Länder, Kommunen und die Bürgergesellschaft nur gemeinsam schultern. Den Familien kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu.

Die Palliativmedizin ist die wirksamste Hilfe für Menschen in dieser Lebenssituation. Sie muss im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik einen entsprechenden Rang erhalten.

36 In Würde alt werden und in Würde sterben zu können, war schon immer eine besondere
37 Aufgabe im Miteinander der Generationen und eine Frage des sozialen und kulturellen
38 Anspruchs einer Gesellschaft an sich selbst. Dies gilt besonders auch in unserer Zeit
39 tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungen. In den anstehenden Beratungen des
40 Deutschen Bundestages geht es deshalb um grundsätzliche Weichenstellungen und
41 Entscheidungen für die weitere innere Entwicklung unseres Landes. Eine umfassende
42 gesellschaftliche Debatte dazu ist unumgänglich.

43

44 Drei Entwicklungen prägen dabei besonders die aktuelle Diskussion:

45

46 • Die demografische Entwicklung – weniger Kinder, längere Lebenszeit und damit auch
47 immer mehr ältere Menschen, veränderte Familienstrukturen – verändert auch die
48 Situation für ältere, schwerstkranke und sterbende Menschen.

49

50 • Die Entwicklungen in der modernen Medizin mit ihren Möglichkeiten der Hilfen, die
51 auch oft eine Verlängerung des Lebens und besondere Bedingungen der
52 Intensivmedizin mit sich bringen. Daraus entwickeln sich schwerwiegende
53 Fragestellungen für die Situation von kranken, schwerstkranken und sterbenden
54 Menschen sowie ihrer Angehörigen.

55

56 • Der wachsende Anspruch der Menschen auf Autonomie und Selbstbestimmung. Sie
57 haben auch zu einer Stärkung der Patientenrechte und der Selbstbestimmung kranker
58 Menschen geführt.

59

60 Von diesen Situationen ist auch die aktuelle Debatte um die rechtlichen Regelungen der
61 organisierten Beihilfe zum Suizid und zur Tötung auf Verlangen geprägt. Das sind und bleiben
62 für unsere Gesellschaft, für unser Zusammenleben, für unser Gemeinwesen und für unseren
63 Staat fundamentale Fragestellungen. Sie sind von grundlegender Bedeutung für eine humane
64 Zukunft. Die CSU schreibt in ihren Grundsätzen eine eindeutige Kursbestimmung in dieser
65 Frage fest:

66 Wir wollen einen wirksamen Schutz des menschlichen Lebens von seinem Anfang bis zu
67 seinem Ende. Der Schutz des Lebens hat für uns Vorrang gegenüber jedem
68 Nützlichkeitsdenken.

69

70 Die öffentliche Diskussion allerdings wird vor allem vom individuellen Anspruch auf
71 Selbstbestimmung geprägt. Dies ist grundsätzlich Ausdruck einer eigenverantwortlichen

72 Lebensgestaltung. Gleichzeitig kann dieser Anspruch in vieler Beziehung auch zur
73 Selbsttäuschung werden. Keiner lebt für sich allein, jeder ist für seine Entwicklung und sein
74 Leben auf Andere angewiesen – und sein Verhalten hat Wirkungen und Auswirkungen auf
75 andere. Deshalb muss den Anspruch auf Selbstbestimmung eine differenzierte und ernsthafte
76 Auseinandersetzung ergänzen. Im Hinblick auf das Lebensende ist das Verlangen nach
77 Selbstbestimmung vor allem auch in der Angst vor großem Leiden, großen Schmerzen,
78 Einsamkeit, Hilflosigkeit und den Entscheidungen anderer Menschen ausgeliefert zu sein,
79 begründet.

80

81 Der Anspruch auf Selbstbestimmung und Autonomie ist immer auch soziale Verantwortung
82 gegenüber der Gemeinschaft. Das gilt auch für den Suizid und die Auswirkungen auf das
83 jeweilige persönliche Umfeld, es gilt besonders für gesetzliche Regelungen einer
84 organisierten „Sterbehilfe“.

85

86 Die besondere Aufgabe des Gesetzgebers ist es, zu bedenken und abzuwägen, welche
87 Auswirkungen gesetzliche Regelungen auf Menschen und auf Erwartungen an den Menschen
88 haben. Deshalb ist der Anspruch auf Selbstbestimmung gerade in diesem Fall nicht isoliert zu
89 betrachten und zu regeln.

90

91 Die entscheidende Auseinandersetzung um die rechtlichen Regelungen für eine organisierte
92 und geschäftsmäßige „Sterbehilfe“ muss darüber geführt werden, welche Auswirkungen
93 gesetzliche Regelungen haben, die den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen
94 durch gesetzliche Grundlage zur „Normalität“ werden lassen und damit als allgemein
95 anerkannte Alternative zu Zuwendung, Begleitung und Pflege stellen. Wenn die Selbsttötung
96 und der assistierte Suizid in schweren Leidenssituationen in dieser Weise gesellschaftlich
97 geregelt und eingeordnet werden, verändern sich die Entscheidungsgrundlagen für viele
98 denkbare Lebenssituationen.

99

100 Welche Erwartungen, welcher Druck entsteht auf schwerstkranke Menschen ihren
101 Angehörigen am Ende des Lebens nicht zur Last zu fallen? Welcher Erwartungsdruck kommt
102 aus der Gesellschaft? Dass diese Sorge nicht unbegründet ist, zeigt die schmerzliche
103 Erfahrung von Eltern, die trotz der Prognose einer Behinderung „Ja“ zur Geburt ihres Kindes
104 sagen. Es ist heute nicht mehr die Ausnahme, sondern eher die Regel, dass sich die Eltern für
105 die Geburt dieses Kindes rechtfertigen müssen.

106

107 Bei der Auseinandersetzung um die rechtlichen Regelungen für organisierte und
108 geschäftsmäßige „Sterbehilfe“ geht es um eine grundsätzliche Auseinandersetzung über den
109 Wert menschlichen Lebens auch in der Phase von Krankheit und Leid und die damit
110 verbundenen notwendigen Anstrengungen für die Gesellschaft. Das sind Grundsatzfragen der
111 Humanität einer Gesellschaft. Wir brauchen eine Kultur der Wertschätzung gegenüber
112 kranken und sterbenden Menschen. Das ist die grundlegende Aufgabe und Herausforderung
113 für Gesellschaft, Politik und Staat. Das Sterben muss als untrennbarer Bestandteil des Lebens
114 wieder ins Bewusstsein rücken. Die Debatte um menschenwürdiges Sterben ist darum in die
115 Mitte der Gesellschaft zu holen und zu enttabuisieren. Jeder ist gefordert, seinen Beitrag für
116 ein menschenwürdiges und natürliches Sterben zu leisten.

117

118

119 Änderungsbedarf des gegenwärtigen rechtlichen Rahmens

120 Nach derzeitiger Rechtslage ist die Beihilfe zur Selbsttötung straffrei, so dass aus
121 strafrechtlicher Sicht keiner, auch nicht Organisationen und Ärzte, verfolgt werden können.
122 Allein die berufsrechtlichen Regelungen einiger Länder in Deutschland verbieten ausdrücklich
123 die Beihilfe zur Selbsttötung.

124

125 Der Staat ist in der Pflicht, eine verantwortungsvolle Lösung zu finden, die dem Schutz des
126 Lebens gerade auch am Lebensende gerecht wird. Unser Ziel ist es, jede Form der
127 organisierten und geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe zu unterbinden. Nur so kommen wir
128 unserer Fürsorgepflicht für jeden Einzelnen in der Gesellschaft nach. Bei der Neuregelung der
129 assistierten „Sterbehilfe“ geht es um die Kernfrage menschenwürdigen Lebens bis zuletzt.
130 Sterbensranke Menschen müssen vor Organisationen und Personen geschützt werden, die
131 mit dem Tod Geschäfte machen. Die Möglichkeit des Sterbens auf Bestellung macht den Tod
132 eines Menschen zum Alltagsgeschäft. Der Verweis auf das Selbstbestimmungsrecht jedes
133 Einzelnen geht dabei ins Leere, da Selbstbestimmung nicht bedeuten kann, einen Anspruch
134 auf Strukturen des organisierten Sterbens zu erheben, die durch die Hand eines anderen
135 erfolgt.

136

137 Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von aktiver „Sterbehilfe“ in unseren Nachbarländern
138 fordert von uns gesetzliche Regelungen. Wir müssen jetzt Rechtssicherheit schaffen, um das
139 Aufkommen von Sterbehilfevereinen in Deutschland zu unterbinden und die
140 Grenzüberschreitungen bei der schwierigen Abgrenzung von assistiertem Suizid zur so
141 genannten aktiven „Sterbehilfe“ zu verhindern.

142 Auch wenn in den Niederlanden, in Belgien und Luxemburg die aktive „Sterbehilfe“ gesetzlich
143 erlaubt ist – in Belgien sogar bei Minderjährigen – und auch die Schweiz die Beihilfe zur
144 Selbsttötung hinnimmt, fordert unsere gesellschaftliche Verantwortung ein anderes
145 Vorgehen für Deutschland. Für die Umsetzung unserer Ziele ist es erforderlich,
146 bundeseinheitliche Regelungen zu schaffen. Wir fordern ein umfassendes und strafbewehrtes
147 Verbot der organisierten und geschäftsmäßigen „Sterbehilfe“ im Strafgesetzbuch. Ein
148 Werbeverbot für das Angebot von Sterbehilfeleistungen muss dieses ergänzen.

149 Für die Angehörigen soll sich an der gegenwärtigen Rechtslage hingegen nichts ändern.

150

151 Die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung lehnen wir ab. Diese ist mit der ärztlichen Ethik und
152 dem ärztlichen Berufsrecht nicht vereinbar. Ärzte sollen das Leben erhalten, die Gesundheit
153 schützen und möglichst wiederherstellen, Leiden lindern sowie Sterbenden Beistand leisten.
154 Ärzte sollen daher nicht Hilfe zum („gesteuerten“) Sterben leisten, sondern Menschen im
155 („natürlichen“) Sterben begleiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine abstrakt generelle
156 Regelung nicht alle denkbaren Fallkonstellationen einzelscharf abbilden kann. Ein Bereich,
157 welcher der ethischen Verantwortung des Arztes Einschätzungs- und
158 Entscheidungsspielräume belässt, ist unabdingbarer Teil einer sachgerechten Lösung.

159

160

161 Ausbau Hospiz- und Palliativversorgung

162 Was ist Menschen an ihrem Lebensende besonders wichtig? Etwa 70 Prozent wünschen sich,
163 ihr Lebensende schmerzfrei und selbstbestimmt im vertrauten sozialen Umfeld (z.B. zuhause
164 oder im Seniorenheim) erleben zu können. Dieser Wunsch muss Richtschnur für unsere
165 politischen Entscheidungen auf allen Ebenen sein.

166 Dazu gehört eine gesamtgesellschaftliche Solidarität mit schwerstkranken, sterbenden
167 Menschen. Das ist eine große Gemeinschaftsaufgabe für Bürger und Staat. Es ist eben mehr
168 als nur Pflege, Medizin oder Gesetze. Hier kommt es auf ein hohes Maß an bürgerschaftlichem
169 Engagement in Verbindung mit den professionellen Angeboten der Pflege- und
170 medizinischen Berufe sowie der Seelsorge an. Gemeinsam wollen wir mit einem
171 ganzheitlichen Ansatz den Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase zur
172 bestmöglichen Lebensqualität verhelfen.

173 Daher gehören auch das Verbot der organisierten Beihilfe zum Suizid und der umfassende
174 Aufbau der Palliativ- und Hospizversorgung zusammen. Denn eine gute Hospiz- und

175 Palliativversorgung verringert den Wunsch nach „Sterbehilfe“ erheblich, weil dadurch dem
176 Sterbenden Schmerzfreiheit und Selbstbestimmung zurückgegeben wird.

177 Wir brauchen

- 178 - den Ausbau und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements
- 179 - die regionale Vernetzung aller Akteure vor Ort
- 180 - den flächendeckenden, verlässlichen und gleichen Zugang zur ambulanten und
181 stationären Hospiz- sowie Palliativversorgung

182 Wir wollen, dass die Menschen in ihren jeweiligen Lebenssituationen und –räumen tatsächlich
183 auch Zugang zu solchen Angeboten haben. Wir setzen uns daher ein für die systematische
184 Weiterentwicklung der regionalen ambulanten sowie stationären Hospiz- und
185 Palliativversorgung mit dem Ziel, allen Patienten flächendeckend einen verlässlichen und
186 gleichen Zugang zu gewähren.

187 Hierfür bedarf es einer Reihe von inhaltlichen, finanziellen und gesetzlichen
188 Weichenstellungen sowie auch einer verbesserten Information und Beratung über die
189 Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung für Schwerstkranke und ihre Familien. Um den
190 weit verbreiteten Wunsch nach einem Sterben zuhause erfüllen zu können, bedarf es vor
191 allem einer Stärkung des ambulanten Bereichs, ohne dabei den stationären Bereich zu
192 vernachlässigen.

193 Daher fordern wir:

194 1. die Unterstützung des Aufbaus von Hospiz- und Palliativnetzwerken auf verschiedenen
195 regionalen Ebenen, z. B. durch die Finanzierung von Koordinierungsstellen, sowie eine
196 weitere interdisziplinäre Aus-, Fort- und Weiterbildung für Haupt- und Ehrenamtliche.

197 2. für ambulante Hospizdienste Zuschussregelungen zu schaffen, die ausreichend sind, damit
198 diese ihrer gesetzlichen Aufgabe der palliativ-pflegerischen Beratung gerecht werden
199 können (§ 39a Abs. 2 SGB V).

200 3. im Bereich der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung (AAPV) auf weitere
201 Verbesserungen insbesondere der Qualifikation (z. B. 40 Stunden-Kurse für Ärzte)
202 hinzuwirken, und diese an die Vergütung zu koppeln. Darüber hinaus müssen sich auch die
203 Leistungen der sonstigen ambulanten Leistungserbringer wie z. B. häusliche
204 Krankenpflegedienste, bei entsprechender Qualifikation, in angemessenen Zuschlägen zu
205 ihrer Vergütung widerspiegeln.

- 206 4. eine bundesweite Anschubfinanzierung der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung
207 (SAPV) einzurichten bzw. weitere/alternative Anreize für die Etablierung weiterer SAPV-
208 Teams gerade im ländlichen Bereich zu schaffen.
- 209 5. eine Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Senioren- und Pflegeheimen. Hier
210 insbesondere die Schaffung eines § 87c SGB XI (Zusatzentgelt analog zu § 87b SGB XI für
211 die allgemeine Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in stationären
212 Einrichtungen der Altenhilfe).
- 213 6. auf eine kostendeckende Vergütung der stationären Hospize und Kinderhospize
214 hinzuwirken, den in der Rahmenvereinbarung festgelegten Leistungskatalog zu ergänzen.
- 215 7. Eine Vergütung der Palliativstationen als „besondere Einrichtung“. Alternativ: auf die
216 Selbstverwaltungspartner hinzuwirken, dass die Vergütung für die stationäre
217 Palliativversorgung systemkonform kalkuliert wird.
- 218 8. eine angemessene Bewertung schmerztherapeutischer Leistungen in
219 Bewertungsmaßstäben (EBM).
- 220 Der systematische flächendeckende Ausbau dieser Dienste, die damit verbundene
221 Zuwendung zu den schwer Kranken und sterbenden Menschen, ist die notwendige Antwort
222 auf die Sorgen und Ängste der Patienten und ihrer Angehörigen.