

Miteinander bis ans Lebensende

Leben gestalten statt Sterben organisieren

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.

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

44

45 Drei Entwicklungen prägen dabei besonders die aktuelle Diskussion:

46

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

50

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

56

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

60

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

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

70

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

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

81

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

86

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

91

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

100

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

107

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

118

119

120 **Änderungsbedarf des gegenwärtigen rechtlichen Rahmens**

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

125

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

137

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

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

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

152

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

161

162

163 **Ausbau Hospiz- und Palliativversorgung**

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

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

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

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

179 Wir brauchen

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

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

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

195 Daher fordern wir:

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

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

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

208 4. eine bundesweite Anschubfinanzierung der Spezialisierten Ambulanten
209 Palliativversorgung (SAPV) einzurichten bzw. weitere/alternative Anreize für die
210 Etablierung weiterer SAPV-Teams gerade im ländlichen Bereich zu schaffen.

211 5. eine Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Senioren- und Pflegeheimen.
212 Hier insbesondere die Schaffung eines § 87c SGB XI (Zusatzentgelt analog zu § 87b SGB
213 XI für die allgemeine Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen in
214 stationären Einrichtungen der Altenhilfe).

215 6. auf eine kostendeckende Vergütung der stationären Hospize und Kinderhospize
216 hinzuwirken, den in der Rahmenvereinbarung festgelegten Leistungskatalog zu
217 ergänzen.

218 7. Eine Vergütung der Palliativstationen als „besondere Einrichtung“. Alternativ: auf die
219 Selbstverwaltungspartner hinzuwirken, dass die Vergütung für die stationäre
220 Palliativversorgung systemkonform kalkuliert wird.

221 8. eine angemessene Bewertung schmerztherapeutischer Leistungen in
222 Bewertungsmaßstäben (EBM).

223 Der systematische flächendeckende Ausbau dieser Dienste, die damit verbundene
224 Zuwendung zu den schwer Kranken und sterbenden Menschen, ist die notwendige Antwort
225 auf die Sorgen und Ängste der Patienten und ihrer Angehörigen.