

Schlussbericht des Dialogforums Sterbehilfe

Wien, 2021

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Justiz, Museumstraße 7, 1070 Wien

Wien, 2021. Stand: 28. Juni 2021

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Justiz und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Inhalt

Allgemeines	5
TOP 1: Ausbau der Verfügbarkeit Palliativ- und Hospizversorgung.....	6
TOP 2: Sicherstellung des freien und selbstbestimmten Willens	10
TOP 3: Wer darf Sterbehilfe in Anspruch nehmen?.....	17
TOP 4: Wie darf Sterbehilfe geleistet werden?.....	22
TOP 5: Wer darf Sterbehilfe leisten?.....	25
TOP 6: Staatliche Überwachung – Zertifizierung von Beratungsstellen?	31
Sonstige Punkte, die zur Sprache kamen	33
Anhang zum Schlussbericht des Dialogforums Sterbehilfe – schriftliche Stellungnahmen. 36	
1. Ergänzende Stellungnahmen der Teilnehmer*innen des Dialogforums (in alphabetischer Reihenfolge)	36
2. Stellungnahmen von Privatpersonen	41
3. Stellungnahmen von Organisationen und Einrichtungen (in alphabetischer Reihenfolge)	43

Allgemeines

Das Dialogforum Sterbehilfe fand als Videokonferenz zwischen dem 26.4. und 30.4.2021 statt.

Teilgenommen haben:

Univ.-Prof. DDr. Matthias Beck (Uni Wien/Bioethikkommission), Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer (JKU Linz/Bioethikkommission), Dr. Christiane Druml (MedUni Wien/Bioethikkommission), Dr. Maria Kletečka-Pulker (Uni Wien/Bioethikkommission), Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M. (Uni Wien/Bioethikkommission), Prof. Dr. Theo A. Boer;

Vertreter des BMSGPK, des BKA-VD, der Caritas, des Dachverbandes Hospiz, der Diakonie, der Evangelischen Kirche, des HVÖ (Humanistischer Verband Österreich), der IGGÖ (Islamische Glaubensgemeinschaft), der IRG (Israelitische Religionsgesellschaft), der Katholischen Kirche, der Koordinationsstelle Suizidprävention (SUPRA, Gesundheit Österreich), des Monitoringausschusses, des Obersten Gerichtshofs, der ÖÄK (Österreichische Ärztekammer), der ÖBR (Österreichische Buddhistische Religionsgesellschaft), des Österreichischen Behindertenrates, der ÖGHL (Österreichische Gesellschaft für humanes Lebensende), des ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband), der ÖGS (Gesellschaft für Suizidprävention), der ÖNK (Österreichische Notariatskammer), der OPG (Österreichische Palliativgesellschaft), des ÖRAK (Österreichischer Rechtsanwaltskammertag), des Österreichischen Seniorenrats, der Patientenanwaltschaften NÖ und Wien, der pro mente Austria und der RIV (Vereinigung der österreichischen Richterinnen und Richter).

Der vorliegende Schlussbericht ist eine zusammenfassende Darstellung der im Dialogforum diskutierten Fragestellungen. Er enthält keine Empfehlungen oder Wertungen durch das Bundesministerium für Justiz, sondern ist dafür gedacht, einen Überblick des Meinungsbildes zu verschaffen und als Grundlage für weitere Schritte in Umsetzung des VfGH-Erkenntnisses (G 139/2019-71) zu dienen.

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass sich die Teilnehmer*innen des Dialogforums Sterbehilfe verschiedener Begriffe für assistierten Suizid als Teil ihrer Argumentation bedienten, weshalb sich auch im Schlussbericht eine Vielfalt an Bezeichnungen wiederfindet.

TOP 1: Ausbau der Verfügbarkeit Palliativ- und Hospizversorgung

Der VfGH fordert, die Palliativ- und Hospizversorgung so auszubauen, dass Unterschieden in den Lebensbedingungen der betroffenen Menschen entgegengewirkt werden kann und allen ein Zugang zu palliativmedizinischer Versorgung offensteht (VfGH G 139/2019-71 Rz 102). Hier stellt sich die vor allem gesundheitspolitische Frage, welche Lücken in der Versorgung bestehen und wie diese geschlossen werden können.

Das BMSGPK übermittelte einen Überblick zur Versorgungslandschaft der Hospiz- und Palliativversorgung, aus dem sich ergibt, dass folgende sechs einander ergänzende spezialisierte Leistungsangebote der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung für Erkrankte und Betreuende in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verfügung stehen:

- Palliativstationen übernehmen die Versorgung in medizinisch, pflegerisch und/oder sozial komplexen Situationen, die durch andere Einrichtungen oder Dienste nicht bewältigt werden können.
- Stationäre Hospize versorgen rund um die Uhr Palliativpatient*innen in komplexen Situationen, in denen die pflegerische und psychosoziale Betreuung im Vordergrund steht.
- Tageshospize betreuen tagsüber Palliativpatient*innen, die den Großteil der Zeit in ihrer gewohnten Umgebung verbringen können, bieten medizinische, pflegerische und/oder soziale Betreuung an und entlasten damit das betreuende Umfeld.
- Palliativkonsiliardienste unterstützen Mitarbeiter*innen der Abteilungen und Ambulanzen im Krankenhaus mit fachlicher Expertise in der Betreuung von Palliativpatient*innen.
- Mobile Palliativteams unterstützen Mitarbeiter*innen der Gesundheits- und Sozialversorgung, Palliativpatient*innen, Zugehörige und Nahestehende außerhalb des Krankenhauses mit fachlicher Expertise zur Palliativversorgung.
- Hospizteams begleiten Palliativpatient*innen sowie Zugehörige und Nahestehende in allen Versorgungskontexten.

Mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste und Hospizteams fungieren als Bindeglieder zur Grundversorgung.

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit halte als Versorgungsgrundsatz u.a. Folgendes fest:

- Keine zwingende Umsetzung aller Angebote der spezialisierten Palliativ- und Hospizversorgung in allen Bundesländern.
- Die Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung erfolge in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen, auch organisatorische Kombinationen einzelner Palliativ- und/ oder Hospizangebote sind möglich.

Zum Stichtag 31.12.2019 seien insgesamt 363 Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene in Betrieb. Nach Darstellung des Dachverbandes Hospiz würden österreichweit 87 Palliativbetten, 174 stationäre Hospizbetten, 5 Tageshospize, 60 Palliativkonsiliar-dienste, rd. 33 VZÄ in Mobilien Palliativteams und 135 Hospizteams fehlen.

Eine Überführung der Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in eine Regelfinanzierung sei im Regierungsprogramm in dieser Legislaturperiode vorgesehen. Das Hospiz- und Palliativforum, eingesetzt vom Ministerrat, unterstütze Lösungen für eine öffentliche Regelfinanzierung für alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene und für Kinder/Jugendliche und fordere gemeinsam mit dem Dachverband Hospiz Österreich die zügige Realisierung einer Regelfinanzierung.

Eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Hospiz- und Palliativforums habe sich mit den bestehenden Finanzierungsmodellen der Hospiz- und Palliativeinrichtungen für Erwachsene und für Kinder/Jugendliche befasst. Sie solle österreichweite Lösungsmöglichkeiten für eine Regelfinanzierung für alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen erarbeiten.

Die Vertreterin des Seniorenrats merkte an, dass Palliativmedizin zur Krankenversorgung und Hospiz zur Sozialhilfe gehöre, wobei die Hospizversorgung vor allem durch Spenden und weniger durch staatliche Zuschüsse finanziert werde. Palliativstationen könnten mangels finanzieller Möglichkeiten schwer Hospizpatient*innen länger als drei Wochen behalten. Es sollte eine Finanzierung wie im Spital erfolgen, maximal 28 Tage im Jahr mit einer kleinen Eigenleistung (sofern Patient*innen nicht von der Rezeptgebühr befreit seien), danach sollte eine öffentliche Leistungsverpflichtung eintreten. Dann würde der Druck auf Patient*innen und Angehörige auch geringer werden. Die Vertreterin der Diakonie ergänzte, dass neben spezialisierten Hospizen und spezialisierten Palliativstationen auch die Palliativ-

versorgung in Pflegeheimen ein wichtiger Punkt sei. Ebenso sei die Schulung der Hausärzt*innen zum Thema Schmerzlinderung und zu palliativem Grundwissen ein wichtiges Thema. Der Vertreter des BMSGPK meinte dazu, dass die Palliativmedizin seit 2015 in der Ärzteausbildungsordnung ausdrücklich als Schwerpunkt der Ausbildung verankert sei. In Österreich gebe es 200 Ärzt*innen mit einer besonderen Spezialisierung im Palliativbereich und 3600 Ärzt*innen mit Palliativdiplom. Die Vertreterin des ÖGKV führte aus, dass Pflegefälle aus dem ASVG ausgegliedert seien und keine Verrechnungsmöglichkeit mit den Kassen bestehe. Man müsse auch Anstrengungen in Rekrutierung und Ausbildung stecken, auch auf Seiten der Pflege. Der Vertreter der OPG strich hervor, dass auch in der akademischen Palliativmedizin eine prekäre Situation bestehe. Derzeit gebe es nur einen einzigen Lehrstuhl, an öffentlichen Universitäten habe sich dazu seit 15 Jahren nichts geändert.

Die Vertreterinnen der katholischen Kirche, der Diakonie und der Caritas betonten, dass ein Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizversorgung wichtig sei. Auch die ÖGHL trat für einen Ausbau der Palliativversorgung, insbesondere für den Aufbau von konfessionsfreien Einrichtungen, ein, meinte aber, dass die einzelne Person auch einen Rechtsanspruch gegen den Staat haben müsste, in die Lage versetzt zu werden, ihren selbstbestimmten und humanen Freitod umzusetzen. Dem Versuch einer Pathologisierung eines Freitodwunsches sei jedenfalls entschieden entgegenzutreten.

Breiter Konsens aller Wortmeldungen war, dass eine gut ausgebaute Palliativ- und Hospizversorgung den Wunsch nach frühzeitiger Beendigung des Lebens reduziere. Das wurde auch von den Vertretern der Suizidprävention bestätigt. Ein entsprechendes Leistungsangebot entlaste auch die Angehörigen und vermindere die Sorge, diesen zur Last zu fallen. Es sei ein österreichweites, wohnortnahes, öffentlich finanziertes und gut zugängliches Angebot erforderlich. Der Vertreter des Humanistischen Verbands vertrat die Meinung, dass säkular orientierte Menschen noch nicht ausreichend die Möglichkeit hätten, in nicht religiös organisierten Palliativ- und Hospizeinrichtungen unterzukommen. Der Vertreter der evangelischen Kirche meinte, palliative care werde zwar hauptsächlich von christlichen Organisationen unterstützt, aber unterschiedslos allen Personen unabhängig von der Religion angeboten und habe daher eine gesamtgesellschaftliche Ausrichtung. Auch in einer säkularen Gesellschaft sei Suizidprävention ein legitimes Ziel.

Die Patientenanwaltschaft forderte, durch palliative Konsiliarteams und Wissen bei den Ärzt*innen ein Bewusstsein zu schaffen, den Menschen die Angst und den Schmerz zu nehmen. Patientenverfügungen sollten gestärkt und niederschwelliger zugänglich gemacht werden, insbesondere durch den Vorsorgedialog. Der Vertreter von pro mente ergänzte, dass

Suizidgedanken stark aus der psychischen Situation resultierten, die auch an der finanziellen Situation hänge und auch an der Belastung der Angehörigen. Erst wenn diese Belastungsfaktoren nicht vorhanden seien, könnte man seiner Ansicht nach von einer freien Entscheidungsfindung sprechen. Der Vertreter der ÖÄK meinte, jedes Krankenhaus benötige ein klinisches Ethikboard, man müsse den Menschen die Angst vor Übertherapie nehmen. Prof. Beck ergänzte, es sei ein Umdenken der Mediziner*innen nötig, der in einen früheren Übergang von einer kurativen in eine palliative Medizin münde (Therapiezieländerung).

Viele Teilnehmer*innen meinten, der Wunsch des assistierten Suizids dürfe nicht auf strukturellen und organisatorischen Defiziten beruhen. Die Vertreter der Strafrechtswissenschaft wiesen darauf hin, dass die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs eine solche Bedingung nicht aufstelle: Die Strafflosigkeit der Hilfe zum Suizid trete mit Ende des Jahres ein, unabhängig von Änderungen im Palliativ- und Hospizbereich. Der Vertreter des Verfassungsdienstes rief in Erinnerung, dass aus dem Erkenntnis hervorgehe, dass es kein ausnahmsloses Verbot geben dürfe, dass die freie Selbstbestimmung durch aufgeklärte und informierte Willensbildung und dauerhafte Entscheidung gewährleistet werden müsse und dass der Gesetzgeber auch verpflichtet sei, Missbrauch zu verhindern. Der Ausbau des Zugangs zur Palliativmedizin werde im Erkenntnis auch im Zusammenhang mit mehreren exogenen Faktoren erwähnt. Der VfGH adressiere ganz deutlich den Gesetzgeber, sage aber auch, dass es sonstige Maßnahmen geben könne, um den Unterschieden in den Lebensbedingungen von Betroffenen entgegenzuwirken. Es werde insgesamt wohl nicht ohne gesetzliche Regelung gehen, weshalb es auch sinnvoll sein könne, palliativmedizinische Maßnahmen rechtlich abzusichern. Zudem wurde, unter anderem von Vertretern der Suizidprävention und der Vertreterin der katholischen Kirche, angemerkt, dass auch die psychotherapeutische Versorgung ausgebaut werden müsste.

Einige Teilnehmer*innen wiesen auch auf die von der parlamentarische Enquete „Würde am Ende des Lebens“¹ definierten Ziele und Maßnahmen hin, die umgesetzt werden müssten. Die Vorsitzende der Bioethikkommission erinnerte an die ausführliche Stellungnahme der Kommission aus dem Jahr 2015². Schwerpunktausbildung und Forschung sollten priorisiert und finanziell entsprechend ausgestattet werden.

¹ Der Bericht der parlamentarischen Enquete-Kommission ist hier abrufbar:

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/index.shtml

² Die Stellungnahme ist hier abrufbar:

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

TOP 2: Sicherstellung des freien und selbstbestimmten Willens

Der VfGH hat den Gesetzgeber aufgefordert, Sicherungsinstrumente zur Verhinderung von Missbrauch vorzusehen, damit die betroffene Person ihre Entscheidung zur Selbsttötung nicht unter dem Einfluss einer dritten Person fasst (VfGH am 11.12.2020 G 139/2019-71 Rz 70, 99). Der oder die helfende Dritte soll eine hinreichende Grundlage dafür haben, dass die sterbewillige Person tatsächlich eine auf freier Selbstbestimmung gegründete Entscheidung zur Selbsttötung gefasst hat (Rz 85).

- **Wie kann ein Verfahren geschaffen werden zur Sicherstellung, dass der Entschluss auf freier Selbstbestimmung beruht, ihm also ein aufgeklärter und informierter Willensentschluss zugrunde liegt, und dieser Entschluss dauerhaft ist?**

Zunächst befasste sich die Diskussion mit der Erkennbarkeit einer freien Willensentscheidung. Prof. Wendehorst führte aus, dass ein freier und selbstbestimmter Wille ihrer Ansicht nach jedenfalls dann ausgeschlossen werden könne, wenn jemand unter einem vorübergehenden und akuten depressiven Schub leide. Eine sehr häufige Fallgestaltung sei aber auch die autonome Antizipation von Fremdwünschen. Ältere Menschen hätten oft das Gefühl, dass sie keine Belastung für Angehörige und auch keine ökonomische Belastung sein wollten. Hier würden die Meinungen zur freien Selbstbestimmung sehr weit auseinandergehen. In einem solchen Fall sei es aber keine Entscheidung gegen das Leben, sondern für die Versorgung der Angehörigen.

Die Vertreter der Suizidprävention hielten die Frage nach der Dauerhaftigkeit des Wunsches für sehr relevant. Suizidwünsche entstünden immer in einem Netzwerk sozialer Beziehungen, die nicht außer Acht gelassen werden dürften. Es könne wichtig sein, Angehörige einzubeziehen, weil die Entscheidung der suizidwilligen Person auch Auswirkungen auf diese habe. Ebenso wichtig sei es, eine Enttabuisierung des Themas zu bewirken. Bei der Frage nach dem freien Willen sei auch zu bestimmen, was die belastenden Faktoren seien. Zudem müsste eine Möglichkeit bestehen, das psychische Grundleiden zu behandeln, damit ihrer Ansicht nach ein freies Leben und ein freier Wille überhaupt erst entstehen könne.

Die Strafrechtsexperten wiesen darauf hin, dass der VfGH grundsätzlich davon ausgehe, dass es einen freien Willen gebe. Eine der Patientenverfügung vergleichbare Dokumentation des Suizidwillens wäre für Grenzfälle als „Sicherheitsnetz“ für die Hilfe leistende Person sinnvoll, könne aber nicht die einzige Voraussetzung für eine straffreie Suizidassistenz sein.

Die Vertreterin der katholischen Kirche meinte, der freie Wille müsse unzweifelhaft vorliegen. Sobald Zweifel entstünden, dürfe keine Hilfe mehr geleistet werden. Willensmängel würden die Freiwilligkeit des Entschlusses ausschließen, darunter sei auch der Irrtum über die Motivationsgrundlage zu verstehen. Der Vertreter der ÖGHL meinte hingegen, dass zunächst grundsätzlich davon auszugehen sei, dass der vom Individuum geäußerte Freitodwunsch seinem freien Willen entspringe, und dabei nicht von vornherein von Entscheidungsunfähigkeit und Fremdbestimmung auszugehen sei, von der sich die suizidwillige Person „freibeweisen“ müsse. Erst wenn in einem Informationsgespräch belastbare Anhaltspunkte für eine Fremdbestimmung hervorkämen, müsse die Frage geprüft werden, ob es sich um einen freien Willensentschluss handle oder nicht. Prof. Wendehorst stimmte zu, dass man grundsätzlich von der Existenz des freien Willens ausgehen müsse. Daraus aber im Zweifel auf einen freien Willen zu schließen, gehe zu weit. Es könne viele Situationen der Unsicherheit geben, wo die Unsicherheit so schwer wiege, dass der Gesetzgeber doch eine Grenze ziehen müsse.

Dr. Kletečka-Pulker wies darauf hin, dass es auch ein „Recht auf Unvernunft“ gebe, wonach man jede lebensrettende Maßnahme ablehnen könne. Bei ALS-Patienten sei es zB sehr anerkannt, bestehende rechtliche Instrumente zu nutzen. Jene, die das nicht wollten, verspürten dennoch einen gewissen Druck. Es sei ganz entscheidend, die Autonomie sicherzustellen, dass hier kein Druck ausgeübt werde.

Der Vertreter des Humanistischen Verbands wies darauf hin, dass „freier Wille“ sehr stark von der Definition abhängig sei. So werde auch durch die Religion gewisser „Druck“ ausgeübt, weil die Kinder schon in der Schule durch den Religionsunterricht vorgeprägt seien, was später nicht mehr zu ändern sei. Am besten sei es, Angst bei der Erziehung zu vermeiden.

- **Sollen Aufklärungs- und/oder Beratungsgespräche durch Ärzt*innen und/oder Psycholog*innen eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme des assistierten Suizids sein?**

Dass es ein Aufklärungsgespräch und bei kranken Personen eine Beratung über medizinische Alternativen geben sollte, war weitgehend unstrittig. Im Laufe der Debatte stellte sich auch heraus, dass sich die meisten Teilnehmer*innen eine Aufklärung durch einen Arzt/eine Ärztin sehr gut vorstellen können, insbesondere dann, wenn der Todeswunsch aus einem körperlichen Leiden resultiert.

Unterschiedliche Ansichten bestanden darin, ob eine einmalige Aufklärung über Alternativen ausreichen soll, oder eine darüberhinausgehende Beratung, die als längerer Prozess ausgestaltet werden könnte, notwendig oder sogar verpflichtend sein soll. Dieser Aspekt wurde auch unter TOP 6 diskutiert (siehe die Diskussionsergebnisse dort). Manche Teilnehmer*innen meinten, dass eine mehrfache und prozesshafte „Begutachtung“ notwendig sei, um den freien Willen zu erforschen; diese Forderung wurde an unterschiedlichen Stellen erhoben.

Die Vertreterin der Caritas wies darauf hin, dass der Ausbau von Palliativ- und Hospizangeboten in der Willensentscheidung ein klares alternatives Angebot schaffe, um ein würdevolles und schmerzfreies Sterben zu ermöglichen. Die Kompetenz derartiger Einrichtungen und Angebote könne genutzt werden, um die Nachhaltigkeit des Wunsches zu einem assistierten Suizid zu prüfen und diese sicherzustellen. Die Vertreterin des Behindertenrates fragte, was Menschen dazu bringe, dass sie nicht mehr leben wollten. Wenn man genau hinhöre, dann wollten sie nicht mehr „so“ leben. Dieses Wort „so“ sei sehr wichtig, wenn es um den freien Willen geht. Denn das mache den Unterschied zwischen einer Selbstbestimmung und einer Zwangslage aus. Die Menschen wollten den Angehörigen nicht zur Last fallen, die Alternative wäre eine suboptimale Pflegebetreuung. Diese Optionen seien keine akzeptablen Wahlmöglichkeiten und daher auch keine Grundlage für eine freie Willensentscheidung. Für eine selbstbestimmte Willensentscheidung am Lebensende sei bedeutend, vorher ein selbstbestimmtes Leben in Würde zu haben. Wenn man kein Recht auf persönliche Assistenz zu Lebzeiten habe, dann könne nicht von einem Recht auf einen selbstbestimmten Tod gesprochen werden. Dem pflichtete die Vertreterin der katholischen Kirche bei: Aus ihrer Sicht sei es viel einfacher, jemanden zu finden, der einem Menschen ein Suizidpräparat besorge, als jemanden, der ihn tagtäglich, jahrelang und womöglich noch kostenlos dabei assistiere, sein Leben zu leben.

- **Soll der Entschluss zur Inanspruchnahme assistierten Suizids zu Beweis Zwecken von einer dritten Person (in Frage kommen zB jene Personen, die mit der Errichtung einer Patientenverfügung betraut sind, Rechtsanwält*innen, Notar*innen, Ärzt*innen, bestimmte Vereine) dokumentiert werden müssen?**
- **Soll diese Person auch die Entscheidungsfähigkeit beurteilen und dokumentieren?**

Im Allgemeinen wurde die Idee, nach dem Muster des Patientenverfügung-Gesetzes (PatVG) nach einer ärztlichen Aufklärung und einer Wartefrist (siehe dazu gleich) eine Dokumentation durch Rechtsanwält*innen oder Notar*innen vorzunehmen, positiv aufgenommen. Der Vertreter der Notariatskammer meinte, dass sich die Beiziehung neutraler Jurist*innen bei der Patientenverfügung sehr bewährt habe; sie liege auch in den Kernaufgaben des Notarberufs (Identitätsfeststellung, Willensfeststellung, Beurkundung, Festhalten der Umstände, Vermeidung eines Interessenskonflikts, Ausschluss von Personen, Verhinderung von Missbrauch). Die Entscheidungsfähigkeit sei unter Beiziehung eines/r fachlich geeigneten Arztes/Ärztin zu dokumentieren. Das sicherste Instrument der Rechtsordnung sei der Notariatsakt unter Beiziehung eines/r fachlich geeigneten Arztes/Ärztin. Auch der Vertreter der Rechtsanwält*innen meinte, dass das Patientenverfügung-Gesetz beispielgebend sein könne. Ärztliche Aufklärung sei ein unverzichtbares Element, aber fundierte Rechtsberatung durch Rechtsberufe sei ebenso unverzichtbar. Es gehe durchaus um rechtliche Themen wie um Widerruf, Befristung, das Thema der so genannten Wartefrist. Es sei allerdings nicht notwendig, diese Beratung in Form eines Notariatsaktes zu dokumentieren, auch Anwält*innen könnten diese Dokumentation vornehmen. Die ÖGHL betonte neben der ärztlichen Aufklärung auch die Bedeutung der Dokumentation der Entscheidungsfähigkeit vor allem durch Jurist*innen.

Der Vertreter der evangelischen Kirche wies darauf hin, dass es seiner Meinung nach einen wesentlichen Unterschied zur Patientenverfügung gebe: Die Patientenverfügung sei als antizipierte Ablehnung einer Behandlung an Mediziner gerichtet. Die Suizidhilfe müsse hingegen nicht durch Ärzt*innen geleistet werden. Diese kämen zwar am ehesten dafür in Frage, die Einsichts- und Urteilsfähigkeit festzustellen, aber wie sei das, wenn jemand beim Suizid keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen wolle. Er sehe einen Konflikt mit der freien Selbstbestimmung. Wichtig sei auch die Frage, wer die Feststellung vornehmen solle und welche Konsequenzen für den Arztberuf und für die Medizinethik damit verbunden seien.

Dr. Kletečka-Pulker präsentierte eine aktuelle repräsentative Studie des Ludwig Boltzmann Instituts, nach der sich zwei Drittel der Befragten eine Beratung bzw. Begleitung durch Ärzt*innen/Psycholog*innen gewünscht hätten. Gerade wenn es um das Sterben gehe, gehe es um den Körper und dessen Funktionen, auch zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit. Es bedürfe vielleicht auch eines Termins bei einem/r Palliativmediziner/in, weil die Angst vor Schmerzen und die Angst, den Tod nicht selbst gestalten zu können, sehr wichtige Punkte seien. Sinnvoll wäre ein Gespräch zur Erkrankung bei einem/r Arzt/Ärztin und ein zweiter Termin bei einem/r Psychologen/Psychologin bzw. Psychiater/Psychiaterin, der/die sich die ganze Situation anschau, weil diese Gruppen die größte Erfahrung hätten.

Die Vertreterin der Diakonie hielt zwei Schritte für erforderlich: Beratung mit dem Ziel, die Entscheidungsfindung der Person mit Sterbewunsch zu unterstützen, und alle Alternativen aufzuzeigen in Form einer Beratung in einem interdisziplinären Konsil mit mindestens zwei Personen (ein/e Palliativmediziner/in und zusätzliche Person[en]). Dessen genaue Zusammensetzung hänge von der konkreten Situation der sterbewilligen Person ab. Ideal wären zwei Termine mit ausreichend Zeit dazwischen, damit man nachdenken könne. Davon zu unterscheiden sei die Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit und der freien Willensbildung durch eine weitere Person, zB eine/n Psychologen/in mit oder auch ohne notarielle Unterstützung. Auch die Vertreterin der Caritas sprach von einer Beratung/Aufklärung und einer anschließenden Begutachtung mit multiprofessionellem Blick. Ein/e Facharzt/Fachärztin, der/die die Grunderkrankung kenne, aber auch ein psychiatrisches Gespräch wären hilfreich, eventuell auch die Beiziehung von Angehörigen anderer Berufsgruppen. Weder eine prüfende noch eine beratende Person dürfe gleichzeitig auch die letztendlich Suizidhilfe leistende Person sein. Auch der Vertreter einer Kriseninterventionseinrichtung (ÖGS) hielt ein mehrstufiges Vorgehen (psychosozialer, medizinischer Prozess der Begleitung der Person) für angebracht. Dabei könne auch die Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll sein, wenn die betroffene Person das wünsche. Der Vertreter der evangelischen Kirche meinte, es bräuchte eine Lösung, die den Schutzinteressen Rechnung trage, aber auch nicht überschießend sei, sodass sie wieder verfassungswidrig sei.

Der Vertreter der Ärztekammer sprach sich dagegen aus, dass bei der Aufklärung immer ein Vertreter der Palliativmedizin dabei sein müsse. Man müsse das trennen, weil die Palliativmedizin nicht nur das Sterben betreffe. Darüber hinaus dürfe kein Arzt und keine Ärztin zu einer Aufklärung verpflichtet werden. Die Vorsitzende der Bioethikkommission sprach sich gegen eine Ethikkommission oder ein Konsil aus, das aus vielen Menschen mit ganz anderen Überzeugungen gebildet werde – es müsse subtilere Möglichkeiten geben, den Willen der einzelnen Person zu dokumentieren und psychische Störungen auszuschließen. Auch Prof. Boer warnte vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Niederlanden vor einer zu detaillierten staatlichen Regelung. Es gäbe in den Niederlanden 45 Prüfungskommissionsmitglieder, viele Sekretär*innen und einige Millionen Euro an Budget, und entgegen den ursprünglichen Intentionen sei Sterbehilfe nun gewissermaßen eine Aufgabe des Staates. Je detaillierter die staatliche Reglementierung sei, desto mehr werde der Eindruck erweckt, dass der Staat eine positive Einstellung dazu habe. Es würde der Autonomie der individuellen Bürger*innen dienen, wenn der Staat die Vorkehrungen nicht allzu detailliert gestalte.

Der Vertreter des Humanistischen Verbands sprach sich für zwei Termine aus, und dazwischen sollte eine Frist von zwei Wochen liegen. In jeder Phase dieser Prozedur solle der/die

Patient/in natürlich seine/ihre Meinung ändern und zurückziehen können. Das gelte auch für die Ärzt*innen. Über das Thema humanes Sterben müsse überhaupt einmal diskutiert werden, was ja bisher unterbunden worden sei. Sterben sei ein wesentlicher Teil unseres Lebens und darüber müsste man mehr reden. Richtig wäre ein kontrollierter, aber unbürokratischer Zugang. Das könne auch so sein wie in der Schweiz, wo sich die entsprechenden Institutionen ihre Regeln selbst geschaffen hätten.

Der Vertreter der ÖGHL meinte, dass man den sterbewilligen Personen nicht unberechtigte und unzumutbare (bürokratische) Hindernisse auferlegen sollte. Beratung sollte stattfinden im Sinne der notwendigen Informationen und der bestehenden Alternativen, insbesondere hinsichtlich einer guten palliativmedizinischen Unterstützung, aber nicht durch aufgeblähte Kommissionen und Konsile, die letztlich nicht das Ziel hätten, das Individuum aufzuklären, sondern seinen freien Willensentschluss zu einem Freitod zu vereiteln.

- **Soll für die Sicherstellung des dauerhaften Entschlusses eine Frist vorgesehen werden?**

Alle Diskutant*innen waren sich einig, dass es mindestens zwei Termine geben sollte, und eine ausreichende Frist dazwischen vorgesehen werden sollte. Der Vertreter des Dachverbandes Hospiz berichtete, dass sich bei den meisten Menschen der Sterbewunsch nach der Erfahrung der Zuwendung, des Angenommen-Seins und der Linderung in das Gegenteil verkehre. Deshalb sei es wichtig, eine Stillhaltefrist einzubauen und Zeit zu schaffen. Und es sei wichtig, eine prospektive und eine retroprospektive Dokumentation vorzusehen und zwischen diesen Maßnahmen zu unterscheiden. Die Vertreter der Suizidprävention hielten zwei Wochen für zu kurz, meistens werden es zwei bis drei Monate sein müssen, wobei bei den meisten Menschen die Wünsche dann auch wieder abklängen. Bei todkranken Menschen unmittelbar vor dem Lebensende könnte eine andere Frist notwendig sein: Unmittelbar vor dem Lebensende müsse rasch Hilfestellung und Entscheidungshilfe geleistet werden.

Die ÖGHL sprach sich für eine variable Wartefrist unter Berücksichtigung der individuellen Situation aus. Bei Patient*innen, bei denen die Palliativmedizin ihre Grenzen erreiche, und denen man nicht wirksam helfen könne (mutmaßlich ca. 10 % aller Fälle), reiche als zumutbare Wartefrist auch ein Tag aus. Einer gesunden Person, die einen rationalen Bilanzsuizid durchführen will, könnte man eine Frist von zwei Monaten bis zwölf Wochen auferlegen. Auch die ÖGHL wolle, dass ausschließlich freiverantwortliche, informierte, wohlerrungene und dauerhafte Freitodentscheidungen zur Umsetzung gelangten.

- **Soll der Entschluss „auf Vorrat“ gefasst werden können und eine bestimmte Geltungsdauer haben?**

Die Vertreterin der Diakonie verwies auf Beobachtungen in Oregon, wonach nur zwei Drittel der Personen, für die ein Rezept ausgestellt worden sei, auch tatsächlich das letale Mittel einnahmen. Zwischen der Zurverfügungstellung des Mittels und der tatsächlichen Inanspruchnahme entscheide sich also noch eine große Anzahl von Personen gegen einen Suizid. Die Frage stelle sich, ob ein Zeitablauf der Berechtigung nicht Druck ausüben könnte, weil man sich denke, dass man das Beratungs-Prozedere nochmal durchlaufen müsse. Das könne auch Druck darauf erzeugen, den Suizid durchzuführen, der sonst gar nicht erfolgen würde.

Prof. Wendehorst gab zu bedenken, dass man sicherstellen müsste, dass das letale Mittel nicht in falsche Hände gerate. Auch dürfte niemandem nach Verlust der Entscheidungsfähigkeit das Mittel verabreicht werden. Auch der Vertreter der Ärztekammer sprach sich gegen eine lange Geltungsdauer der Erklärung aus. Es müsse jeder Fall nachvollziehbar sein und dokumentiert werden, jeder Fall gehöre dann retrospektiv von einem Gremium analysiert.

Die ÖGHL meinte, dass das Natrium-Pentobarbital der sterbewilligen Person erst im letzten Moment zur Verfügung gestellt werden sollte, sodass es keiner Aufbewahrungszeit bedürfe – es sollte dann unmittelbar verwendet oder zurückgegeben werden.

Prof. Birklbauer führte aus, dass jede Person, die ein letales Präparat besitze, verpflichtet sei, es sicher zu verwahren. Wenn ein Präparat auf Vorrat überlassen worden sei, bedeute dies, dass jede unterstützende Person situationsbezogen handeln müsse. Wenn sie merke, dass sich etwas am Entschluss zur Selbsttötung geändert habe, könnte sie auch künftig wegen Fremdtötung strafrechtlich verfolgt werden, wenn sie Unterstützung leiste bzw. den Suizid nicht verhindere. Man könne das Überlassen eines Präparats zum Suizid nicht an formalen Kriterien wie einem bestimmten Zeitraum festmachen, innerhalb dessen jedenfalls eine Straffreiheit bestehe.

Die Vorsitzende der Bioethikkommission wies auf den Fall einer MS-Patientin hin, die selbstbestimmt agieren wolle, aber wegen des bisherigen Verbots des assistierten Suizids ihren Todeszeitpunkt nicht auf einen späteren Zeitpunkt verlegen könne, weil es ihr dann körperlich nicht mehr möglich sein würde. Für sie sei die Möglichkeit einer Assistenz nun eine Op-

tion für die Zukunft. Viele Menschen würden allein diese Sicherheit als Leitmotiv der Autonomie sehen, quasi als „Lebensversicherung“. Das würden auch die Daten aus Oregon zeigen. Hoffnung für diese Einzelnen entstehe auch dadurch, dass Patient*innen die Selbsttötung später mit Hilfe einer dritten Person potentiell vornehmen könnten. Es gebe aber auch Daten darüber, dass 2% aller im Sterbeprozess befindlichen Menschen ein unerträgliches Leid (*unbearable suffering*) spürten, wo Schmerzstillung nicht das Thema sei, sondern die Autonomie, dieses unerträgliche Leid zu beenden.

TOP 3: Wer darf Sterbehilfe in Anspruch nehmen?

Jede (volljährige) entscheidungsfähige Person? Alle unheilbar kranken Personen? Psychisch kranke Personen? Nur todkranke Personen? Wie weit wäre eine Einschränkung verfassungskonform?

Verschiedene Ansichten gab es bei der Frage, ob man es nur (tod-)kranken Personen ermöglichen sollte, eine Hilfeleistung beim Suizid in Anspruch zu nehmen. In der Literatur gibt es unterschiedliche Ansichten darüber, ob eine solche Einschränkung auf todkranke Menschen verfassungskonform ist. Prof. Fremuth und Prof. Gamper³ halten das nicht mit der Entscheidung des VfGH für vereinbar. Auch Prof. Schmoller⁴ kann aus der Entscheidung keine solche Möglichkeit der Einschränkung ableiten, er hält aber eine Beschränkung „in der Regel“ („insbesondere“) auf Menschen für möglich, die in einer terminalen Lage seien, da man diesfalls die temporäre Autonomie ausschließen könne, da das bevorstehende Lebensende absehbar wäre. Burda⁵ schreibt, dass der VfGH vor allem Personen vor Augen gehabt habe, die an einer schweren Krankheit litten; sie hält daher eine Einschränkung für

³ JBI 2021, 137 (145: „Wenn der VfGH nämlich schon der Meinung ist, dass es ein 'Recht auf freie Selbstbestimmung' und ein 'Recht auf ein menschenwürdiges Sterben' gibt, weil dies in Freiheit und Gleichheit der Menschen begründet sei, die selbst entscheiden könnten, 'ob und aus welchen Gründen [... sie ihr] Leben in Würde beenden' wollen, dann müsste dies an sich für alle Suizidwilligen gelten gleich, aus welchen Gründen diese ihr Leben beenden wollen.“).

⁴ JBI 2021, 147 (148: „Der VfGH und das BVerfG formulieren den Vorrang der Autonomie des Einzelnen gegenüber dem Lebensschutz damit nicht nur für schwerkranke, leidende Patienten am Ende ihres Lebens, sondern prinzipiell für alle Fälle eines Selbstmordentschlusses, unabhängig von der Situation und dem Motiv des Betroffenen.“).

⁵ ÖJZ 2021, 220 (222: „ME können die Aussagen des VfGH zur inhaltlichen Reichweite des durch ihn festgestellten Rechts auf selbstbestimmtes Sterben allerdings so interpretiert werden, dass der assistierte Suizid eben nicht in jedem Fall eines selbstbestimmt gefassten Selbsttötungsentschlusses zuzulassen ist [...]“).

zulässig; die beiden letztgenannten Stimmen sprachen sich zudem auch für eine Gleichbehandlung bei der Tötung auf Verlangen aus, die in diesem Forum ja nicht diskutiert wird.

Die Strafrechtsexperten vertraten die Auffassung, dass der VfGH den Schutz des Lebens erst dann ins Treffen geführt habe, wenn der freie Wille in Frage stehe. Wenn jemand sage, dass er nicht mehr leben wolle, aus welchen Gründen auch immer, dann sei der Wille zu respektieren, und dann dürfe der Staat unter dem Vorwand des Schutzes des Lebens nicht eingreifen. Es dürfe bei der gesamten Diskussion nicht um die Frage gehen, wer Suizid begehen dürfe. Eine Entscheidung darüber stehe der Gesellschaft nicht zu und auch der VfGH erlaube diese Frage nicht: Der VfGH finde sehr klare Worte, dass es bei der Hilfeleistung nicht um eine Abwägung zwischen dem Schutz des Lebens der suizidwilligen Person und deren Selbstbestimmungsrecht gehe („*Es ist im Ansatz verfehlt...*“). Suizidwillige Personen, die hinreichend selbstbestimmt entscheiden könnten, stehe dieses Grundrecht zu. Diese Ansicht wurde auch von der ÖGHL vertreten: Eine Einschränkung auf bestimmte Suizidgründe wäre eine nicht hinnehmbare Diskriminierung aller anderen nicht todkranken, entscheidungsfähigen Personen. Die ÖGHL weist insbesondere darauf hin, dass das deutsche Bundesverfassungsgericht eine solche Einschränkung für verfassungswidrig halte.⁶

Der Verfassungsdienst führte aus, dass die Schranken des neu geschaffenen Grundrechts auf freie Selbstbestimmung nicht konturiert seien. Es sei davon auszugehen, dass das Recht auf freie Selbstbestimmung grundsätzlich jedem zukomme („Jedermanns-Recht“). Klar sei aber auch, dass es nicht schrankenlos gelte, weil das viele andere Rechte massiv einschränken würde. Eine Einschränkungsmöglichkeit ergebe sich schon aus dem Auftrag des VfGH, vulnerable Gruppen zu schützen und die Missbrauchsgefahr einzuschränken. Der Verfassungsdienst wies auch auf den Aufsatz von Prof. Pöschl⁷ hin, die ebenfalls andeute, dass eine Differenzierung zwischen schwer kranken und sonstigen Personen zulässig sein könne. Die Ausführungen des deutschen BVerfG seien nicht maßgeblich, weil diese sich auf Art. 1 und 2 des deutschen Grundgesetzes stützten; beide Grundrechte gebe es in dieser Form in der österreichischen Bundesverfassung nicht. Der Vertreter der Rechtsanwaltschaft brachte

⁶ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 u. a., Rz 340: „*Aufgrund der verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechts auf Selbsttötung, welche die einem individuellen Suizidentschluss zugrundeliegenden Motive einschließt und diese damit einer Beurteilung nach Maßstäben objektiver Vernünftigkeit entzieht (vgl. Rn. 210), verbietet es sich aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren oder tödlich verlaufenden Krankheit abhängig zu machen.*“

⁷ EuGRZ 2021, 12.

den Begriff der „Grundrechtsmündigkeit“ ins Spiel, der eine Beschränkbarkeit wegen Beschränkung der Entscheidungsfähigkeit erlaube. Auch er hielt eine Differenzierung nach Personengruppen für möglich, wenn sie sachlich gerechtfertigt sei.

Prof. Wendehorst sprach sich gegen eine Einschränkung auf bestimmte Personengruppen aus, es dürfe auch keine staatliche Bewertung von Motiven stattfinden. Es brauche aber einen Missbrauchsschutz. Es gebe sehr wohl Fallgruppen, in denen die Missbrauchsgefahr so unkalkulierbar hoch und es unmöglich sei, Autonomie von Fremdbestimmung abzugrenzen, dass es die Schutzpflicht gegenüber vulnerablen Personen gebiete, Grenzen einzuziehen.

Der Vertreter der israelitischen Religionsgesellschaft fragte, wer denn für einen assistierten Suizid in Frage komme: Schwer kranke Personen seien oft nicht entscheidungsfähig, und gesunde Menschen bedürften ohnehin keiner Hilfe beim Suizid. Der Vertreter der ÖGHL erläuterte, dass es in Österreich keine legale Möglichkeit gebe, Natrium-Pentobarbital zu erwerben. Dadurch seien Freitodwillige gezwungen, sich verfrüht (also zu einem Zeitpunkt, in dem sie noch alleine handlungsfähig sind) auf drastische Weise (die in manchen Fällen unbeteiligte Dritte schädige) das Leben zu nehmen, etwa indem sie sich vor einen Zug werfen würden. Es bedürfe einer legalen Möglichkeit, dass eine sterbewillige Person sich das Medikament besorgen könne. Es gehe um Beruhigung/Hoffnung/Lebensmut, der gegeben werde, und zwar nicht erst mit der Überreichung des tödlichen Mittels, sondern bereits mit der Gewissheit, das Mittel jederzeit erhalten zu können, wenn es denn wirklich gebraucht werde.

Die Vorsitzende der Bioethikkommission wies darauf hin, dass in der seinerzeitigen Stellungnahme aus dem Jahr 2015 die Beschränkung auf unheilbar Kranke mit begrenzter Lebenserwartung vorgeschlagen gewesen sei. Nach wie vor sei die größte Gruppe der Menschen, die einen assistierten Suizid überlegten, körperlich schwerstkranke Menschen mit begrenzter Lebenserwartung. Zwei Gruppen müssten unterschieden werden, nämlich einerseits einsame, pflegebedürftige Menschen mit Angst vor Unterversorgung und Übertherapie, etwa in Pflegeheimen, und andererseits Personen ohne somatische oder psychische Erkrankung und mit unterschiedlichsten Gründen für einen Sterbewunsch (zB wie bei Borasio⁸ geschildert Menschen mit „Lebenssattheit“). Es sei in jeden Fall wichtig, dass ein/e

⁸ Gian Domenico Borasio, selbst bestimmt sterben, Verlag C.H.BECK (2014).

Arzt/Ärztin hier einbezogen werde, unter Umständen auch mit Zusatzausbildung Psychotherapie. Ärzt*innen seien befähigt, Alternativen aufzuzählen, sie kennten sich auch mit der Substanz aus. Nur so könne man ein Maximum an Sicherheit mit geringem Druck von außen garantieren.

Dr. Kletečka-Pulker und die Vertreterin des Seniorenrats sprachen sich für eine Beschränkung auf schwer kranke Personen aus. Die Vertreterin der Diakonie plädierte für eine Beschränkung auf die terminale Lebensphase (so auch die Vertreterinnen der Patienten-anwaltschaft, der katholischen Kirche und der buddhistischen Religionsgesellschaft). Es solle aber kein Zeitrahmen sein, sondern der Tod sollte absehbar sein müssen. Eine Begründung für ihre restriktive Haltung liege auch in der Sorge, dass sonst auf Menschen mit Behinderung ein zu großer Druck ausgeübt werde, in der terminalen Phase seien alle gleich. Die Vertreterin der katholischen Kirche ergänzte, dass damit auch eine Bewertung vermieden werden könne, welches Leid „erträglich“ und welches „unerträglich“ sei. Der Vertreter der Palliativmedizin gab zu bedenken, dass die zeitliche Lebensspanne in der terminalen Phase praktisch nicht vorhersehbar sei. Man könnte die Situation mit dem Performance-Status beschreiben, also nach den Fähigkeiten, zu denen Menschen noch im Stande seien (Aufstehen, tägliches Leben, ...). Solche Funktionsdiagnosen gebe es für jede Erkrankung, damit könne man sehr gut charakterisieren, wie nahe Menschen am Tod sind. Die Vertreterin des Österreichischen Behindertenrats stand solchen Funktionsdiagnosen allerdings sehr skeptisch gegenüber, sie würden zu einer Diskriminierung stark bewegungseingeschränkter Menschen mit Behinderung führen. Sie erinnerte außerdem daran, dass Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrer Konfession sehr große Bedenken zum assistierten Suizid hätten. Ein solcher Schritt könnte ihrer Ansicht nach in weiterer Folge so weit führen, dass man mit einer Behinderung und einer schweren Erkrankung gefragt werde, ob man mit einem solchen Leben überhaupt noch leben möchte und das Leben noch lebenswert sei.

Die Vorsitzende des Monitoringausschusses warnte davor, sich auf Diagnosen festzulegen, insbesondere wenn es um Diagnosen der Behinderung gehe. Das sei nicht vereinbar mit der UN-Behindertenrechtskonvention.

Der Vertreter der ÖGHL warnte davor, zu versuchen, über den „Schutz der Autonomie“ die Autonomie des Individuums auszuhebeln. Es gebe nicht nur „Missbrauch“ in Richtung Bestärkung des Suizidwunsches, sondern auch den umgekehrten Missbrauch: Die Fremdbestimmung über vulnerable Personen durch den paternalistischen Alltag in vielen Krankenhäusern, Pflegeheimen, aber auch Hospizen, wo Pflegepersonal, Ärzt*innen und Kranken-

hausseelsorge vereint die Autonomie des Individuums nicht respektierten, sich darüber hinwegsetzten und intensiv versuchten, Menschen ihre Überlegungen hinsichtlich Freitod auszureden. Mitunter werde sogar mit der Einweisung in die Psychiatrie gedroht. Es müsse auch der Missbrauch in Richtung unerwünschte Lebensverlängerung verhindert werden.

Weitgehend Einigkeit bestand in der Frage, dass Entscheidungsfähigkeit Voraussetzung sein sollte, dass also eine Autonomie beschränkende psychische Erkrankung (wie zB eine Depression) ein Ausschlusskriterium sein sollte. Es bestehe auch keine Gefahr, dass die Assistenz bei einer nicht entscheidungsfähigen Person nicht geahndet werde: Prof. Birklbauer bekräftigte, dass die Unterstützung einer demenzkranken Person, die nicht entscheidungsfähig sei, bei der Selbsttötungshandlung derzeit und auch in Zukunft ein Fremdtötungsdelikt wäre.

Auch ging die überwiegende Meinung dorthin, keine Vertretung in der Entscheidung zuzulassen und die Entscheidung zum assistierten Suizid als höchstpersönliche Entscheidung anzusehen.

Zur Frage, ob auch Minderjährigen die Möglichkeit einer Inanspruchnahme von Hilfe beim Suizid ermöglicht werden sollte, wünschten sich die meisten Diskutant*innen einen Ausschluss. Allerdings konnten sich die Vertreter der ÖGHL und des Humanistischen Verbands unter bestimmten Voraussetzungen (schweres Leiden, Einwilligung der Eltern/Erziehungsberechtigten) auch Hilfe für entscheidungsfähige Minderjährige vorstellen. Manche Teilnehmer*innen wollten die Altersgrenze erst mit 25 Jahren ziehen (analog zur Sterilisation). Der Vertreter der Strafrechtssektion wies darauf hin, dass zwar in § 90 Abs. 2 StGB eine Altersgrenze von 25 Jahren geregelt sei, was aber nur bedeute, dass die Sterilisation ab 25 Jahren ohne Weiteres möglich sei. Zwischen 18 und 25 Jahren dürfe sie nicht „den guten Sitten widersprechen“. Bis 18 Jahre schiebe das Zivilrecht einen Riegel vor, weil nicht wirksam in eine Sterilisation eingewilligt werden kann. Ganz allgemein seien in den letzten Jahren Tendenzen festzustellen, die Entscheidungsfähigkeit in größerem Umfang anzunehmen, als dies früher der Fall gewesen sei. Dazu sei etwa auf das Erwachsenenschutzrecht im Vergleich zum früheren Sachwalterrecht zu verweisen. Der Vertreter der Suizidprävention meinte, bei der Regelung der Altersgrenze müssten auch mögliche „Suizidcluster“ bedacht werden. So sei eine Reihe an Suiziden junger Mädchen/Frauen durch die Netflix-Serie „Tote Mädchen lügen nicht“ bewirkt worden. Der Vertreter des Humanistischen Verbands gab zu bedenken, dass es auch Fälle von Minderjährigen gebe, die unter unerträglichen Schmerzen litten und sterben wollten. Seiner Ansicht nach müsste auch hier das Motiv sein, Leiden zu

vermeiden. Der Vertreter der evangelischen Kirche wies darauf hin, dass der VfGH vom „Patienten“ spreche, anders als das deutsche Bundesverfassungsgericht. Das Patientenverfügung-Gesetz sei wiederum so ausgelegt, dass es nicht nur auf die Terminalphase beschränkt sei; es sehe sehr weitreichende Möglichkeiten zum Therapieabbruch im Vorhinein vor. Es stelle sich die Frage, inwieweit es möglich sei, im Bereich der Suizidassistenz stärkere Restriktionen vorzunehmen als im PatVG. Eine Beschränkung auf Volljährige würde er, wenn das rechtlich möglich sei, unterstützen. Beim PatVG sei es allerdings so, dass es auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit abstelle, die im Zweifel mit 14 Jahren gegeben sei. Es stelle sich die Frage, ob Beschränkungen denkbar seien, die im PatVG für Jugendliche nicht vorgenommen worden seien. Wenn eine legislative Lösung für die Suizidbeihilfe komme, die erheblich restriktiver sei als das PatVG, so könnte es am Ende darauf hinauslaufen, dass man die Verfassungsgemäßheit des PatVG zur Diskussion stelle. Dagegen hege er große Sorge, denn den erreichten Stand sollte man nachträglich nicht mehr in Frage stellen.

Der Vertreter des Dachverbands Hospiz trat zusätzlich dafür ein, als Voraussetzung einen österreichischen Hauptwohnsitz vorzusehen, um einem „Sterbe-Tourismus“ vorzubeugen.

TOP 4: Wie darf Sterbehilfe geleistet werden?

Auf jede Art, die vom Willen des Sterbewilligen getragen ist? Durch im Gesetz aufgezählte Methoden? Nur durch die Verschaffung und/oder Hilfe bei der Verabreichung eines bestimmten letalen Präparates? Wie weit wäre eine Einschränkung verfassungskonform?

Sollen auch nach der Neuregelung illegale Beihilfeleistungen sanktioniert werden und wenn ja, wie?

Alle Diskutant*innen traten für einen strukturierten Prozess ein, der letztlich in die Beschaffung eines letalen Präparats münde. Auch der Vertreter der ÖGHL plädierte für ein sanftes, sicheres und zivilisiertes Sterben mittels Natrium-Pentobarbital, das auch die Möglichkeit, sich von seinen Angehörigen zu verabschieden, eröffne. Es gab zudem verschiedene Ansichten darüber, wie mit Tätigkeiten, die außerhalb dieses strukturierten Prozesses ausgeübt würden, in Zukunft strafrechtlich umgegangen werden sollte.

Prof. Birklbauer und der Vertreter der Strafrechtssektion waren der Ansicht, dass es einer Neuregelung im Strafrecht nicht bedürfe. Wenn die suizidwillige Person im Zeitpunkt der Hilfeleistung nicht entscheidungsfähig sei, dann liege auch nach dem 1.1.2022 keine Hilfe

zur Selbsttötung, sondern eine Fremdtötung vor. Das bloße Nichteinhalten eines vorgesehenen Prozederes werde auch in Zukunft die Gefahr bergen, dass die Unterstützungshandlung einer externen kritischen Analyse durch die Strafgerichte unterzogen werde, solle aber nicht schon per se zur Strafbarkeit führen. Es sei gleichsam nur ein Auffangnetz, auf das man sich zurückziehen könne, aber nicht müsse. In Deutschland habe es seit 1945 kein Verbot der Suizidassistenten gegeben. In der Schweiz, deren Rechtslage am ehesten vergleichbar sei mit Österreich, kenne man zwar das Verbot zum assistierten Suizid, aber mit der Einschränkung, dass dies „aus selbstsüchtigen Beweggründen“ passieren müsse. Das bloße Begleiten oder das Verschreiben von Medikamenten sei straflos, wenn nicht diese Motive vorlägen. Eine derartige Entlastung der Angehörigen sollte in Österreich jedenfalls eine Rolle spielen.

Der Verfassungsdienst hingegen hielt eine Verknüpfung zwischen dem Strafrecht und jenen zivilrechtlichen Bestimmungen, die notwendig sein würden, um dem VfGH-Erkenntnis zu entsprechen, für wünschenswert.

Die Vertreterin der katholischen Kirche und der Vertreter der Hospizbewegung sprachen sich dafür aus, dass alles außerhalb des strukturierten Prozesses sanktioniert sein sollte. Außerdem sollte die Person, die Suizidassistenten leiste, auch für die Kontrolle und Dokumentation der Daten verantwortlich sein, die für eine Kontrollierbarkeit der Umstände notwendig seien. Es reiche außerdem nicht, von einem Indiz der Selbstbestimmungsfähigkeit im Zweifel auszugehen, vielmehr müsse diese unzweifelhaft vorliegen. Die „begleitende Person“, die nicht mitwirke, sondern einfach nur da sei, sollte nach Ansicht des Vertreters der Hospizbewegung straflos bleiben. Die Beweislast dafür, dass alle Prozesse und Maßnahmen erfolgt sind, solle bei der assistierenden Person liegen. Diese Person sollte auch zuständig sein für die retrospektive Dokumentation, zB Filmen während des Suizids oder die Meldung des Todes. Auch der Vertreter der Rechtsanwaltschaft gab zu bedenken, dass ein vollständiger Wegfall der Strafbarkeit zu einer *lex imperfecta* (in Bezug auf das allenfalls dahinterstehende Regelwerk) führen würde.

Prof. Birklbauer wies darauf hin, dass bei einer Verknüpfung von straffreier Suizidassistenten mit einem strengen Prozedere womöglich der Beistand, weil man jemanden in die Schweiz begleite oder das Zugticket dafür besorge, weiterhin strafbar wäre. Auch das Unterlassen der Suizidverhinderung, wenn eine Handlungspflicht bestehe, wie etwa bei nahen Angehörigen oder Ärzt*innen, könne einen Beitrag darstellen. Eine Handlungsverpflichtung könne freilich nicht so weit gehen, die/den suizidwillige/n Angehörige/n im Zimmer einzusperren, damit sie/er den Zug in die Schweiz nicht nehmen könne. Wenn man die Strafbarkeit der

Suizidassistenten jenseits des ärztlich assistierten Suizids erneuert werden, werde es keinen „safe harbour“ für die Angehörigen geben. Derartige „Sicherheits-Regelungen“ wären aber hilfreich, um die Abgrenzung zwischen einer Selbsttötung und einer Fremdtötung zu erleichtern und so der unterstützenden Person eine gewisse Garantie zu vermitteln. Es gebe keinen speziellen Autonomiebegriff für § 78 StGB, den der VfGH vorgegeben hätte. Entscheidend für eine „autonome Selbsttötung“ sei allein, dass die sterbewillige Person einerseits das letzte Glied in der Kausalkette selbst vornehmen müsse und dass sie in diesem Zeitpunkt ausreichend entscheidungsfähig sei. Die Vertreterin der katholischen Kirche merkte an, dass sie nicht von einer qualifizierten Autonomie für das Vorliegen einer Selbsttötung im strafrechtlichen Sinn spreche. Aber die Assistenz zur Selbsttötung sollte strafbar sein, außer es sei ein Prozess zur Absicherung einer qualifizierten Autonomie des/der Suizidenten/Suizidentin eingehalten worden.

Prof. Birklbauer meinte außerdem, dass das Prinzip „im Zweifel für den Angeklagten“ in der Verfassung verankert sei. Es könne hier keine Beweislastverschiebung zu Lasten der unterstützenden Person dahingehend geben, dass sich diese freibeweisen müsse. Wenn die unterstützende Person davon ausgegangen sei, dass eine frei verantwortliche Selbsttötung vorliege, reiche dies aus. Der Staat müsse ihr für eine allfällige Verurteilung nachweisen, dass sie nicht von einer solchen frei verantwortlichen Selbsttötung ausgegangen sei. An dieser Stelle sei noch darauf hinzuweisen, dass es für Angehörige, auch wenn sie im Ergebnis freigesprochen werden, eine enorme Belastung sein könne, sich einem aufwendigen Ermittlungs- und Strafverfahren unterziehen zu müssen. Wenn sich derzeit jemand suizidieren wolle, ermittle die Polizei bei den Angehörigen, ob sie von den Suizidgedanken etwas mitbekommen hätten, was für diese eine enorme Belastung darstelle.

Die Vertreterin der Diakonie äußerte Zweifel, was die Erneuerung der Strafbarkeit betrifft; diese könne nicht alle Probleme lösen, sondern schaffe unter Umständen neue. Gespräche über Suizidwünsche könnten so möglicherweise strafbar sein. Das Alleinlassen solcher Menschen sei aber nicht der Wunsch der Diakonie. Auch der Vertreter der evangelischen Kirche sprach sich gegen eine Erneuerung der Strafbarkeit der Suizidhilfe im § 78 StGB aus. Aus ethischer Sicht müsse dem Selbstbestimmungsrecht und dem Schutz bestimmter Gruppen Rechnung getragen werden, was außerhalb des Strafrechts besser funktioniere.

Die Vertreterin der katholischen Kirche brachte dazu ein, dass schon heute Kommunikationsräume möglich seien und eine Öffnung von Patient*innen gegenüber Ärzt*innen zu konsensualen Entscheidungen führe. Eine Unterlassung nach § 78 StGB sei nur bei einer Garan-

tenstellung strafbar. Diese ende jedenfalls dann, wenn ein/e entscheidungsfähige/r Patient*in eine Behandlung ablehnt. Auch die Garantenstellung eines Angehörigen reiche nur so weit, dass dieser nicht gegen den Willen der betroffenen Person handeln müsse.

TOP 5: Wer darf Sterbehilfe leisten?

Jede (volljährige und entscheidungsfähige) Person? Angehörige? Vertrauenspersonen? Betreuungspersonen? Ärzt*innen? Vereine?

Absicherung der Gewissensfreiheit?

Der Vertreter der ÖGHL schlug vor, dass der Staat in Verbindung mit dazu bereiten Ärzt*innen und Palliativstationen, die als erstes dafür qualifiziert seien, diese Dienstleistung bereitstellen sollte. Das beinhalte die Information, die Bestätigung der Freiverantwortlichkeit und auch die Durchführung. Dies hätte zahlreiche Vorteile, einerseits in Bezug auf die grundlos befürchtete Missbrauchsgefahr, der so am besten entgegengewirkt werde, aber auch in Hinblick auf die Professionalität.

Prof. Birklbauer meinte, wenn es das Recht gebe, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen, sei es schwer vorstellbar, dieses allein staatlichen Einrichtungen vorzubehalten. Auf der anderen Seite könne man auch Vereine, die dazu bereit seien und die vorgegebenen Rahmenbedingungen einhielten, nicht ausschließen, weil sonst alles verunmöglicht werden würde.

Eine ärztliche Aufklärung könne weder jetzt noch in Zukunft als Hilfeleistung zum Suizid gesehen werden. Es bestünde auch bei der Beratung kein Risiko, den auch in Zukunft strafbaren Tatbestand des „Verleitens“ zu verwirklichen: Unter einem Verleiten verstehe man das vorsätzliche Veranlassen des Tatentschlusses, alles andere falle unter den Tatbestand der sonstigen Hilfeleistung beim Suizid. Ein Bestärken im Willensentschluss sei schon kein Verleiten mehr, sondern eine Hilfeleistung. Weiters sei nicht jede Werbung ein Verleiten, sie müsse eine konkrete Person ansprechen und darauf abzielen, in ihr den Entschluss zum Suizid zu wecken. Die Verschreibung eines letalen Präparats oder dessen Ausgabe sei hingegen unstrittig eine Hilfeleistung.

Dr. Kletečka-Pulker und auch der Vertreter der Rechtsanwaltschaft plädierten dafür, die Hilfeleistung den Ärzt*innen, die sich freiwillig dazu bereit erklären, vorzubehalten. Dr. Kletečka-Pulker ergänzte, dass die Ärztekammer durch ihre Disziplinarkommission auch die Möglichkeit zur Kontrolle habe. Es entstehe ein enormer Druck auf Angehörige, deshalb sollte man diese außen vor lassen, weil sie später auch dann damit leben müssten. Vereine und deren Kontrolle müssten erst aufgebaut werden. Dieses Geld sollte eher in die Palliativmedizin investiert werden.

Prof. Boer sprach sich dagegen aus, die Hilfeleistung den Ärzt*innen vorzubehalten. Die Erfahrungen in den Niederlanden zeigten, dass dann die gesellschaftliche Akzeptanz steige. Auch die Vertreterin des Seniorenrats meinte, wenn Ärzt*innen den assistierten Suizid durchführten, habe das zur Folge, dass Patient*innen extrem verunsichert würden. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe seien dazu da, Leiden zu verhindern und nicht zu töten. Auch der Vertreter der Palliativgesellschaft meinte, dass die Ärzt*innen zwar aufklären, aber nicht an der Suizidhandlung mitwirken sollten. Studien in Oregon würden zeigen, dass man 20 bis 30% derer, die den Suizid beantragen, davon abhalten könne. Diese Aufklärung sei daher suizidpräventiv. Die Information über die Wirkung der letalen Dosis des Präparats könne hingegen in einer Broschüre zusammengefasst werden.

Viele Diskutant*innen forderten, dass der/die aufklärende Arzt/Ärztin nicht auch in die Assistenzhandlung eingebunden sein dürfe. Die Vertreter von Ärztekammer und Palliativmedizin sprachen sich strikt dagegen aus, dass Ärzt*innen das letale Präparat verschreiben sollten, auch die Vertreter des Dachverbandes Hospiz und der evangelischen Kirche rieten von einer Verschreibungspflicht durch Ärzt*innen ab. Es müsse eine Möglichkeit geben, ohne Ärzt*innen an das letale Präparat zu gelangen. Man sollte das letale Präparat auch nicht als „Medikament“ bezeichnen, denn ein solches solle nur zur Linderung von Leiden und nicht zum Tod führen.

Auch der Vertreter des Humanistischen Verbands äußerte Verständnis dafür, dass Ärzt*innen nicht eingebunden werden wollten, wenn es eine andere Möglichkeit gebe, an das letale Präparat zu kommen. Der Vertreter der ÖGHL meinte, dass sich auch das Rollenverständnis der Ärzt*innen von „Nur Heilung“ zu „Heilung, Herstellung von Wohlbefinden und gegebenenfalls Ermöglichung eines selbstbestimmten sanften und würdigen Todes“ weiterentwickeln sollte. Die Vertreterin des ÖGKV äußerte die Sorge, dass bei einer nicht-ärztlichen Verschreibung diese Aufgabe auf das Pflegepersonal übergehen könnte.

Diskutiert wurde, ob das Präparat bei einer Apotheke abgeholt werden sollte. Dann müssten einzelne Apotheker*innen dies verweigern können und eine Liste veröffentlicht werden, in der die Apotheken aufgelistet seien, die bereit seien, das Präparat abzugeben.

Die Vertreterin der Caritas strich hervor, dass keine Person, keine Einrichtung und kein Träger direkt oder indirekt unter Druck gesetzt werden dürften, es dürfe keine direkte oder indirekte Verpflichtung zur Duldung oder Durchführung des assistierten Suizids in Einrichtungen der Pflege, Krankenbehandlung, Hospiz- oder Palliativarbeit und anderen Einrichtungen geben. Der Vertreter der Hospizbewegung meinte darüber hinaus, dass diese Einrichtungen die Suizidassistenz nicht übernehmen sollten, ebenso wenig wie Mitarbeiter*innen des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Vertreterin der Caritas erklärte dagegen, dass es kein gesetzliches Verbot brauche, solange eben eine Verpflichtung zur Durchführung oder deren Duldung für Personen oder Betreiber/Träger gesetzlich ausgeschlossen werde. Die Vertreterin der Diakonie präziserte, dass der assistierte Suizid nicht im regulären Leistungsangebot der Diakonie und der Gesundheits- und Pflegeberufe enthalten sein sollte. Es brauche einen Gewissensschutz für Ärzt*innen und Pflegepersonal, eventuell auch für Angehörige. In Analogie zum Gewissensschutz für Personen brauche es auch einen Schutz für Einrichtungen, um nicht in die Situation zu kommen, assistierten Suizid ins Leistungsangebot aufnehmen zu müssen. Allerdings sei fraglich, ob Suizidhilfe für bestimmte Berufsgruppen tatsächlich (im Berufsrecht) verboten werden sollte. Sie befürchte, dass die Angehörigen solcher Berufe dann in ein Dilemma geraten könnten – nämlich in der Form, dass Begleitende, die von einem Wunsch nach assistiertem Suizid erführen, dies melden oder in irgendeiner Form intervenieren müssten. Das würde einem offenen Gespräch entgegenstehen.

Der Vertreter der evangelischen Kirche merkte an, dass er das Recht, sich das Leben zu nehmen, nicht eingeschränkt sehen möchte, aber sich die Frage stelle, ob Zugangsbeschränkungen für Assistenz leistende Personen durch Institutionen erlassen werden könnten. Krankenanstalten wären anders zu beurteilen als Hospize und als das betreute Wohnen. Wieder anders seien stationäre Einrichtungen zu sehen. Diese Differenzierung müsse (auch ohne Überreglementierung) rechtlich zum Ausdruck kommen.

Der Verfassungsdienst führte aus, dass die Gewissensfreiheit in Art. 9 MRK und Art. 14 StGG verankert sei; geschützt sei nicht nur die Privatperson, auch ärztliches Personal falle darunter. Daraus ergebe sich, dass niemand gegen sein Gewissen zur Leistung von Suizidhilfe verpflichtet werden könne. Dem stehe es aber nicht entgegen, dass dies in einem Gesetz nochmals ausdrücklich normiert werde. Prof. Birklbauer bestätigte, dass es keinen Anspruch auf

Suizidassistenten gebe und keine Verpflichtung, sie zu leisten. Eine andere Frage sei aber, ob es eine Verpflichtung zur Duldung von Suizidassistenten in Einrichtungen gebe. Wenn der Suizid als ein Grundrecht zu verstehen sei, werde es nicht möglich sein, jemandem die Assistenten dazu im Vorhinein zu untersagen, also Bewohner*innen von Heimen zu untersagen, eine/n Besucher/in zu empfangen, der/die Unterstützung leiste.

Die Vertreterin der katholischen Kirche gab bei der Abwägung der Grundrechte jedoch zu bedenken, dass die – meist privaten, auf Spenden basierenden und oft maßgeblich ehrenamtlich getragenen – Hospizgründungen aus ihrer Sicht auf einem Geist basierten, der nicht nur darin bestehe, selbst nicht an assistierten Suiziden mitzuwirken, sondern auch keine Räume zu schaffen, in denen assistierter Suizid stattfinde.

Die Vertreterinnen des Seniorenrats und der Caritas sprachen sich für ein Verbot kommerzieller Anbieter aus. Die Vertreterin der katholischen Kirche präziserte, wenn Vereine die Assistenzleistung übernehmen dürften, müsse dafür Sorge getragen werden, dass finanzielle Transparenz bestehe, keine Gewinnerzielungsabsicht zulässig sei und keine über den Aufwand hinausgehenden Zuwendungen möglich sein sollten. Der Vertreter der Hospizbewegung forderte überdies, dass die Suizidhilfe nicht auf Wiederholung ausgelegt sein sollte. Der Vertreter der ÖGHL merkte an, dass es für Helfende sehr wohl die Wiederholungsmöglichkeit im Interesse der Qualitätssicherung und Professionalität brauche. Er selbst möchte keinen Begleiter haben, der das hobbymäßig zum ersten Mal mache. Auch die Sorge vor dem „Gewinnstreben“ der Vereine halte er für unbegründet. Dafür gebe es keine Belege. Auch Bestattungsunternehmen würden mehr als ihre Selbstkosten einnehmen. Ein strukturierter Prozess, die Beratung, die Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit, die Durchführung, die Dokumentation: Alle diese Maßnahmen verursachten Kosten, die auch gedeckt werden müssten. Es sei unsachgemäß, den in Österreich noch gar nicht existierenden Freitodhilfevereinen eine Gewinnerzielungsabsicht zu unterstellen (und eine solche vorsorglich gleich jetzt gesetzlich verbieten zu wollen) und gleichzeitig davon auszugehen, dass andere mit dem Lebensende der Menschen befassten Personen und Institutionen (Ärzt*innen, Psychiater*innen, Pflegeheime, Hospize...) Geld verdienen könnten. Zudem würden seiner Ansicht nach die Medizintechnik-Hersteller und Pharmaunternehmen Milliardengewinne zu einem erheblichen Teil mit medizinischen Vorgängen verdienen, die er als unethische und unerwünschte Lebens-/Leidensverlängerung bewerte.

Die Vertreterinnen der katholischen Kirche und der Caritas schlugen vor, dass die assistierende Person in der Verfügung der suizidwilligen Person namentlich genannt werde. Dies

diene nach Ansicht der Caritas dazu, der solcherart genannten Person die Straffreiheit zuzusichern, nach Ansicht der katholischen Kirche aber auch dazu, sie in die Verantwortung für den gesamten Prozess zu nehmen.

Überdies strichen mehrere Teilnehmer*innen heraus, es müsse sichergestellt sein, dass keine begutachtende oder beratende Person und auch keine begünstigte Person bei der Durchführung des Suizids mitwirken dürfe. Die Vertreterin des ÖGKV meinte hingegen, dass eine zwingende Trennung von Beratung und Assistenzleistung aus Sicht der Betroffenen nicht ideal sei.

Prof. Beck sprach sich dafür aus, dass auch die Tötungshandlung unter ärztlicher Aufsicht geschehe. Es müsse auch geregelt werden, was geschehe, wenn der Suizidversuch missglücke, ob dann der/die Arzt/Ärztin zur Hilfeleistung verpflichtet wäre. Der Suizid sollte aber nicht in einem Krankenhaus stattfinden. Das würde das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen massiv stören. Der Vertreter der Palliativmedizin meinte, zur Feststellung der richtigen Dosis brauche man nur eine Tabelle mit Körpergewichten und keine/n Ärzt*innen. Das könne auch ein Beamter machen. Die Einnahme müsse dann der/die Patient/in selbst vornehmen; wenn ein/e Patient/in nicht gut schlucken könne, dann könne auch durch technische Hilfsmittel eine Lösung gefunden werden. Ärzt*innen könnten sohin auch am Schluss dabei sein oder beratend tätig sein, um in die Begleitungsrolle zu kommen.

Prof. Birklbauer schlug zum Problem des gescheiterten Suizidversuchs vor, dass die sterbewillige Person bei der Beratung auf dieses Problem hingewiesen werden sollte und – wenn sie nicht wiederbelebt werden möchte – gleichzeitig eine Patientenverfügung errichten könne; dies wurde vom Vertreter der Ärztekammer unterstützt.

Der Vertreter des Humanistischen Verbands wies darauf hin, keine Hürden aufzustellen, die für eine suizidwillige Person unüberwindbar würden. Eine Dienstleistung müsse es natürlich geben, das könne der Staat machen oder eine Organisation. Die meisten Organisationen würden ohnehin ohne Gewinn arbeiten. Die Dokumentation, Besorgung, Dosierung, Meldung an eventuelle Koordinierungsstellen/Staat erfordere umfangreiche Bemühungen – das könne zur Verunmöglichung des Prozesses führen, wenn jemand das kostenlos anbieten müsse. Auch Ärzt*innen, die dazu bereit seien, sollten eine Rolle einnehmen können.

Die Vorsitzende der Bioethikkommission will die Möglichkeit des Beistandes nur für nahestehende Personen oder Angehörige eröffnen und nicht für eine dritte, auf Gewinn gerichtete Berufsgruppe. Es handle sich um ein äußerst privates Thema mit größter Intimität. Um ein offenes Gespräch zu ermöglichen, habe die Bioethikkommission vorgeschlagen, die Hilfeleistung beim Suizid neben Familienmitgliedern und nahestehenden Angehörigen auch für Ärzt*innen zu entkriminalisieren.

Weiters wurde diskutiert, ob allfällige dazu bereite Vereine einem Werbeverbot unterliegen sollten. Prof. Birklbauer meinte dazu, dass das weiterhin strafbare „Verleiten“ erst dann vorliege, wenn man einen konkreten Menschen mit dem Ziel, in ihm den Suizidentschluss zu wecken, anspreche. Eine anonymisierte Werbesendung oder ein Schild auf der Eingangstüre eines Vereins, das auf Assistenz für den Suizid hinweise, genüge diesen Anforderungen nicht. Die Vertreterin der katholischen Kirche bemerkte, dass „Verleiten“ weiter verstanden werden sollte als im strafrechtlichen Sinn. Es ginge dabei auch um die Einflussnahme auf vulnerable Gruppen, weswegen sie sich für ein solches Werbeverbot aussprach. Hingegen sollte der Staat die notwendigen Informationen bereitstellen. Auch die Vertreter der Suizidprävention wiesen auf Imitationseffekte bei Suiziden hin, es sei daher schon ein Schild an der Türe des Vereins ein Problem.

Die Vertreterin der katholischen Kirche forderte, dass es der suizidwilligen Person verboten werden müsse, Druck auf ihre/seine Angehörigen oder Pfleger*innen auszuüben, sie beim Suizid zu unterstützen. Bisher standen Angehörige oder nahestehende Personen unter dem Schutz der Strafbarkeit: Sie hätten mit einem Hinweis darauf die Bitte abwehren können. Die Vertreterin der Caritas weist darauf hin, dass auch für Angehörige (und auch Betreuer*innen), an die mit der Bitte um Assistenz beim Suizid herangetreten wird, Beratungsmöglichkeiten/Anlaufstellen nötig seien.

Die Vertreterin des ÖGKV wies darauf hin, dass die Basis der Pflege das Vertrauen sei. Die Pflege wolle Verantwortung übernehmen, Menschen betreuen und begleiten, im Entscheidungsprozess beistehen, aber keinesfalls eine aktive Rolle beim assistierten Suizid übernehmen. Eine andere Vertreterin des ÖGKV meinte, dass dies Bestandteil der zukünftigen Ausbildung sein könnte. Der Vertreter der evangelischen Kirche brachte die Möglichkeit in die Diskussion, im Berufsrecht der Pflegefachkräfte ein Verbot des Beschaffens des Suizidpräparats festzulegen, um sie vor entsprechenden Wünschen zu schützen. Prof. Birklbauer meinte, es wäre aus arbeitsrechtlicher Sicht wohl auch zulässig, Bediensteten von Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen eine Suizidassistenz im Rahmen ihres Arbeitsbereichs zu un-

tersagen. Die Vertrauensbasis zur Pflegeperson würde das nicht untergraben, weil ein solches (berufsrechtliches oder vertragliches) Verbot nur eine Schutzpflicht gegenüber dem Arbeitgeber auslöse und keine Garantenstellung gegenüber der suizidwilligen Person, die zu einer Verhinderungspflicht führen würde.

Die Vertreterin der Patientenrechtsbewegung hielt die Befürchtungen der Ärzt*innen und des Pflegepersonals, eine Mitwirkung am assistierten Suizid würde sich negativ auf die öffentliche Wahrnehmung des Berufstandes auswirken, für überzogen und aus Patient*innensicht für nicht akzeptabel. Es sollte möglich bleiben, dass man sich als Arzt/Ärztin dem Wunsch von Patient*innen öffne. Die Diskussion erinnere aus ihrer Sicht an die Abtreibungsthematik – keiner wolle es machen. Vielmehr sei es wichtig über das Thema assistierter Suizid offen zu sprechen. Das betreffe auch vor allem Menschen, die nicht mehr voll kommunikativ und schwer beweglich seien. Man dürfe keine Hürden aufstellen, die Suizidassistenten faktisch verhinderten. Sie sehe es auch kritisch, wenn ganze Berufsgruppen mit Verboten belegt würden. An wen sollten sich die Personen wenden, wenn nicht an jene, die nah bei ihnen seien. Es frage sich auch, wo eine Assistenzleistung durchgeführt werden solle, wenn sie in einem Hospiz verboten sei. Das wäre eine subtile Botschaft, den Menschen zu verbieten, darüber nachzudenken. Der Vertreter des Humanistischen Verbands unterstützte diese Wortmeldung und ergänzte, dass die meisten Hospizeinrichtungen in kirchlicher Hand seien. Dort hätten die Menschen dann überhaupt keine Möglichkeit mehr, wenn die Vertreter der Einrichtungen die Assistenz von vornherein verbieten würden.

Die Vertreterin der Diakonie präzisierte, dass nicht daran gedacht sei, dass Menschen aus dem Pflegeheim ausziehen müssten, wenn sie assistierten Suizid in Anspruch nehmen wollten. Sie würden niemanden alleine lassen wollen. Sie wolle aber nicht verpflichtet sein, einen assistierten Suizid in ihr Leistungsangebot aufzunehmen.

TOP 6: Staatliche Überwachung – Zertifizierung von Beratungsstellen?

Soll es Beratungsstellen für Sterbehilfe geben? Sollen diese verpflichtend oder fakultativ in Anspruch genommen werden? Sollen diese staatlich zugelassen (zertifiziert) werden?

Die Vertreterin der Caritas meinte, dass die Kompetenz der Palliativ- und Hospizeinrichtungen und -angebote genutzt werden könne, um die Nachhaltigkeit des Wunsches zu einem assistierten Suizid zu prüfen und sicherzustellen. Die Vertreterin der Diakonie verwies auf

ihren schon zum Tagesordnungspunkt 2 erstatteten Vorschlag zur Einrichtung multidisziplinärer Konsilien zur Beratung, was von anderen Vertreter*innen abgelehnt worden sei (siehe die dort dokumentierte Diskussion). Auch die Vertreterin der katholischen Kirche wiederholte die Forderung auf Einbeziehung verschiedener Experten, die die suizidwillige Person berieten, nämlich eine/n Fachärzt*in, dann ein palliativmedizinisches Gespräch, ein suizidpräventives Gespräch und eine psychosoziale Beratung. Daran schließe sich die Begutachtung an. Es solle sich nicht um eine einmalige Beratung zu allen Fragen handeln; auch komme keine öffentliche Beratungsstelle an einem Ort in Frage. Die Vertreterin des ÖGKV befürwortete eine Beteiligung von Pflegepersonen in den Beratungsstellen, aber auch bei der Durchführung der Assistenz. Sie sieht die Möglichkeit von mobilen Teams und von Beratungsstellen, die in den Palliativzentren angesiedelt seien. Es sei zu bedenken, dass oft sehr kranke Personen einen Sterbewunsch äußern. Ihnen könne man nicht zumuten, zu mehreren Terminen zu erscheinen.

Der Vertreter der evangelischen Kirche hielt den Vorschlag eines multidisziplinären Konsils prinzipiell für diskussionswürdig, wies aber darauf hin, dass beratende Institutionen auch die Möglichkeit hätten, für sich interne Regelungen festzulegen. Ein Konsil sollte eher rund um den/die Arzt/Ärztin des Vertrauens eingerichtet werden; externen Beratungsstellen stehe er zurückhaltend gegenüber. Es dürfe nicht zu einer Routinisierung der Suizidassistenz kommen oder der Eindruck erweckt werden, dass die Begutachtenden den Suizid normativ erlaubten. Auch die Vorsitzende der Bioethikkommission und der Vertreter der Patienten-anwaltschaft sprach sich für eine eher schlanke Regelung und gegen eine überbordende Verrechtlichung jedes Details aus. Der Vertreter des Humanistischen Verbands verwies auf die Schweiz, wo sich die entsprechenden Institutionen ihre Regeln selbst gegeben hätten und auch keine schrankenlose Suizidassistenz geleistet werde.

Die Vertreterin der Hospizbewegung gab zu bedenken, dass sich die Betroffenen Menschen anvertrauen müssten, die ihnen fremd seien, wenn die Beratung in Anlaufstellen in allen Bundesländern organisiert würden. Es müsse auch möglich sein, dass eine Beratung von Hausärzt*innen gemacht werde.

Die ÖGHL meinte, wenn der Zugang zur Assistenz derart erschwert werde, dann bräuchte es auch im Gegenzug eine Selbstbestimmungsanwaltschaft (analog zur Volksanwaltschaft). Das wäre eine notwendige Berufungsinstanz, die eine etwaige negative Erstentscheidung, also eine Nichtfreigabe des assistierten Freitodes, überprüfen könne. Der Vertreter des Humanistischen Verbands meinte, eine solche Aufgabe könne von der Patienten-anwaltschaft

übernommen werden, weil sie neutral agiere. Das BMSGPK konnte sich eine multidisziplinäre Beratung gut vorstellen; es könne jedoch keine Genehmigung durch eine solche Instanz geben. Das spreche auch gegen eine Berufungsinstanz. Die Strafrechtsexperten meinten, dass eine Beratung der sterbewilligen Person unabhängig von einer Aufklärung nicht verpflichtend sein dürfe. Es müsse auch möglich sein, dass die sterbewillige Person ihren Wunsch verwirklichen könne, ohne sich beraten zu lassen. Prof. Birklbauer meinte, dass es Anlaufstellen für die Assistenz leistenden Personen geben könnte, wo diese Hilfe erhielten, wenn sie es wünschten.

Der Vertreter der Hospizbewegung wies darauf hin, dass die Dokumentation wichtig sei. Auch wissenschaftliche Begleitforschung sei nur möglich, wenn es eine Dokumentation gebe. Aus diesen Gründen wäre die Einrichtung von Koordinierungsstellen auf Landesebene hilfreich. Diese sollten nach bundeseinheitlichen Vorgaben agieren und könnten die Durchführung koordinieren, dokumentieren und qualitativ (prospektiv und retrospektiv) überwachen. Auch die Vertreterin der ÖGKV betont, dass es eine unabhängige Einrichtung geben müsse, bei der Daten eingemeldet und evaluiert werden müssten. Es brauche dazu fachliche Standards und eine genaue Datenerhebung. Dokumentation und Begleitforschung wurden auch von der Vorsitzenden der Bioethikkommission und dem Vertreter der Ärztekammer für wichtig erachtet.

Der Vertreter der Rechtsanwaltschaft meinte, dass Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychiater*innen, Apotheker*innen, Anwalt*innen und Notar*innen über ein Disziplinarrecht und ein entsprechendes Berufsethos verfügten, das bereits eine entsprechende Kontrolle ermögliche. Bewährt habe sich beispielsweise die Patientenverfügung, deren Regelung gut und ergebnisoffen sei. Sofern andere Berufsgruppen in den Prozess einbezogen würden, die keiner Disziplinarordnung unterlägen, müsse man über eine Zertifizierung nachdenken. Die Vertreterin des Seniorenrats wies auch auf Erwachsenenschutzvereine hin, die eine Erklärung zertifizieren könnten.

Sonstige Punkte, die zur Sprache kamen

Der Vertreter der ÖGHL merkte an, dass die Zusammensetzung des Dialogforums seiner Ansicht nach nicht ausgewogen und nicht repräsentativ für den Willen der Bevölkerung sei. Zudem nehme als Vertreter für Erfahrungen aus dem Ausland nur Prof. Boer, ein Kritiker der Sterbehilfe, teil. Im Interesse der Ausgewogenheit hätte er sich dann auch einen ausländischen Befürworter der Freitodhilfe, z. B. einen Dignitas-Vertreter, gewünscht. Er hätte

sich zumindest noch Vertreter*innen der Philosophie, des Ludwig Boltzmann Instituts für Grund- und Menschenrechte, der Volksanwaltschaft, der Atheisten und Konfessionsfreien und Experten des Vereins „Letzte Hilfe“ gewünscht. Der Vertreter des Humanistischen Verbandes äußerte ebenfalls Wünsche nach einer anderen Zusammensetzung des Dialogforums und wies darauf hin, dass es in Benelux, in der Schweiz und in Oregon schon z.T. jahrzehntelange Erfahrung gebe. Verschiedene Kommentare der Teilnehmer*innen, besonders im Hinblick auf Missbrauch des assistierten Suizids, würden sich erübrigen, wenn man die Ergebnisse der ausländischen Erfahrungen zu Rate ziehe. Es gäbe seines Wissens in der jahrzehntelangen Anwendung des assistierten Suizids, auch in der Schweiz, dank der selbstaufgelegten restriktiven Maßnahmen durch die dort tätigen Vereine keine Problemfälle oder gerichtliche Folgeprozesse im Zusammenhang mit assistiertem Suizid.

Mehrfach wurde auf die Bedeutung von Sprache in diesem Zusammenhang hingewiesen. So sei aus Sicht der Suizidprävention der Begriff „Suizid“ auch in der deutschen Variante „Selbsttötung“ neutral. Es sei wichtig keine wertenden Begriffe zu verwenden, weder in Richtung einer Stigmatisierung noch in Richtung einer Heroisierung von Suizident*innen. Wenn Suizid als sehr positiv und erstrebenswert dargestellt werde, bewirke das eine Zunahme der Suizide („Werther-Effekt“). Das Phänomen gebe es auch im gegenteiligen Sinn, wenn Geschichten mit Charakteren, die die Suizidalität überwunden hätten, vorgetragen werden, führe dies zu einer Verringerung der Suizide („Papageno-Effekt“). Laut Vertreter*innen der Suizidprävention sei die Suizidforschung darüber einig, dass ein Suizid ein multikausales Ereignis ist und stehe dem Begriff „Bilanzsuizid“ daher kritisch gegenüber.

Auch wurde thematisiert, die vom VfGH eröffnete Wahlmöglichkeit der Menschen nicht zu dramatisieren, sondern einen konstruktiven und offenen Dialog zuzulassen.

Die Bioethikkommission hat bereits 2011 eine Stellungnahme zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende veröffentlicht und dafür plädiert, andere Begriffe als den Ausdruck „Sterbehilfe“ zu verwenden, da dieser der deutschen Sprache eigentümlich sei, die Inhalte nur unzureichend abbilde sowie eine emotionslose sachliche Debatte verhindere.

Es bestand Konsens unter allen Wortmeldungen, dass eine Lockerung der Fremdtötung in diesem Forum nicht zur Diskussion stehe. Es gehe ausschließlich um die Gestaltung einer allfälligen Regelung der (vom VfGH straffrei gestellten) Suizidassistenz; die Grenze zur aktiven Sterbehilfe sollte nicht überschritten werden. Prof. Boer (der in den Niederlanden 4.000 Fälle aktiver Sterbehilfe begutachtet hat) meinte, dass es dort seiner Ansicht nach sehr wohl

einen gesellschaftlichen Druck gebe; gesellschaftlich werde in den Niederlanden mittlerweile die aktive Sterbehilfe als die würdigste Sterbeweise gesehen. Die heutigen Zahlen der Sterbehilfe in den Niederlanden lägen bei fast 7.000 bei gleichbleibender Mortalität. Kurz nach der Legalisierung 2002 seien zwar die Zahlen gesunken, aber ab 2006 wieder in die Höhe gegangen, mit einem kurzen Einbruch im Jahr 2017 wegen eines Gerichtsfalls betreffend Sterbehilfe für eine demenzkranke Frau, in dem die Ärztin freigesprochen worden sei. Gebrechlich oder verletzlich könne jeder werden. Sterbehilfe habe sich in den Niederlanden entwickelt von einem Ausweg, um einem schrecklichen Sterben vorzubeugen, zu einem Ausweg, ein schreckliches Leben zu beenden. Sterbehilfe finde in den Ländern, in denen aktive Sterbehilfe erlaubt sei, etwa 10-mal bis 20-mal so oft statt, wie in den Ländern, in denen lediglich die Beihilfe zum Suizid möglich sei. Die Vertreterin der katholischen Kirche sprach sich dafür aus, dass das Verbot der aktiven Sterbehilfe auch abgesichert werden müsse, denn der VfGH habe es nur aus formalen Gründen nicht aufgegriffen.

Letztlich wurde auch darüber gesprochen, welche Ziele ein künftiges Gesetz verfolgen sollte. Der Vertreter des Humanistischen Verbands meinte, die alleinige Senkung der Zahl der Suizide sei kein sinnvolles Ziel. Das wäre so, als wollte man durch ein Gesetz zur Verhinderung von Scheidungen die Scheidungsrate senken. Der Vertreter der Palliativmedizin ging bei entsprechend restriktiven Vorgaben von etwa 180 Fällen pro Jahr aus.

Anhang zum Schlussbericht des Dialogforums Sterbehilfe – schriftliche Stellungnahmen

Insgesamt wurden **rund 85 schriftliche Stellungnahmen** eingebracht, davon **rund 50** von Privatpersonen und **rund 35** von Einrichtungen und Organisationen, die teilweise auch an den Gesprächen im Dialogforum beteiligt waren.

Wie auch der Schlussbericht des Dialogforums Sterbehilfe die Beiträge der Teilnehmer*innen zusammenfassend wiedergibt, so werden auch die eingelangten Stellungnahmen von Privatpersonen sowie Einrichtungen und Organisationen im Folgenden zusammengefasst dargestellt.

Der vorliegende Anhang zum Schlussbericht gliedert sich wie folgt:

1. Ergänzende Stellungnahmen der Teilnehmer*innen des Dialogforums
2. Stellungnahmen von Privatpersonen
3. Stellungnahmen von Organisationen und Einrichtungen

Vorab ist anzumerken, dass die in den Stellungnahmen getroffenen Aussagen weder Empfehlungen oder Wertungen des Bundesministeriums für Justiz darstellen noch als dessen Standpunkte zu verstehen sind.

Die Stellungnahmen bedienen sich verschiedener Begriffe für assistierten Suizid als Teil ihrer Argumentation, weshalb sich im Anhang zum Schlussbericht, wie im Schlussbericht selbst, eine Vielfalt an Bezeichnungen wiederfindet.

1. Ergänzende Stellungnahmen der Teilnehmer*innen des Dialogforums (in alphabetischer Reihenfolge)

Univ.-Prof. Dr. Alois Birklbauer hält ergänzend fest, dass das Strafrecht immer nur das letzte Mittel sein könne und dürfe, um Verstöße gegen den gesellschaftlichen Wertekonsens mit Strafe zu bedrohen; dieser sei allerdings in einer pluralistischen Gesellschaft uneinheitlich. Das Strafrecht sei ungeeignet, die durch das VfGH-Erkenntnis vorgegebenen Grundsätze und Leitprinzipien umzusetzen. Er betont, dass – auch wenn der Gesetzgeber sich zu keiner Neuregelung des § 78 StGB entschieße – keinesfalls jede Unterstützung eines

„Suizids“ straffrei wäre, sondern nur eine solche, bei der die sterbewillige Person hinreichend entscheidungsfähig sei und in diesem Zustand die Tragweite ihrer Handlung und deren dauerhafte Konsequenzen richtig einschätzen könne. Andernfalls handle es sich um einen Beitrag zu einer Fremdtötung, die weiterhin strafbar bleibe. Die bloße Missachtung von Formvorschriften könne für sich allein keine Strafbarkeit begründen, infolge des Zweifelsgrundsatzes dürfe es auch zu keiner Verschiebung der Beweislast kommen. Das VfGH-Erkenntnis biete keine Anhaltspunkte dafür, den Personenkreis, der beim Suizid straffrei unterstützt werden dürfe, einzugrenzen. Das Grundrecht sei demnach nicht auf sterbewillige Personen in einer terminalen Phase begrenzbar, sondern es stehe allen hinreichend entscheidungsfähigen Personen zu. Rahmenbedingungen und Verfahren dürften nicht dazu führen, eine sterbewillige Person zum Objekt des Verfahrens zu machen und über ihre Motive ein Werturteil zu fällen. Außerdem treffe das VfGH-Erkenntnis auch keine Einschränkungen hinsichtlich des Kreises der Suizidunterstützer*innen: Die sterbewillige Person darf die Hilfe jeder dazu bereiten und selbst hinreichend entscheidungsfähigen Person in Anspruch nehmen. Es sei Aufgabe von Staat und Gesellschaft, Rahmenbedingungen zu schaffen, um sterbewillige Personen weniger in eine Situation geraten zu lassen, in der sie im Suizid einen Ausweg sähen; der Suizidprävention komme zentrale Bedeutung zu, auch die Palliativmedizin sei auszubauen. Neben niederschweligen Anlaufstellen zur Suizidprävention bedürfe es auch niederschwelliger Anlaufstellen für die Unterstützer*innen bei einem frei verantworteten Suizid, dadurch könnte indirekt auch besser eine Suizidprävention erreicht werden; die dort tätigen Personen sollten gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sein.

Der **Dachverband Hospiz Österreich** tritt für klare Regelungen des assistierten Suizids ein und empfiehlt im Wesentlichen folgende Eckpunkte: Die suizidwillige Person müsse volljährig und entscheidungsfähig sein, terminal erkrankt sein (maximal sechs Monate Lebenserwartung), unerträgliches Leid verspüren, einen dauerhaften Sterbewunsch hegen und die möglichen Alternativen kennen. Sie dürfe auch nicht von Dritten beeinflusst werden. Es hätten mehrere Beratungs- und Aufklärungsgespräche sowie Begutachtungen stattzufinden; eine Stillhaltefrist nach dem letzten Beratungsgespräch von 21 Tagen wäre einzuhalten. Der assistierte Suizid dürfe ausschließlich durch Natrium-Pentobarbital oder ein anderes zugelassenes Arzneimittel erfolgen. Suizidbeihilfe dürfe nicht geschäftsmäßig angeboten werden und nicht durch Mitarbeiter*innen im Gesundheits- und Pflegebereich durchgeführt werden. Es habe eine Dokumentation und Kontrolle zu erfolgen, auch seien Angebote für Hospiz- und Palliativversorgung und Suizidprävention zur Verfügung zu stellen.

Nach der Stellungnahme der **Diakonie**, würden einzelne Menschen, die sich zu einem assistierten Suizid entschieden hätten, nicht alleingelassen werden, auch wenn der assistierte Suizid kein Leistungsangebot der Diakonie sein könne. Die Diakonie akzeptiere das Urteil des VfGH und setze sich davon ausgehend für ein Schutzgesetz ein (Schutz vor Missbrauch und Druckausübung, Wahrung der Gewissensfreiheit, Rechtssicherheit durch Abgrenzung zur Fremdtötung). Der assistierte Suizid solle nicht allzu detailliert geregelt werden, weil er dadurch als durch den Staat legitimierter gesellschaftlicher Normalfall erscheine; bei Sicherstellung der freien Willensbildung dürfe die Inanspruchnahme aber nicht de facto verunmöglicht werden. Es solle zu keiner Erneuerung der Strafbarkeit der Suizidbeihilfe im Strafrecht kommen. Es sei zu unterscheiden zwischen den Voraussetzungen für die freie Willensbildung sowie der Feststellung der Selbstbestimmungsfähigkeit und der tatsächlich frei gebildeten Willensentscheidung. Mehrfache verpflichtende Beratungen seien in Form eines interdisziplinären Konsils vorzusehen, ebenso sei ein Gutachten über die Selbstbestimmungsfähigkeit zu erstellen; eine allfällige notarielle Errichtung einer Sterbeverfügung sei denkbar. Suizidassistenz sollte nur von entscheidungsfähigen, volljährigen Personen mit Erkrankung in terminaler Phase in Anspruch genommen werden. Die Einnahme eines letalen Präparats sei vorzuziehen. Daneben seien weitere gesetzliche Rahmenbedingungen vorzusehen (Gewissensfreiheit, Werbeverbot, Verbot von Profit, Begleitforschung). Außerdem spricht sich die Diakonie gegen staatlich zertifizierte Beratungsstellen aus.

Die **Österreichische Buddhistische Religionsgesellschaft (ÖBR)** begrüßt grundsätzlich im Sinne der Eigenverantwortung die Entscheidung der Straffreistellung von assistiertem Suizid durch den VfGH. Bei Festlegung der entsprechenden Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber sollten auf jeden Fall auch die jeweils bestehenden Expertisen der Länder Berücksichtigung finden, die bereits langjährige Erfahrungen mit solchen Entscheidungen gemacht hätten. Die Entscheidung des VfGH biete aber eine besondere Gelegenheit, bestehende Mängel in unserer Gesellschaft in Bezug auf unser Miteinander im Allgemeinen und den Umgang mit schwachen, kranken und leidenden Menschen genauer zu betrachten und zu verbessern. Der Staat müsse flächendeckend, ausreichend und absolut niederschwellige Angebote zur Behandlung von psychischen Belastungen sowie von leistbarer Hospiz- und palliativmedizinischer Betreuung zur Verfügung stellen und fördern.

Die **Österreichische Gesellschaft für ein Humanes Lebensende (ÖGHL)** fasst ihre Vorstellungen für die Kernpunkte für ein mögliches „Suizidhilfe-Gesetz“ zusammen: Die Entscheidung für Freitodhilfe müsse selbstbestimmt, informiert und dauerhaft von einer entscheidungsfähigen Person getroffen werden; die Inanspruchnahme von Freitodhilfe setze einen

verpflichtenden Beratungsprozess voraus. Versuche der Gegner des individuellen Selbstbestimmungsrechts unter dem Deckmantel „Missbrauchsverhinderung“ (zB durch „temporäre Autonomie“, „vielköpfige Sterbehilfekommission“, etc.), die durch „Stellschrauben“ das Urteil des VfGH aushebeln wollten, müssten vom Gesetzgeber dezidiert zurückgewiesen werden. Es sei vor Missbrauch in jeglicher Hinsicht zu schützen, im Sinne eines Schutzes des Selbstbestimmungsrechts vor dem Einfluss Dritter. Freitodhilfe sei in Palliativstationen von zumindest drei öffentlichen Krankenhäusern in allen Bundesländern kostenlos anzubieten, die zugleich auch als Beratungsstellen fungieren sollen, und ausschließlich durch die Zurverfügungstellung von Natrium-Pentobarbital zu leisten. Analog zur Volksanwaltschaft bzw. Patientenanwaltschaft sei eine Selbstbestimmungsanwaltschaft einzurichten. Es dürfe keine Personengruppe ausgeschlossen sein. Allen Bürger*innen solle eine kostenfreie stationäre und mobile Palliativ- und Hospizbetreuung offenstehen.

Der **Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)** weist ergänzend darauf hin, dass in den Pflegeberufen tätige Menschen in der Praxis besonders mit diesem Thema konfrontiert seien. Aus Sicht des ÖGKV wäre es nicht akzeptabel, dass die Entwicklung, Etablierung, Durchführung und Kontrolle des assistierten Suizids ohne Einbeziehung von Pflegepersonen stattfinden könne. Die Rahmenbedingungen müssten so gestaltet werden, dass Pflegepersonen vom Beginn bis zum Ende in den Ablaufprozess integriert seien. Folgende Rahmenbedingungen seien u.a. zu schaffen: Aufklärung, Beratung, Betreuung und Durchführung bei assistiertem Suizid sollten durch ein multiprofessionelles Team (ähnlich den mobilen Palliativteams) erfolgen, dem jedenfalls eine Pflegeperson angehöre; Pflegepersonen dürften nicht gezwungen werden, am assistierten Suizid teilzunehmen; die Medikamente müssten von Ärzt*innen verordnet werden; assistierter Suizid solle nicht durch Sterbehilfevereine durchgeführt werden; es sollten keine kommerziellen Interessen bedient werden; eine begleitende psychologische Betreuung der betreuenden, aber vor allem der durchführenden Personen sei sicherzustellen; letztlich sei eine unabhängige Stelle zu errichten, die fachliche Standards erstelle und die Sammlung und Auswertung der Daten und Evaluierung durchführe.

Die **Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS)** fordert, dass der Ausbau der Palliativversorgung durch den niedrigschwelligen Zugang zu psychosozialer Beratung, Behandlung, Begleitung und Suizidprävention ergänzt werden müsse. Weiters müssten Maßnahmen zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen forciert werden. Es müssten drei voneinander getrennte Prozesse geregelt werden: a) kostenlose verpflichtende Aufklärung und Beratung sowie freiwillige Begleitung bei der Entscheidungsfindung durch staatlich zertifizierte Stellen; b) Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit, der freien Willensbildung,

der Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches (zB durch gutachterlich tätige Fachärzt*innen für Psychiatrie) und Feststellung durch ein Gericht; c) Assistenz beim Suizid durch staatlich zertifizierte Stellen. Die unterschiedlichen Zielgruppen seien: a) Personen, die aufgrund einer schweren körperlichen Erkrankung mit infauster Prognose und schwerem Leiden unmittelbar vor ihrem Lebensende stünden; b) Personen, die von einer chronischen Erkrankung mit anhaltenden Beeinträchtigungen und Leidenszuständen betroffen seien, aber nicht unmittelbar oder absehbar vor ihrem Ableben stünden; c) Personen, die an keiner Erkrankung litten, aber aus ideellen oder sonstigen Gründen durch einen assistierten Suizid aus dem Leben scheiden wollten. Für die Gruppe a) sei rasches Handeln und Entscheiden nötig (Begutachtung und Entscheidung binnen zwei Wochen); bei Gruppe b) und c) werde eine Prozessdauer mit mindestens zweimaliger Begutachtung und mindestens sechsmonatiger Prozessdauer vorgeschlagen. Eine staatlich zertifizierte Institution sollte das Suizidmittel übergeben und beim Suizid zugegen sein. Es müsse auch für psychologische Hilfestellung für die involvierten Personen gesorgt werden. Werbung sollte aufgrund des „Werther-Effekts“ verboten sein, aufgrund der hohen Suggestibilität bei suizidalen Menschen sei dabei eine breitestmögliche Definition von „Werbung“ wünschenswert.

Die **Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)** (auch gemeinsame Stellungnahme mit Dachverband Hospiz Österreich) sieht es als unverzichtbar an, folgende Prinzipien sicherzustellen: Rahmenbedingungen für einen Tod in Würde und Sicherheit; Schutz vulnerabler Gruppen; Verhinderung von Missbrauch; Freiheit von Zwang bei der Entscheidung über das eigene Lebensende; Freiheit von Zwang und Sicherheit für das Gesundheitspersonal. Alle Einrichtungen der abgestuften spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung müssten durch die öffentliche Hand voll finanziert werden, zugleich müssten Maßnahmen der Suizidprävention ausgebaut und mit ausreichenden Mitteln ausgestattet werden. Auch Angebote und Einrichtungen zur Betreuung und Versorgung alter Menschen, von Menschen mit Behinderung und der Unterstützung für pflegende Angehörige müssten ausgebaut werden. Bereits bestehende Möglichkeiten wie die Errichtung von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten oder die Möglichkeiten von Erwachsenenvertretungen müssten verstärkt im Bewusstsein der Bevölkerung verankert und einfach zugänglich gemacht werden. Die Umsetzung des Vorsorgedialogs müsse im mobilen und stationärem Bereich finanziert werden. Es dürfe keinen durchsetzbaren Rechtsanspruch auf assistierten Suizid geben, eine Bereicherung dadurch müsse ausgeschlossen werden. Die betroffene Person müsse volljährig und entscheidungsfähig sein, ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben, an einer (chronisch oder weit fortgeschrittenen) Erkrankung mit begrenzter Lebensdauer leiden und die Entscheidung unbeeinflusst treffen, auch dürfe sie nicht an einer die Autonomie beschränken-

den psychischen Erkrankung leiden. Die assistierende Person müsse zur Straffreiheit volljährig und entscheidungsfähig sein und folgende Kriterien erfüllen: Bereitschaft zur Hilfeleistung aus eigenem, schriftlich festgelegtem Willen, Anwesenheit bis zum Todeseintritt, Veranlassung medizinischer Unterstützung bei Komplikationen sowie Erledigung der Dokumentations- und Meldepflichten. Suizidassistenz dürfe nicht auf Wiederholung ausgelegt sein. Es seien Koordinationsstellen einzurichten, die die Voraussetzungen überprüften und alle Schritte dokumentierten und evaluierten. Die OPG listet abschließend eine Reihe von Maßnahmen auf, um den bestehenden Strukturmängeln in der palliativmedizinischen Versorgung entgegenzutreten.

Der **Österreichische Seniorenrat** fordert einen Rechtsanspruch auf Hospiz- und Palliativbetreuung, die beschleunigt flächendeckend auszubauen sei und für die eine Regelfinanzierung sicherzustellen sei. Das Erkenntnis des VfGH, wonach die Strafbarkeit der Mitwirkung zum Suizid mit Beginn 2022 aufgehoben sei, sei zu akzeptieren, allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen, nämlich der Absicherung des „freien, ernsthaften und dauerhaften Willens“ sowie der Verhinderung von Missbrauch. Ein wirksames Schutzkonzept gegen Missbrauch des assistierten Suizids sei unbedingt notwendig, der Druck auf Ältere, Kranke, Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderung dürfe nicht steigen. Beihilfe in Anspruch nehmen sollten nur volljährige Personen, die an einer unheilbaren Krankheit litten, die in absehbarer Zeit zum Tod führe. Dies müssten zwei Ärzte (nicht der behandelnde Arzt) bestätigen. Bei Zweifeln an der Entscheidungsfähigkeit sei ein psychiatrisches oder psychologisches Gutachten zwingend. Es dürfe keine Beeinflussung durch dritte Personen geben. Das Gesundheitspersonal dürfe keinesfalls das tödliche (orale) Mittel verabreichen; bei Schwierigkeiten mit dem Schlucken sowie im Fall einer totalen Lähmung sollte es eventuell auch ein injizierbares Mittel sein. Es brauche eine verpflichtende Bedenkzeit und eine Beratung über Alternativen. Sterben dürfe kein Geschäftsmodell werden, deshalb wäre Werbung, Gewinnorientierung usw. auszuschließen.

2. Stellungnahmen von Privatpersonen

Die Stellungnahmen der Privatpersonen gliedern sich im Wesentlichen in Befürworter*innen einer liberaleren Regelung sowie Befürworter*innen einer restriktiveren Regelung und werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Befürworter*innen einer liberaleren Regelung der Sterbehilfe:

Die Befürworter*innen einer liberaleren Regelung führen als wesentliches Argument das Selbstbestimmungsrecht des*r Einzelnen ins Treffen, das zu respektieren sei; neben dem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben müsse auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Lebensende gewährleistet sein. Zudem wird auch Kritik an religiösen Einrichtungen geübt. Diese würden anderen ihr eigenes Weltbild aufoktroyieren wollen. Palliative Care und Hospizversorgung seien wichtig und notwendig, aber die Möglichkeit eines freiwilligen, assistierten Suizids sei dennoch unerlässlich. Sterbehilfe sollte weiters unabhängig vom Vorliegen einer (terminalen) Erkrankung möglich sein. Jede Einschränkung auf eine bestimmte Personengruppe wäre nicht verfassungskonform und würde dem VfGH-Erkenntnis widersprechen. Auch wurde auf die Gleichberechtigung aller Altersgruppen in Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts hingewiesen. Hervorgehoben wurde auch die Würde beim Sterben durch die Gewährung von Suizidassistenten, sodass sterbewillige Personen nicht zu unwürdigen und inhumanen Selbsttötungsarten greifen müssten. Es wurde auch die Notwendigkeit einer verpflichtenden, kontinuierlichen, wissenschaftlichen und unabhängigen Begleitung der Praxis des assistierten Suizids gefordert. Als Modell wurde beispielsweise die Praxis in den Benelux-Staaten und der Schweiz genannt.

Befürworter*innen einer restriktiveren Regelung der Sterbehilfe:

Befürworter*innen einer restriktiveren Regelung nennen oftmals religiöse Gründe für ihre Position. Zudem wird die Entscheidungsfähigkeit des Menschen über Leben oder Tod generell mit Verweis auf religiöse Überlegungen bezweifelt. Großteils wird dabei nicht zwischen der – auch über den 1.1.2022 hinaus verbotenen – „Tötung auf Verlangen“ (§ 77 StGB) und dem vom VfGH in § 78 StGB aufgehobenen zweiten Fall, nämlich der „Mitwirkung am Selbstmord“ unterschieden. Darüber hinaus wird in einigen Stellungnahmen die Befürchtung geäußert, dass in Zukunft auch die Tötung auf Verlangen gesellschaftlich akzeptiert werde. Auch auf die Verbrechen des Nationalsozialismus wird in diesem Zusammenhang hingewiesen. Die Beteiligung von Ärzt*innen oder Pflegepersonal an der Suizidassistenten wird teilweise abgelehnt. Weiters werden weitreichende gesellschaftliche Veränderungen befürchtet, etwa dass alte und kranke Menschen unter Druck gesetzt werden könnten, den Weg der Selbsttötung zu wählen. Der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung sowie der Suizidprävention wird in den Stellungnahmen fast durchgehend befürwortet.

3. Stellungnahmen von Organisationen und Einrichtungen (in alphabetischer Reihenfolge)

Das in den Stellungnahmen kommunizierte Meinungsbild ist sehr differenziert: Es reicht von einer positiven und sehr liberalen Einstellung zum assistierten Suizid über den Wunsch nach mäßigen, restriktiven oder sehr restriktiven Regelungen bis hin zur gänzlichen Ablehnung des VfGH-Erkenntnisses. Unabhängig davon betonen viele Stellungnahmen, dass die Palliativ- und Hospizversorgung ausgebaut werden müsse, der Suizidprävention eine bedeutende Rolle zukomme und gesetzliche Regelungen Missbrauch verhindern sollten.

Die **ADF International** (christliche Menschenrechtsorganisation) sieht sich dem Recht auf Leben verpflichtet und sieht kein „Recht auf Sterben“. Sie spricht sich zunächst für einen Ausbau der Suizidprävention und der Palliativmedizin aus, um dafür zu sorgen, dass die Nachfrage nach Suizidbeihilfe nicht steige. In dem Bereich, der dann für die Suizidbeihilfe überhaupt noch verbleibe, sei dem Ausschluss von Missbrauch alle Aufmerksamkeit zu widmen. Besonders verletzlichen Menschen, beispielsweise Kranken, Schmerzleidenden, Menschen hohen Alters, Einsamen und Schwachen, gebühre in besonderem Maße rechtlicher Schutz, ebenso wie Wertschätzung und Pflege seitens der Gesellschaft. Gewissensfreiheit für medizinisches Personal, ein Werbeverbot und ein Ausschluss der Gewinnerzielungsabsicht von assistierenden Personen seien zu gewährleisten. Kommerzielle Interessen sowie die Ausnutzung von Notlagen verletzlicher Personen seien auszuschließen. Die gesellschaftliche Missbilligung solchen Missbrauchs sei durch konsequente strafrechtliche Sanktionierung jeglicher Übertretung Nachdruck zu verleihen. Suizidbeihilfe sollte nur in Ausnahmefällen, bei Urteilsfähigkeit der suizidwilligen, volljährigen Person, die sich in der Endphase ihres Lebens befindet, nach einer umfassenden, obligatorischen Beratung und Bedenkfrist möglich sein.

Die **aktion leben** plädiert für einen Rechtsanspruch auf gesicherte Pflege, persönliche Assistenz und Hilfsmittel für ein selbstbestimmtes Leben. Sterbehilfe dürfe kein Geschäftsmodell werden, Werbung müsse verboten werden, Beihilfe dürfe keinesfalls durch Ärzt*innen und nicht in Hospizeinrichtungen ausgeführt werden. Vor der Beihilfe bedürfe es einer umfassenden Klärung durch Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen, wobei die Klärungsgespräche auch eine Beratung über Hilfe zum Leben enthalten müssten. Die Sterbehilfe sollte ausschließlich durch eine staatliche Einrichtung erfolgen. Für die Dauerhaftigkeit des Entschlusses brauche es mehrere Willensbekundungen über eine ausreichende, monatelange Wartezeit. Der Zugang zur Beihilfe solle möglichst eingeschränkt sein, zB auf

Personen, die am Ende ihres Lebens stehen. Weiters bedürfte es Begleitregelungen in anderen Gesetzesmaterien, insbesondere den Ausbau der Palliativmedizin und Hospizversorgung, wie auch einer wissenschaftlichen Begleitforschung.

Die **Arbeitsgemeinschaft Katholischer Verbände Österreichs (AKV)** übermittelt ihre grundsätzliche Position aus Anlass des Erkenntnisses des VfGH: Es dürfe keine Gesetzeslage geschaffen werden, die die Menschen zur Sterbehilfe dränge oder es ermögliche, dass ältere und kranke Menschen unter Druck gesetzt würden, ihre Daseinsberechtigung und ihren Lebenswillen rechtfertigen zu müssen. Die in Österreich qualitativ hochwertige Hospiz- und Palliativmedizin sei institutionell zu stärken und mit ausreichenden finanziellen Mitteln auszustatten.

Die **ARGE Beratung, Psychotherapie und Mediation** merkt an, dass die geförderte Familienberatung in den Familienberatungsstellen einen Rahmen für Begleitung und Beratung zu diesem Thema bieten könnte. Es müsse sichergestellt werden, dass es eine Beratung und Begleitung für Menschen, die für sich selbst den assistierten Suizid in Erwägung zögen oder einen dahingehenden sozialen Druck verspürten, für Menschen, die um Beihilfe angefragt würden oder die Beihilfe geleistet hätten, sowie für Angehörige, Kolleg*innen, Freund*innen solcher Personen gebe. Diese spezifische Beratungsarbeit könnte in dem bereits bestehenden und regional eingebetteten Netz an Familienberatungsstellen mit qualifizierten Mitarbeiter*innen erfolgen. Der finanzielle Mehraufwand wäre überschaubar, der Ausbau der Familienberatungsförderung sei im Regierungsprogramm ohnehin vorgesehen und stehe hoffentlich vor zeitnaher Umsetzung.

Der **Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP)** forderte einen Ausbau einer niederschwellig zugänglichen Palliativversorgung und in diesem Kontext auch einen massiven Ausbau der psychologischen und psychiatrischen Versorgung der Patient*innen. Außerdem bedürfe es eines sensiblen Umgangs mit den Begrifflichkeiten („Suizid“ oder „Selbsttötung“ statt „Selbstmord“). Bei der Sicherstellung der Abklärung, ob tatsächlich eine auf freie Selbstbestimmung gegründete Entscheidung vorliege, sei die Einbindung von berufsrechtlich qualifizierten Berufsangehörigen von großer Bedeutung. Der gesetzlich zu schaffende Prozess müsse gewährleisten, dass dieser ausschließlich in multiprofessioneller Zusammenarbeit erfolge. Professionelle, kompetente Begleitung sei bei einem solchen Prozess unabdingbar und insbesondere im Rahmen wertneutraler, nicht direkter Beratung im Sinne einer „Reflexionshilfe für eine selbstbestimmte Entscheidung“ gewährleistet. Die Kosten für den Prozess der professionellen Begleitung bei der Entscheidungsfindung sollten jedenfalls von der Krankenversicherung oder aus öffentlichen Mitteln getragen

werden. Der BÖP weist darauf hin, dass die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit zu den Kernkompetenzen der Klinischen Psychologie gehöre.

Der **Bund evangelikaler Gemeinden** bedauert die Entscheidung des VfGH, begrüßt aber den Wunsch der Regierung, das neue Gesetz mit klaren Grenzen zu versehen und einen Missbrauch möglichst auszuschließen. Jugendliche müssten vor assistiertem Suizid geschützt werden, auch dürfe niemand gegen seinen Willen Unterstützung zum Suizid leisten müssen. Dies gelte besonders für Ärzt*innen und medizinisches Personal.

Der **Bundesverband Lebenswelt Heim** sieht die Entscheidung des VfGH kritisch und spricht sich für eine gute Begleitung älterer Menschen in allen Pflege- und Betreuungssettings, die Zurverfügungstellung ausreichender Informationen über Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, etc., eine Unterstützung, um die Angst vor Schmerzen zu nehmen, sowie gut ausgebaute Strukturen im Rahmen von Hospiz und Palliative Care aus. Abgelehnt werde ein offenes Werben für assistierten Suizid, ein Druck oder Erwartungshaltungen an ältere Menschen, wirtschaftliche Anreize für Suizidbegleitung und das Heranziehen von Mitarbeiter*innen der Pflegeeinrichtungen. Das Thema Sterben sollte proaktiv diskutiert werden, es sollten Maßnahmen gesetzt werden, die ein positives Altersbild förderten. Zudem seien Pflege- und Betreuungssettings zu stärken.

Die **Christliche Partei Österreichs** hat eine Bürger*innen-Initiative gestartet („**LEBEN für ALLE**“), deren Ziel es ist, die durch das Urteil des VfGH „entstandene Situation bei ‚Hilfeleistung zum Selbstmord‘ im Sinne eines vollen Schutzes des Lebens für Alle neu zu gestalten“. Gefordert wird eine Änderung des derzeitigen Art. 85 B-VG: „(1) Jeder Mensch hat das Recht auf Leben vom Beginn bis zum natürlichen Ende. Tötung auf Verlangen und Hilfe zum Selbstmord sind gesetzlich zu verbieten. (2) Niemand darf zur Todesstrafe verurteilt oder hingerichtet werden.“ Die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht solle dafür sorgen, dass der Wille der Patient*innen auch bei Eintritt der Entscheidungs- und Äußerungsunfähigkeit weiter berücksichtigt werde. Außerdem liege die Antwort auf unheilbare Krankheit und Schmerzen in der Palliativmedizin und in einer würdevollen Sterbebegleitung, nicht im assistierten Suizid.

Die **ELAIA Christengemeinden** („Freikirchen in Österreich“) fordern, dass im Umgang mit dem Todeswunsch von Menschen die Suizidprävention Priorität haben müsse. Es müsse eine flächendeckende Suizidprävention sichergestellt sowie die Hospiz- und Palliativversorgung weiter ausgebaut werden. Ärzt*innen sollten nicht mit der Verabreichung von letalen Präparaten beauftragt werden. Keinesfalls dürfe assistierter Suizid für Minderjährige oder

psychisch Kranke bzw. depressive Personen zur Verfügung stehen. Der Sterbewunsch müsse mehrfach und über einen längeren Zeitraum geäußert werden; er sollte notariell beglaubigt sein, nach einer rechtlichen Aufklärung durch den Notar. Ein psychologisches Gutachten müsse psychische Erkrankungen ausschließen, in einer medizinischen Beratung müsse auf die Möglichkeiten der Palliativmedizin hingewiesen werden. Im Rahmen des Gewissenschutzes sollten alle Personen, insbesondere die Angehörigen von Gesundheitsberufen, die Beteiligung verweigern können; aus der Beteiligung dürfe keine Bereicherung erfolgen (Honorar, Erbschaft, usw.). Um Missbrauch zu vermeiden, sei der Zugang zum assistierten Suizid so restriktiv wie möglich zu gestalten.

Das „**Forum Gesundheitsrecht**“ begrüßt das Erkenntnis des VfGH und befürwortet ein Tätigwerden des Gesetzgebers im Sinne eines eigenen Bundesgesetzes über den assistierten Suizid. Ein Verstoß gegen dieses Gesetz sollte (strafrechtlich) sanktioniert werden. Ein flächendeckender Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung inklusive einer Regelfinanzierung sei sicherzustellen. Der Entschluss zum Suizid setze Entscheidungsfähigkeit voraus, die Überprüfung der selbstbestimmten Entscheidung solle durch eine/n Ärzt*in und zusätzlich durch eine/n weitere/n Ärzt*in oder Psycholog*in erfolgen, bei psychisch kranken Personen sollte ein/e Psychiater*in beigezogen werden. Ein genereller Ausschluss psychisch kranker Menschen vom Recht auf assistierten Suizid wäre aber diskriminierend und gleichheitswidrig. Eine lebensbejahende Beratung sei verpflichtend vorzusehen, die über Suizidpräventions- und Palliativangebote zu informieren habe. Der schriftlichen Willensbekundung von Suizidwilligen sei ein/e Zeuge/in beizuziehen, die Beiziehung von Jurist*innen werde als nicht notwendig erachtet. Es werde empfohlen, den assistierten Suizid nur Erwachsenen zu erlauben. Eine Einschränkung nur auf todkranke Menschen sei nicht vorzusehen – aus grundrechtlichen Überlegungen gebe es keine Rechtfertigung dafür, materielle Gründe für einen assistierten Suizid staatlich vorzugeben. Bei der Länge der Frist zwischen Beratung/Überprüfung und dem assistierten Suizid sollte zwischen „kranken“ und „gesunden“ Menschen differenziert werden. Die Methoden zum Suizid sollten gesetzlich geregelt werden, wobei vom Einsatz eines letalen Präparats ausgegangen werde. Der assistierte Suizid müsse in Gesundheitseinrichtungen zugelassen werden wie auch über Vereine. Ein staatliches Monitoring wäre notwendig und könnte bei der Gesundheit Österreich GmbH angesiedelt werden. Alle anbietenden Organisationen sollten sich einer behördlichen Bewilligung unterziehen müssen und gesetzlichen Rahmenbedingungen unterliegen.

Von Seiten der Hilfsorganisationen **Hilfswerk**, **Rotes Kreuz** und **Volkshilfe** wird betont, dass die Qualität des Entscheidungsprozesses und der Begleitung bei diesem im Vordergrund stehen müsse und es nicht vorrangig um die Frage gehen sollte, ob und in welchem Umfang

man bestimmte Personengruppen von der Entscheidung, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, ausschließen könnte. Wesentlich sei auch, dass Beratungsangebote barrierefrei, niederschwellig und kostenlos zu Verfügung stünden und allen zugänglich gemacht werden müssten (auch im Hinblick auf kulturelle Unterschiede). Hier müsse darauf geachtet werden, dass bei gemeinnützigen Tätigkeiten keine Kommerzialisierung passiere. Der assistierte Suizid sollte das letzte Mittel der Wahl sein, also erst dann durchgeführt werden, wenn alles andere getan worden sei. Wenn man dem VfGH-Erkenntnis und den dahinterstehenden Gedanken Ausdruck verschaffen möchte, wäre es notwendig, auch einen Kulturwandel beim Sterben zu vollziehen. Der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung sei jedenfalls notwendig.

Die **Katholische Aktion Österreich** fordert klare und wirksame Einschränkungen durch den Gesetzgeber, damit ein Missbrauch der Straffreiheit der Beihilfe zur Selbsttötung verhindert werde. Insbesondere sei zu klären, welches Motiv einen Suizid unter Berufung auf die freie Selbstbestimmung insofern rechtfertigen solle, dass eine Beihilfe nicht strafbar sei. Die Psychologie lehre, dass der Wunsch nach Selbsttötung ein Hilfeschrei sei. Das geplante Gesetz solle daher auch verpflichtende Maßnahmen zur Suizidprävention enthalten; ebenso brauche es den nötigen Ausbau und die Finanzierung von Hospiz- und Palliativeinrichtungen und verstärkte Information über die Möglichkeiten der Palliativmedizin. Ärzt*innen würden bei der Beratung und Begutachtung suizidwilliger Personen eine Rolle spielen müssen, die Suizidassistenz an sich solle aber nicht Leistung von Ärzt*innen oder anderer Gesundheitsdienstleister werden, ebenso nicht der Mitarbeiter von Spitälern, Pflegeheimen und Hospizeinrichtungen. Ein ausdrückliches Verbot brauche es für das Anbieten durch gewinnorientierte Vereine oder Unternehmen, ebenso brauche es ein Werbeverbot.

Der **Katholische Laienrat** äußerte sein Unverständnis über das VfGH-Erkenntnis und die dahinterliegende Begründung. Maßnahmen, die den Tod eines Menschen zum direkten Ziel haben, seien ethisch nicht vertretbar, wohingegen Handlungen, die etwa Schmerzlinderung als eindeutiges Ziel hätten und eine Lebensverkürzung bloß in Kauf nähmen, schon ethisch verantwortbar seien – lebensverlängernde Maßnahmen müssten nicht immer Priorität haben. Es bestehe die Gefahr, dass Suizidhilfe als „Normalfall“ der Sterbebegleitung gesehen werde. Um das zu verhindern, müssten jetzt klare und eindeutige Bedingungen und Begründungen für die Strafflosigkeit festgelegt werden. Bei der notwendigen, aber schwierigen Abgrenzung der zur Anforderung der Beihilfe zur Selbsttötung berechtigten Personen müssten allerdings schwer fassbare Tatbestände wie „unheilbare Krankheit“, „begrenzte Lebenserwartung“ etc. definiert werden – es könne nicht die Intention des VfGH sein, bei jeder beliebig vorgebrachten Begründung für das Verlangen nach Beihilfe zur Selbsttötung diese

Beihilfe straffrei zu stellen. Der Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung sei dringend sicherzustellen, auch eine permanente Begleitforschung zu diesen Entwicklungen sei gesetzlich zu verankern.

Die **katholischen Familienverbände (Katholischer Familienverband Österreichs und Katholischer Familienverband der Erzdiözese Wien)** fordern, dass Betroffene die notwendige Unterstützung erfahren sollen, um ihr Leben bis zuletzt schmerzfrei und lebenswert zu gestalten. Sie betonen die Gefahr des Drucks der insbesondere bei älteren, schwerkranken oder pflegebedürftigen Menschen entstehen könnte. Der Katholische Familienverband Österreichs hält u.a. folgende Rahmenbedingungen für notwendig, um dieser Drucksituation entgegenzuwirken: Einerseits beim VfGH im Sinne der Transparenz ein Sondervotum einzuführen; andererseits seien die Gewissensfreiheit sicherzustellen, eine Informationskampagne für die Patientenverfügung zu starten, die Palliativ- und Hospizversorgung auszubauen, die Kommerzialisierung ausdrücklich zu verbieten, Sanktionsmöglichkeiten zu schaffen und eine wissenschaftliche Begleitforschung einzurichten.

Der **Verein Lebenskonferenz** vertritt den Standpunkt, dass die Suizidprävention eine zentrale Aufgabe des Rechtsstaates sei und der Gesetzgeber ein klares Signal setzen solle, dass Beihilfe zum Suizid grundsätzlich nicht erwünscht sei und alles unternommen werde, um das Leben von Menschen bis zuletzt lebenswert zu gestalten. Der Verein befürwortet den sofortigen und vollumfänglichen Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Er spricht sich außerdem für eine möglichst restriktive Regelung der Suizidbeihilfe aus; außerhalb des geregelten Bereiches sei die Suizidbeihilfe weiterhin strafrechtlich zu sanktionieren. Minderjährige und psychisch Kranke wären von der Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe auszuschließen, diese Möglichkeit sei auch nur todkranken Menschen bzw Menschen mit einer beschränkten Lebenserwartung zu eröffnen. Außerdem sei u.a. Folgendes vorzusehen: Verpflichtende Beratungsstellen, ärztliche Beratung über palliativmedizinische Möglichkeiten, ein notariell beglaubigter Sterbewunsch, Verbot der Geschäftsmäßigkeit und Vorteilszuwendung, ein umfassendes Werbeverbot, die Absicherung der Gewissensfreiheit und Begleitforschung.

Der **Malteser Hospitaldienst Austria** wirft zahlreiche durch das Erkenntnis des VfGH entstandene Fragen auf und fordert die Sicherstellung, dass die Beihilfe zum Suizid, wenn überhaupt, nur nach einer intensiven interdisziplinären Untersuchung und Freigabe durch entsprechende Spezialisten erfolgen könne. Dazu wären je nach Situation der betroffenen Person neutrale Palliativmediziner*innen, Psycholog*innen, Fachärzt*innen etc. beizuziehen. Erst nach einer psychologischen Beratung, der Erörterung von Alternativen und palliativen

Möglichkeiten, dem Ausschluss einer Depression und einem dokumentierten Konsil solle hier mit entsprechendem zeitlichen Abstand eine Freigabe gegeben werden. Minderjährige, psychisch kranke Personen und durch einen Erwachsenenvertreter Vertretene sollten ausgenommen sein. Die institutionelle Beihilfe zum Suizid, sofern überhaupt zulässig, müsse absolut kostenlos erfolgen.

Der **Österreichische Cartellverband** meint, dass eine Neuregelung restriktiv sein müsse, damit Beihilfe zum Suizid ausschließlich in jenen Fällen geleistet werden dürfe, bei denen den Betroffenen, wie es der VfGH formuliert habe, ein „Sterben in Würde“ anders nicht möglich wäre. Die Suizidbeihilfe müsse aber weiterhin ein Straftatbestand bleiben, wie auch jegliche Art der aktiven Sterbehilfe abzulehnen wäre. Es sei nicht zielführend, einen Katalog von typischen Fällen oder Situationen (zB unheilbare Krankheiten, Behinderung, Lebensmüdigkeit usw.) zu erstellen. Es werde eine Beratungspflicht gefordert, insbesondere eine verpflichtende Beratung durch eine Ethikkommission; vorgelagert solle es eine ärztliche und juristische Aufklärung geben, wobei „Cool Down“-Phasen vorzusehen seien. Es dürfe keine Werbung oder Vermarktung geben, die Hilfeleistung zum Suizid müsse in festgelegten Krankenhäusern in Palliativ- und Hospizabteilungen stattfinden, weiters dürfe es keine finanziellen Abhängigkeiten zwischen den Personen geben. Schließlich seien eine statistische Aufzeichnung für Forschungszwecke zu verankern sowie ein Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung, Sterbebegleitung, psychosozialen Begleitung und Suizidprävention vorzunehmen.

Die **Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)** hat zur Änderung des § 78 StGB vorgeschlagen, dass die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches sowie das Vorliegen eines aufgeklärten und informierten Willensentscheids durch qualifizierte Expert*innen beurteilt und begutachtet werden müsse. Als Mindestzeitraum würden drei Monate vorgeschlagen. Je nach Ausgangslage seien verpflichtend psychiatrische und/oder psychotherapeutische und/oder palliativmedizinische Konsultationen vorzusehen. Die Begutachtung solle unabhängig von den zusätzlich herangezogenen Expert*innen erfolgen. Die ÖGPP schlägt auch vor, ein gerichtliches Verfahren zur Genehmigung der Suizidassistenz vorzusehen.

Die **„Österreichische Lebensbewegung“** fordert, dass Suizidvorbeugung im Vordergrund stehen solle, nicht aber eine Ermutigung zum „Freitod“, der vielleicht gar nicht so frei sei, wenn der betroffene Mensch sich alleine, verlassen, als Bürde und unverstanden fühle. Sterbehilfe dürfe nur für todkranke bzw. an unerträglichen Schmerzen leidende Menschen freigegeben werden. Minderjährige und psychisch Kranke müssten ausgenommen sein.

Auch müssten eine psychologische Beratung geboten werden und ein Gutachten vorliegen, um Depressionen auszuschließen, sowie eine ärztliche Beratung über den Krankheitsverlauf und auch Möglichkeiten der Palliativmedizin offenstehen. Deshalb seien die Hospizversorgung und die Palliativmedizin weiter auszubauen. Sterbehilfe dürfe aber nicht als ärztliche Tätigkeit definiert werden.

Das „**Salzburger Ärzteforum für das Leben**“ sieht den dem Urteil des VfGH zugrundeliegenden Autonomie-Begriff als überhöht und jeglicher Rationalität entzogen an. Eine Interpretation der Autonomie als schlichtes „Recht auf Selbstbestimmung“ werde der Komplexität der menschlichen Bedürfnisse nicht gerecht. Weiters wird eine klare Position gegen die Einbeziehung von Ärzt*innen in die Euthanasie oder die Beihilfe zum Suizid bezogen und die gesetzliche Verankerung dessen gefordert – eine Beteiligung des ärztlichen Berufsstandes würde das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*innen und Ärzt*innen nachhaltig und unwiderruflich zerstören. Statt die Suizidbeihilfe zu einem selbstverständlichen Angebot werden zu lassen, müssten die verschiedenen palliativmedizinischen Angebote allen Menschen in Österreich selbstverständlich, kostenlos und niederschwellig zugänglich gemacht werden. Folgende Empfehlungen für die legislative Umsetzung des VfGH-Urteils werden gegeben: 1. Advance Care Planning (umfasst Vorsorgedialog, Ausbildung speziell geschulten Personals etc.); 2. umgehende Umsetzung umfassender palliativmedizinischer Angebote; 3. Weiterbildung und insbesondere die Institutionalisierung einer lebensbejahenden Medizinethik; 4. Ausbau der Suizidprävention (ausreichend langes Intervall bis zur endgültigen Entscheidung, verpflichtende therapeutische Maßnahmen und Beratung, Verbot von Werbung und Vereinstätigkeit, gesetzliche Verankerung der Gewissensfreiheit des Gesundheitspersonals); 5. statistische Erfassung von Fällen der Suizidbeihilfe.

Die **serbisch-orthodoxe Diözese** von Österreich spricht sich gegen eine Öffnung für Sterbehilfe aus. Sterbehilfe sei die Ausrede mancher Ärzt*innen, die angeblich durch Sterbehilfe Patient*innen helfen wollten. Die von einigen Mitbürger*innen unserer Gesellschaft aufgeworfene Legalisierung der Sterbehilfe werde entschieden abgelehnt. Durch Förderung der palliativen Medizin würden die Diskussionen über Sterbehilfe überflüssig und deplatziert.

SLIÖ - Selbstbestimmt Leben Initiative Österreich moniert, dass ignoriert werde, wie Menschen mit Behinderungen von Anfang bis zum Ende ihres Lebens in ihrer Existenz bedroht seien. Statt über eine vermeintliche „Erlösung“ nachzudenken, müssten Lösungen gefunden werden, die den ureigenen Lebenswillen des Menschen durch Verbesserungen der Rahmenbedingungen stärkten. Mittlerweile sei hinlänglich belegt, dass der Wunsch zu sterben

oft aus dem Gefühl entstehe, für andere eine zu große Last zu sein. Die Politik und die Gesellschaft hätten daher u.a. dafür zu sorgen, dass die Möglichkeiten zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht weiterentwickelt würden, die persönliche Assistenz als Unterstützung für Betroffene und Angehörige auch im Alter zur Verfügung stehe, um ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, der Ausbau von Palliativmedizin und Hospiz weiter betrieben werde, Sterbehilfe in Österreich kein Geschäftsmodell werde, ein Werbeverbot vorgesehen werde, eine Kontrollinstanz nach dem Vorbild der OPCAT eingerichtet werde und wiederkehrende Berichte an das Parlament erfolgten.

Der **steirische Landesverband der ÖGKV** (Pflegeverbände: ÖGKV, Luisenverband, Theresienverband) hat sich klar gegen eine Veränderung der österreichischen Rechtslage und eine Übernahme dieser Tätigkeit durch Delegationen an die Pflegepersonen ausgesprochen sowie neben weiteren gesundheitspolitischen Forderungen für eine flächendeckende psychologische und psychiatrische Versorgung, einen Ausbau der Palliativversorgung und die Einführung eines adäquaten Schmerzmanagements plädiert.

Die **Universitäre Palliativmedizinische Einrichtung des Uniklinikum Graz** weist darauf hin, dass aus Studien und eigener Erfahrung bekannt sei, dass Todes- und Lebenswunsch bei schwer kranken Menschen oft sehr nah beieinanderlägen, sich rasch abwechselten, aber auch gleichzeitig existieren könnten. Es sei Teil der Aufgabe von Palliativmediziner*innen, Sterbewünsche ernst zu nehmen, zu besprechen, aber auch Alternativen (Palliative Care, Hospice Care) für das Lebensende aufzuzeigen. Sterbehilfe zu leisten werde nicht als palliativmedizinische Aufgabe betrachtet. Nur mit klaren gesetzlichen Regeln und Beschränkungen für die Durchführung des assistierten Suizids könne Missbrauch, wie man ihn sehr wohl in anderen Ländern mit legaler Sterbehilfe sehe, vorgebeugt werden. Dabei müsse die Freiwilligkeit des Suizidwunsches, dessen Ernst- und Dauerhaftigkeit und die Einsichts- und Urteilsfähigkeit unzweifelhaft festgestellt werden, es sollte eine Beschränkung auf volljährige und einwilligungsfähige Personen mit schwerer, unheilbarer, zum Tode führender Erkrankung mit limitierter Lebenserwartung erfolgen, es müssten eine ausführliche Aufklärung über Alternativen erfolgen und ein Zugang zu Specialized Palliative Care offenstehen (wobei der Versorgungsnotstand zu lösen sei). Zudem sollten eine angemessene Bedenkzeit gesetzlich festgelegt, die Rolle von Ärzt*innen klar definiert, geschäftsmäßige Suizidbeihilfe verboten sowie Dokumentations- und Meldepflichten eingeführt werden.

Der **Verein Letzte Hilfe – Verein für selbstbestimmtes Sterben** merkte an, dass die Zusammensetzung des Dialogforums Sterbehilfe nicht ausgewogen sei und es Vertretern von Religionsgemeinschaften an Sachwissen zum Thema mangle. Um sowohl den Interessen von

Hilfesuchenden als auch dem Bestreben, Missbrauch zu verhindern, Rechnung zu tragen, habe der Verein einen Gesetzesentwurf für ein „Bundesgesetz über den ärztlichen Suizidbeistand (ÄSBG)“ verfasst und vorgelegt. Der 41 Paragrafen umfassende Entwurf sehe Regelungen für einen ärztlichen Suizidbeistand und einen erweiterten ärztlichen Suizidbeistand vor; nach dem zugrundeliegenden Konzept sei – verkürzt dargestellt – ein Antrag auf ärztlichen Suizidbeistand zu stellen (Abgabe einer Suiziderklärung gegenüber Erstvertrauensärzt*in) durch eine volljährige, einsichts-, urteils- und äusserungsfähige Person, die schwer krank (innerhalb von sechs Monaten Tod zu erwarten oder dauerhaft schwere Behinderung) sei, dauerhaft schwer behindert, an chronischen nicht behandelbaren, nicht zumutbaren Schmerzen oder Multimorbidität leidet. Danach solle ein erstes persönliches Beratungs- und Aufklärungsgespräch bei dem*der Erstvertrauensärzt*in folgen. Nach der vorläufigen Genehmigung des*der Erstvertrauensärzt*in habe ein zweites Beratungs- und Aufklärungsgespräch und eine ärztliche Untersuchung durch eine*n Zweitvertrauensärzt*in zu folgen. Mit Bestätigung des*der Zweitvertrauensärzt*in könne die betroffene Person die endgültige Genehmigung durch den*die Erstvertrauensärzt*in beantragen, der ein letztes Beratungs- und Aufklärungsgespräch und eine Bekräftigung der Suiziderklärung voranzugehen habe, wobei die Frist in Ausnahmefällen verkürzt werden könne. Nach Genehmigung habe der*die Erstvertrauensärzt*in ein Suizid-Rezept auszustellen. Erweiterter ärztlicher Suizidbeistand (insbesondere intravenöse Injektion) solle in bestimmten Fällen unter Anwesenheit eines Zeugen möglich sein. Beim BMSGPK wäre eine Zentrale Koordinierungsstelle einzurichten u.a. zwecks Dokumentation, Kontrolle, Führung eines Todesfall-Registers etc.

Die **Wiener Werkstätte für Suizidforschung** schließt sich der Position der Österreichischen Gesellschaft für Suizidprävention (ÖGS) zum VfGH-Erkenntnis vollinhaltlich an.



Bundesministerium für Justiz
Museumstraße 7, 1070 Wien
+43 1 521 52-0

[bmj.gv.at](https://www.bmj.gv.at)