

**Spannungsfelder und Auswirkungen
von Erkenntnis G 139/2019 auf das
Gesundheits- und Sozialsystem
aus Sicht von Expert*innen betroffener Bereiche**

Bachelorarbeit II

am

Studiengang „Aging Services Management“

an der Ferdinand Porsche FernFH

Andrea Krettek

51841143

Begutachter: Mag. Georg Kudrna

Wien, Mai 2021

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

24. Mai 2021

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, cursive letters that are difficult to decipher but appear to start with 'A' and 'R'.

Unterschrift

Abstract

Der assistierte Suizid wird in Österreichensprechend dem Erkenntnis G 139/2019 des Verfassungsgerichtshofs vom Dezember 2020 ab 01. Jänner 2022 legal sein. Es obliegt dem Gesetzgeber, bis Ende des Jahres 2021 ein Gesetz zu dessen Regelung zu erlassen, oder ihn unreguliert zu belassen.

Die vorliegende Arbeit erfasst im Rahmen einer qualitativen Erhebung mittels leitfadengestützter Interviews die Meinungen von acht Personen aus relevanten Arbeitsumfeldern oder mit relevanten persönlichen Berührungspunkten über die Notwendigkeit der von der Bioethikkommission empfohlenen Maßnahmen zur Prävention von Missbrauch des assistierten Suizids. Weiters wurden die Befragten um ihre Einschätzung der möglichen Auswirkungen der Legalisierung auf das Gesundheits- und Sozialsystem gebeten, sowie deren Beurteilung möglicher Spannungsfelder zwischen Selbstbestimmungsrecht und Maßnahmen der Suizidprävention erhoben. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger. Weiters wurden die aktuelle Situation und die Meinungslage in Österreich kurz skizziert.

Die Ergebnisse zeigen, dass es selbst unter den Befürworterinnen und Befürwortern des assistierten Suizids sehr unterschiedliche Meinungen in Bezug auf die grundsätzliche Notwendigkeit gesetzlicher Maßnahmen zur Missbrauchsprävention gibt, relative Einigkeit herrscht allerdings darüber, wie solche Maßnahmen insgesamt aussehen könnten. Sehr heterogen gestalteten sich auch die Antworten auf die Frage nach möglichen Spannungsfeldern und deren Auflösungspotentialen. Keine nennenswerten Auswirkungen erwartet die Mehrheit der Befragten auf das Gesundheits- und Sozialsystem.

Schlüsselbegriffe: aktive Sterbehilfe, assistierter Suizid, Palliativmedizin, Hospizbetreuung, Selbstbestimmung, Autonomie, Verfassungsgerichtshof, Bioethikkommission, Erkenntnis G 139/2019, Sterbehilfegesetz, Missbrauch, Missbrauchsprävention, Suizidprävention, Freitodbegleitung

Abstract

Assisted suicide will become legal in Austria by January 1st, 2022, following finding G 139/2019 of the constitutional court. It is now up to the legislature to either enact legislation to regulate it before then or leave it unregulated.

This paper captures the opinions of eight people with relevant professional experience or personal involvement regarding the necessity of measures against possible abuse of assisted suicide, as recommended by the Austrian Bioethics Committee. Their assessment of possible consequences for the Austrian health and social system, as well as their evaluation of possible areas of tension between a patient's autonomy and measures of suicide-prevention was also queried. The interviewees' opinions were surveyed via guided interviews and evaluated using the qualitative topic analysis method by Froschauer and Lueger.

The results show that it is difficult to find consensus about the basic necessity of measures against abuse of assisted suicide even among its proponents. However, there was for the most part a consensus regarding what such measures could look like. Possible areas of tension and ways to resolve them were also judged quite differently, however, the majority of the interviewees did not expect a noteworthy impact of legalized assisted suicide on the Austrian health and social system.

Keywords: active euthanasia, assisted suicide, palliative care, hospice care, self-determination, autonomy, constitutional court, bioethics committee, finding G 139/2019, euthanasia act, abuse, abuse prevention, suicide prevention, suicide-accompaniment

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1. Forschungsfragen.....	7
1.2. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	7
2. Theoretischer Hintergrund	8
2.1. „Dialogforum Sterbehilfe“	9
2.2. Wie denkt Österreich: Meinungsumfrage von INTEGRAL.....	10
3. Empirische Untersuchung: Methodik	11
3.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner	12
3.2. Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens	12
3.3. Vorbereitung und Durchführung der Interviews	13
3.4. Analysemethode	15
3.5. Aufbereitung der Inhalte.....	16
4. Empirische Untersuchung: Forschungsergebnisse	17
4.1. Assistierter Suizid: Missbrauch und Missbrauchsprävention	17
4.1.1. Allgemeines zur Missbrauchsfrage	17
4.1.2. Maßnahmen gegen möglichen Missbrauch	19
4.2. Spannungsfelder: Suizidprävention vs. Selbstbestimmungsrecht	21
4.2.1. Die Einschränkung des Rechts auf assistierten Suizid auf bestimmte Personengruppen.....	21
4.2.2. Suizidprävention als gesellschaftliche Verpflichtung vs. Selbstbestimmungsrecht Betroffener	23
4.3. Die Auswirkungen der Legalisierung des assistierten Suizids auf das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem.....	25
5. Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen	26
5.1. Welche Möglichkeiten gibt es, Missbrauch der legalen Sterbehilfe zu verhindern und Menschen an ihrem Lebensende selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen?.....	26
5.2. Welche Spannungsfelder ergeben sich zwischen Selbstbestimmungsrecht und Suizidprävention?.....	28

5.3. Welche Auswirkungen der Legalisierung werden auf das Gesundheits- und Sozialsystem erwartet?	29
6. Resumee und Ausblick.....	29
Rechtsquellenverzeichnis.....	32
Literaturverzeichnis.....	33
Online Quellen	34
Abbildungsverzeichnis	35
Tabellenverzeichnis	36
Anhang	37

*„Was sich die Leute wünschen – Ewigkeit für sich selber!
Das ist so ein totaler Blödsinn. Das wär' entsetzlich.“ (Lotte Ingrisch)*

1. Einleitung

Aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid waren in Österreich auf Basis von § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) und § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) verboten und wurden mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren bedroht, während passive und indirekte Sterbehilfe straf-frei sind (www.bizeps.or.at, 13.06.2020). Diese Strafbestimmung war 88 Jahre lang gültig und stammt aus der Zeit des Austro-Faschismus (I-05, Z. 39-40).

Aufgrund eines im Mai 2019 beim Österreichischen Verfassungsgerichtshof (VfGH) eingereichten Individualantrags, in dem vier Antragsteller auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit des Verbots der Sterbehilfe klagten (www.oeghl.at, 13.06.2020), beschäftigte sich der VfGH in der Sitzung vom Juni 2020 mit den in Frage stehenden Paragrafen (www.vfgh.at, 28.12.2020). Wegen der Komplexität des Themas wurde in weiterer Folge eine öffentliche Sitzung im September 2020 angesetzt, die allerdings aufgrund der COVID-19 Krise nur mit einer sehr begrenzten Zahl vorangemeldeter Teilnehmer stattfand (www.vfgh.at, 28.12.2020). Die Verhandlung wurde schließlich ein weiteres Mal verlängert und im November 2020 fortgesetzt (www.vfgh.at, 28.12.2020). Am 11. Dezember 2020 verkündete der VfGH **Erkenntnis G 139/2019**, in dem er den Tatbestand „Hilfeleistung“ zum Suizid in § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) als verfassungswidrig erkannte und seine Aufhebung per 31. Dezember 2021 festsetzte. Der erste Tatbestand des § 78 StGB, nämlich die „Verleitung“ zum Suizid, wurde nicht als verfassungswidrig erkannt und steht nach wie vor unter Strafe. Die Anfechtung von § 77 StGB (Tötung auf Verlangen) wurde abgewiesen (VfGH 11.12.2020, G 139/2019, S.2).

Im Erkenntnis fordert der VfGH von der Regierung gesetzlich geregelte Maßnahmen, die einen möglichen Missbrauch des ab 01. Jänner 2022 straffrei möglichen assistierten Suizids adäquat verhindern, sowie die Beeinflussung der Entscheidung durch Dritte ausschließen sollen (VfGH 11.12.2020, G 139/2019, S. 3–10). Erlässt der Gesetzgeber bis Ende des Jahres kein Sterbehilfegesetz, wird der assistierte Suizid unreglementiert zugänglich (I-05, Z. 90-92).

Nach einigen Monaten ohne Bewegung in der Diskussion wurde im April 2021 das „Dialogforum Sterbehilfe“ vom Bundesministerium für Justiz ins Leben gerufen, in dem ein Überblick über die Meinungsvielfalt im Land geschaffen werden sollte (www.bmj.gv.at, 09.05.2021). Anfang des Jahres wurde von der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) eine repräsentative Umfrage durch das Meinungsforschungsinstitut INTEGRAL in Auftrag gegeben (www.oeghl.at, 10.05.2021).

Ob und in welcher Form die Regierung ein Sterbehilfegesetz in der vom VfGH vorgegebenen Frist erlassen wird, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch völlig offen, eine Entscheidung wird

sowohl von Befürworterinnen und Befürwortern als auch Gegnerinnen und Gegnern der Sterbehilfe mit Spannung erwartet.

1.1. Forschungsfragen

Es soll folgenden Fragen nachgegangen werden:

Welche Möglichkeiten gibt es, Missbrauch der legalen Sterbehilfe zu verhindern und Menschen an ihrem Lebensende selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen?

Welche Spannungsfelder ergeben sich zwischen Selbstbestimmungsrecht und Suizidprävention?

Welche Auswirkungen der Legalisierung werden auf das Gesundheits- und Sozialsystem erwartet?

1.2. Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit erhebt die Meinungen und Erwartungshaltungen von Expertinnen und Experten aus verschiedenen relevanten Fachgebieten (vgl. Kapitel 3.1) sowie von betroffenen Personen zu den in Kapitel 1.1 aufgeworfenen Forschungsfragen als Reaktion auf Erkenntnis G 139/2019 (vgl. Kapitel 2), um daraus mögliche Zukunftsszenarien für Österreich abzuleiten. Weiters werden Handlungsoptionen in Bezug auf einen möglichen Maßnahmenkatalog zur Missbrauchsprävention ausgelotet und existierende Spannungsfelder und deren mögliche Auflösung herausgearbeitet.

Die Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Nach der Einleitung mit Fragestellungen und Zielsetzung in Kapitel 1 wird in Kapitel 2 der theoretische Hintergrund dieser Arbeit beleuchtet: Was ist Erkenntnis G 139/2019, wie kam es zustande? Welche rechtlichen Konsequenzen ergeben sich daraus und wie gestaltet sich die zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit aktuelle Situation?

Kapitel 3 umreißt die für die Beantwortung der Forschungsfragen methodische Vorgehensweise. Die Kriterien für die Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner werden dargestellt, gefolgt von einer Auflistung und Erläuterung der Fragen, die im Zuge der Interviews gestellt wurden. Die Vorbereitung auf und die Durchführung der Interviews wird im Detail beschrieben, gefolgt von der Darstellung der gewählten qualitativen Erhebungsmethode. Schließlich wird auf die Aufbereitung der Interviews für die folgende Analyse eingegangen.

In Kapitel 4 werden die Antworten aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Themen sortiert zusammengefasst, in Kapitel 5 werden die Ergebnisse diskutiert und anhand der Forschungsfragen ausgewertet. Abschließend versucht Kapitel 6 einen Ausblick auf mögliche zukünftige Szenarien in Österreich.

2. Theoretischer Hintergrund

Bis Ende des Jahres 2020 waren aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid in Österreich verboten und wurden mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren bedroht (www.bizeps.or.at, 13.06.2020). Während die rechtliche Lage zur aktiven Sterbehilfe, also der tätigen Herbeiführung des Todes einer Patientin oder eines Patienten auf deren oder dessen ausdrücklichen Wunsch durch eine andere Person (Klein, 2016, S.4), unverändert geblieben ist, hat der Österreichische Verfassungsgerichtshof mit **Erkenntnis G 139/2019** vom 11. Dezember 2020 das Verbot der Beihilfe zum Suizid, wie es in § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) geregelt ist, für verfassungswidrig erklärt (VfGH 11.12.2020, G 139/2019, S.2). Der assistierte Suizid, also die Selbsttötung mit Unterstützung einer anderen Person, wobei die Tötungshandlung von der Patientin oder vom Patienten selbst durchgeführt werden muss (Klein, 2016, S.4), wird ab 01. Jänner 2022 außer Strafe stehen.

Österreich wird somit nach Belgien, Deutschland, Estland, Luxemburg, den Niederlanden, Schweden, der Schweiz und seit Anfang 2021 auch Spanien (www.taz.de, 09.05.2021) das neunte europäische Land sein, in dem der assistierte Suizid legal ist (Krettek, 2021, S. 13).

Der Verfassungsgerichtshof geht mit diesem Erkenntnis mit der Empfehlung der Österreichischen Bioethikkommission konform, die bereits in ihrem Statement vom Februar 2015 die Reform des § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) empfahl und zu einer differenzierten Behandlung der im Paragraphen enthaltenen Wortlaute „Verleitung zum“ und „Hilfestellung beim“ Suizid riet. Weiters empfahl sie, die straffreie Hilfeleistung beim Suizid auf volljährige und einwilligungsfähige Personen zu beschränken, und ebenso auf Personen, die an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leiden (Bundeskanzleramt Geschäftsstelle Bioethikkommission, 2015, S.25). Er entschied, dass das Recht der oder des Einzelnen auf Selbstbestimmung nicht nur deren oder dessen Recht auf ein menschenwürdiges Sterben umfasst, sondern auch das Recht, die Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen. Das Verbot einer solchen Inanspruchnahme würde einen unzulässigen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht darstellen. Dieses Recht sieht der VfGH weiters von vielerlei sozioökonomischen Umständen beeinflusst und verlangt vom Gesetzgeber adäquate Maßnahmen, um Missbrauch zu verhindern und um sicherzustellen, dass Betroffene diese Entscheidung ohne Beeinflussung durch Dritte treffen können (VfGH 11.12.2020, G 139/2019, S. 3–10).

Der VfGH kann dem Gesetzgeber jedoch keine Pflicht auferlegen, ein Gesetz zu verabschieden. Sollte der Gesetzgeber bis zum 31. Dezember 2021 ein solches nicht erlassen, ist ab 01. Jänner 2022 der assistierte Suizid unreglementiert zugänglich (I-05, Z. 90-92). Dies stellt allerdings nicht zwingend ein Problem dar: in der Schweiz, in der der assistierte Suizid seit

40 Jahren legal ist, gibt es ebenso kein eigenes Sterbehilfegesetz, sondern lediglich eine Minimalformulierung, nach der Hilfestellung beim Suizid aus selbstsüchtigen Motiven heraus verboten ist (I-01, Z. 52-53). In der Schweiz hat der Bundesrat 2011 festgestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Mittel im Umgang mit der Thematik ausreichen (I-06, Z. 54-58).

2.1. „Dialogforum Sterbehilfe“

Im April 2021 rief das Bundesministerium für Justiz im Rahmen einer mehrtägigen Videokonferenz das „Dialogforum Sterbehilfe“ ins Leben, das zum Ziel hatte, einen Überblick über den aktuellen Stand und die Vielfalt der Meinungen zum Thema von verschiedenen ausgewählten Personen und Organisationen zu erhalten. Im Forum sollte über mögliche Neuregelungen und Begleitmaßnahmen aufgrund des Erkenntnisses des VfGH diskutiert und beraten werden. Die Ergebnisse dieser Konferenz sollen schließlich in einem Bericht auf der Website des Bundesministeriums für Justiz veröffentlicht werden (www.bmj.gv.at, 09.05.2021).¹

Zur Debatte standen unter anderem die Fragen nach dem Ausbau der Verfügbarkeit von Palliativ- und Hospizversorgung, nach der Errichtung von zertifizierten Beratungsstellen für Sterbehilfe und nach der Sicherstellung des freien und selbstbestimmten Willens. Weiters ging es um die Fragen, wer Sterbehilfe in Anspruch nehmen dürfen, sowie wer sie überhaupt leisten dürfen, und auf welche Art und Weise.

Die Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestand aus insgesamt dreißig ausgewählten Gästen, von denen ein Sechstel aus Vertreterinnen und Vertretern der Bioethikkommission bestand. Acht der verbleibenden fünfundzwanzig Positionen wurden von Vertreterinnen und Vertretern diverser konfessioneller Gemeinschaften besetzt (www.bmj.gv.at, 09.05.2021) – was knapp einem Drittel der nicht der Bioethikkommission zuzuordnenden Gäste entspricht. Weiters konnte jeder Mensch eine Stellungnahme per E-Mail an das Justizministerium schicken.

Kritik an der „*äußerst einseitigen*“ Besetzung des Forums mit „*konfessionellen Gruppierungen und Gegnern der Sterbehilfe, die dabei die überwiegende Mehrheit bilden*“, übte Peter Kampits, Philosoph und Mitglied der Bioethikkommission (www.derstandard.at, 09.05.2021), aber auch der Verfassungsjurist Heinz Mayer sieht in der einseitig gestalteten Teilnehmerliste eine große Mehrheit der Sterbehilfegegner und eine Überrepräsentanz der Katholischen Kirche. Er wirft der Regierung vor, nach „*monatelanger Untätigkeit auf den ‚österreichischen Weg‘ der Scheindiskussion zu setzen, anstatt ihre Rolle als Volksvertreter wahrgenommen zu haben und unangenehme Entscheidungen getroffen zu haben, um Hilfesuchenden ein Recht auf letzte Hilfe zu gewähren*“. Darüber hinaus fehlten „*zahlreiche verdiente liberale Experten*“

¹ Der Bericht lag zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit noch nicht vor.

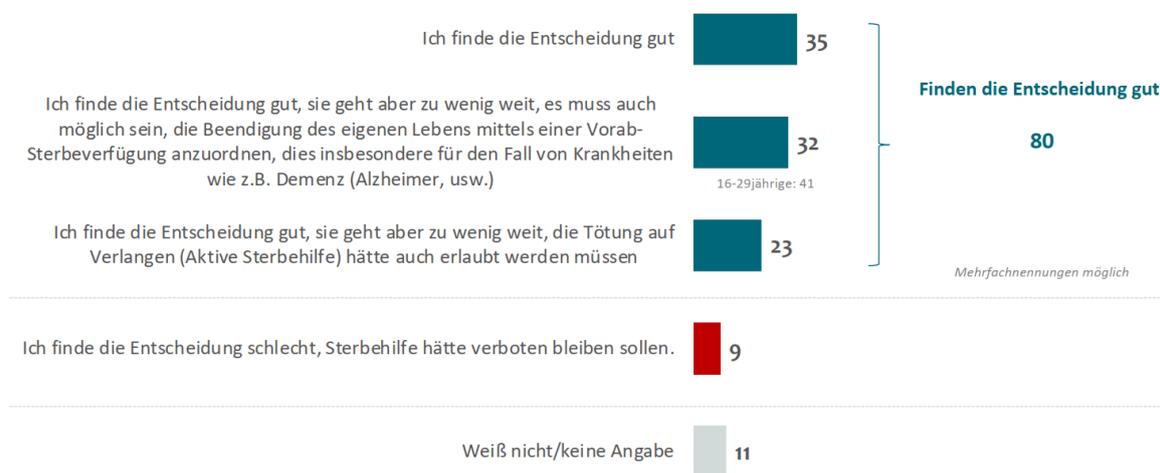
auf der Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Er erwähnt in diesem Zusammenhang auch Wolfram Proksch, den federführenden Anwalt in dem Prozess vor dem VfGH, der überhaupt zum Erkenntnis G 139/2019 führte. Heinz Mayer sieht die Mehrheitsverhältnisse in der österreichischen Bevölkerung durch das Gremium nicht reflektiert und „das demokratische Prinzip hier mit Füßen getreten“ (religion.orf.at, 09.05.2021).

2.2. Wie denkt Österreich: Meinungsumfrage von INTEGRAL

Die von Heinz Mayer in seiner Kritik am „Dialogforum Sterbehilfe“ erwähnte Mehrheitsmeinung in der österreichischen Bevölkerung wurde Anfang des Jahres vom Meinungsforschungsinstitut INTEGRAL² erhoben. Im Auftrag der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) wurden 1000 Österreicherinnen und Österreicher im Alter zwischen 16 und 69 Jahren über ihre Meinung zur Sterbehilfe befragt.

Die Ergebnisse dieser Umfrage, die im April von der ÖGHL veröffentlicht wurden, sprechen eine deutliche Sprache (Abbildung 1): 80% der Befragten finden die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs gut, wobei die Zustimmungsrate in allen Bildungs- und Einkommensschichten und in allen Altersgruppen in etwa gleich hoch ist (www.oeghl.at, 10.05.2021).

Abbildung 1 | Meinung der Österreicher*innen zur Entscheidung des VfGH



Quelle: www.oeghl.at, 10.05.2021

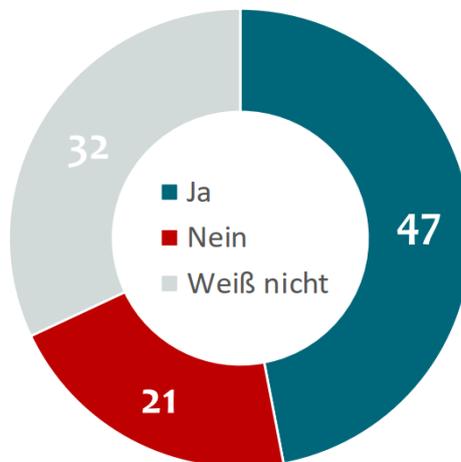
Aus der Befragung geht weiters hervor, dass sich ein Drittel der Österreicherinnen und Österreicher die rechtliche Möglichkeit wünscht, eine verbindliche Sterbeverfügung anzulegen, ein Viertel findet sogar, dass auch die aktive Sterbehilfe erlaubt sein sollte. Mit 9% der Befragten sind jene Menschen, die mit der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs nicht zufrieden

² <https://www.integral.co.at/de/home/>

sind und lieber am Verbot der Sterbehilfe festhalten würden, in der Minderheit. Weitere 11% wünschen sich ein Gesetz, das den Zugang zur Sterbehilfe zumindest schwierig macht (www.oeghl.at, 10.05.2021).

Für knapp die Hälfte aller befragten Österreicherinnen und Österreicher ist es vorstellbar, selbst einmal Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen (Abbildung 2), wobei die Altersgruppe der unter 30-jährigen sich dies mit 40% am wenigsten vorstellen kann. Ein Drittel der Befragten ist unschlüssig (www.oeghl.at, 10.05.2021).

Abbildung 2 | Eigene Inanspruchnahme der Sterbehilfe



Quelle: www.oeghl.at, 10.05.2021

Die ÖGHL sieht sich durch dieses Ergebnis bestätigt. Es gehe nun klar nicht mehr um die Frage nach dem „Pro und Contra“, sagt Wolfgang Obermüller, Politiksprecher der ÖGHL, und verlangt vom Gesetzgeber die schnellstmögliche Umsetzung des Wunsches der Bevölkerung: „Sterbehilfe muss ab 2022 für alle Betroffenen ohne Hürden und ohne Bevormundung möglich sein“ (www.oeghl.at, 10.05.2021).

3. Empirische Untersuchung: Methodik

Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten aus Bereichen, die mit dem Thema assistierter Suizid in für diese Arbeit relevanter Weise zu tun haben, durchgeführt. Das Ziel war, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Meinungen der Befragten herauszuarbeiten und zu interpretieren.

Nach erfolgter Transkription der Interviews wurden diese mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger mit Hinblick auf die Forschungsfragen analysiert und ausgewertet.

3.1. Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner

Zunächst wurden die Bereiche definiert, aus denen Expertinnen und Experten befragt werden sollten. Ein zentraler Aspekt dieser Überlegungen war, dass die befragten Personen entweder beruflich mit Fragen zum Thema assistierter Suizid konfrontiert oder davon direkt oder indirekt persönlich betroffen sein müssen. Von Befragungen von Mitgliedern kirchlicher Institutionen oder anderen deklarierten Gegnern der Legalisierung des assistierten Suizids wurde im Sinne der Vergleichbarkeit der Antworten bewusst verzichtet.

Nach Auslotung und Bewertung hinsichtlich der Eignung existierender Kontaktmöglichkeiten wurden elf Personen per E-Mail kontaktiert und um Teilnahme gebeten. Neun Personen meldeten sich per E-Mail zurück und waren zur Teilnahme an dem Interview bereit, wobei eine Person aus Zeitgründen letztendlich doch absagte. Sechs der zugesagten Interviews wurden per Zoom-Telekonferenz geführt, eines wurde persönlich gehalten und eines wurde auf Wunsch der teilnehmenden Person schriftlich übermittelt.

Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern handelt es sich um zwei persönlich vom Thema assistierter Suizid betroffene Personen, zwei Juristen aus der Schweiz und aus Österreich, einer Person aus dem Bereich Erwachsenenvertretung, einer Person aus dem Bereich Hospizwesen, einer Person aus dem Bereich „Politischer Aktivismus“, sowie einer Person aus dem Bereich Palliativmedizin (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1 | Bereiche der Teilnehmenden

INTERVIEW	BEREICH
I-01	Politischer Aktivismus
I-02	Hospizwesen
I-03	Betroffene Person
I-04	Erwachsenenvertretung
I-05	Juristik
I-06	Juristik
I-07	Palliativmedizin
I-08	Betroffene Person

Quelle: eigene Darstellung

3.2. Aufbau und Inhalt des Interviewleitfadens

Im Unterschied zur offenen Gesprächsform sind beim leitfadengestützten Interview der Gesprächsrahmen und die Reihenfolge der Themen von der interviewenden Person vorgegeben. Sie erlaubt den befragten Personen nur bedingte narrative Freiheit, ermöglicht dadurch

allerdings ein konkretes Hinarbeiten auf die Beantwortung der Forschungsfrage und macht mehrere Gespräche miteinander vergleichbar (home.uni-leipzig.de, 25.04.2021).

Die Fragen wurden offen formuliert, um den Befragten trotz des vorgegebenen Rahmens möglichst große Erzählfreiheit anzubieten. Suggestivfragen wurden vermieden.

Die erste Frage diente dem entspannten Einstieg in das Gespräch. In ihr wurden die Teilnehmenden aufgefordert, ihre persönlichen Berührungspunkte mit dem Thema aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid zu erläutern, bzw. ihre berufliche Funktion und/oder ihr Engagement genauer darzustellen. Da die Antworten auf diese Frage zum einen nicht relevant zur Beantwortung der Forschungsfragen sind und zum anderen in manchen Fällen genaue Rückschlüsse auf die Identität der Befragten zulassen, werden diese in der folgenden Themenanalyse nicht berücksichtigt.

Die zweite Frage befasste sich mit der von der österreichischen Bioethikkommission und dem Verfassungsgerichtshof betonten Wichtigkeit von gesetzlich geregelten Maßnahmen gegen möglichen Missbrauch von legaler Sterbehilfe und befragt die Teilnehmenden nach Maßnahmen, welche ihrer Meinung nach hierfür sinnvoll erscheinen.

In der dritten Frage geht es um Möglichkeiten zur Sicherstellung der Eigenständigkeit der Entscheidung Betroffener zum assistierten Suizid ohne Beeinflussung Dritter.

Frage vier behandelte, ob das Recht auf Sterbehilfe auf eine bestimmte Personengruppe beschränkt werden sollte. Bei Bedarf wurde nachgefragt, um welche Personengruppe(n) es sich hier konkret (nicht) handeln sollte, bzw. mit welcher Begründung es eine solche Beschränkung (nicht) geben sollte.

In der fünften Frage ging es um die Einschätzung des Spannungsfelds zwischen dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen und der Suizidprävention als gesellschaftlicher Verpflichtung und direkt darauffolgend in Frage sechs darum, wie man sicherstellen könnte, dass eine Ärztin oder ein Arzt Maßnahmen der Suizidprävention nicht über das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen stellt.

Die letzte Frage drehte sich schließlich um zu erwartende Auswirkungen der Legalisierung der Beihilfe zum Suizid auf das Gesundheits- und Sozialsystem im finanziellen und wirtschaftlichen Sinne.

Der gesamte Interviewleitfaden ist im Wortlaut in Anhang 1 nachzulesen.

3.3. Vorbereitung und Durchführung der Interviews

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde nach deren Zusage die Zusendung des Interviewleitfadens zur Vorbereitung auf das Gespräch angeboten, wovon bis auf eine Person alle Teilnehmenden Gebrauch machten.

Zusammen mit dem Leitfaden wurde ebenso eine Einverständniserklärung zur Verwendung des Interviews für diese wissenschaftliche Arbeit und zur Gewährleistung der Anonymität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (siehe Anhang 2 und Anhang 3) per E-Mail geschickt, die alle innerhalb weniger Tage datiert und unterzeichnet retourniert wurden. Einzig die Person, deren Interview persönlich erfolgte, gab ihr Einverständnis ausschließlich mündlich. In Anbetracht des sehr hohen Alters der Person und ihrer Mobilitätseinschränkung wurde es beim mündlichen Einverständnis belassen, zumal zu diesem Zeitpunkt eine weitere, bereits zuvor interviewte Person anwesend war und das Einverständnis bezeugen kann.

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 25. März bis 21. April 2021 statt und wurden nach der Reihenfolge der Durchführung mit I-01 bis I-08 codiert. Die online-Teilnehmerinnen und Teilnehmer wählten sich zum vereinbarten Zeitpunkt in den vorab per E-Mail kommunizierten Zoom-Meetingraum ein. Mit Ausnahme einer Person, die die Kamera nicht einschalten wollte, konnte mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine Videokonferenz geführt werden. Das schriftliche Interview wurde von der*dem Teilnehmenden zum vereinbarten Zeitpunkt per E-Mail geschickt, das persönliche Interview fand auf deren Wunsch in der Wohnung der betreffenden Person unter Einhaltung aller durch COVID bedingten-Sicherheitsmaßnahmen statt.

Aufgenommen wurden die Gespräche direkt über Zoom. Parallel dazu wurde weiters über das Android-interne Programm „Voice Recorder“ am Smartphone mitgeschnitten, um bei allfälligen technischen Problemen ein Backup zur Verfügung zu haben, was jedoch in keinem der Fälle notwendig war. Das persönliche Interview wurde ausschließlich per „Voice Recorder“ aufgenommen. Die Dauer der Interviews reichte von knapp 13 Minuten bis zu insgesamt knapp einer Stunde (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2 | Zeitpunkt, Modalität und Dauer der Interviews

INTERVIEW	DATUM	DAUER	MODALITÄT
I-01	25.03.2021	00:25:25 und 00:09:25	Zoom
I-02	29.03.2021	00:36:36	Zoom
I-03	30.03.2021	00:13:04	Zoom
I-04	06.04.2021	00:16:22	Zoom
I-05	09.04.2021	00:44:11 und 00:14:18	Zoom
I-06	09.04.2021	n/A	schriftlich
I-07	10.04.2021	00:18:13	Zoom
I-08	21.04.2021	00:12:59	persönlich

Quelle: eigene Darstellung

Zwei der Interviews, die per Zoom geführt wurden, mussten in zwei Etappen abgehalten werden: I-01 aufgrund technischer Probleme, I-05 aufgrund der zeitlichen Limitierung von gratis Zoom-Accounts auf 45 Minuten pro Sitzung.

Mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten den Wunsch, die Aufnahme ihres Interviews im Anschluss zugeschickt zu bekommen. Diesem Wunsch wurde entsprochen.

3.4. Analysemethode

Nach der Durchführung der Interviews wurden diese den Regeln der Ferdinand Porsche FernFH folgend transkribiert: Dialekt wurde wo notwendig leicht geglättet, umgangssprachliche Ausdrucksweisen und entsprechend falsche Satzstellungen wurden beibehalten. Wo Namen genannt wurden, wurden diese mittels (*Name*) pseudonymisiert. Sprechpausen wurden mit (...) angezeigt und emotionale Äußerungen, sowie Unterbrechungen durch Telefonanrufe ebenso in Klammer inklusive Beschreibung markiert. Unverständliche Wörter wurden mit (*inc.*) transkribiert.

Die Interviewerin wurde in den Transkripten als „I“ gekennzeichnet, die Befragten der Nummerierung des jeweiligen Interviews (siehe Kapitel 3.3) entsprechend als „B-01“ bis „B-08“.

Zur leichteren Referenzierbarkeit wurden die Transkripte mit Zeilennummern und jede Frage und Antwort mit einem Zeitstempel versehen. Im Header jedes Transkripts befinden sich Eckdaten zum Interview, wie in Abbildung 3 am Beispiel I-01 ersichtlich ist.

Abbildung 3 | Transkriptionskopf am Beispiel I-01

Interviewer:	Andrea Krettek (I)
Interviewte/r:	B-01 Person im Bereich politischer Aktivismus
Code:	I-01
Datum:	25. März 2021
Uhrzeit:	18:30 Uhr
Dauer:	00:25:25 (File 1) und 00:09:25 (File 2)
Medium:	Zoom
File Name:	I-01_2021-03-25_01.m4a und I-01_2021-03-25_02.m4a

Quelle: eigene Darstellung

Zur Transkription wurde die Website oTranscribe³ verwendet. Es handelt sich hierbei um eine kostenlose Browser-Applikation, die ein einfaches Anhalten und Wiedergeben des gesprochenen Texts im Schreibfluss, sowie eine mehrstufige Verlangsamung oder Beschleunigung der

³ www.otranscribe.com

Wiedergabegeschwindigkeit nach Bedarf erlaubt. Ebenso kann ein Zeitstempel per Tastendruck an jeder beliebigen Stelle eingefügt werden. Die so generierten Texte wurden anschließend in Word exportiert und formatiert.

Das schriftliche Interview wurde ebenfalls in die Formatierung der Transkripte der per Zoom oder persönlich durchgeführten Interviews überführt, um Konsistenz und Referenzierbarkeit zu gewährleisten.

Die Themenanalyse nach Froschauer und Lueger wurde gewählt, da diese am besten dazu geeignet ist, große Textmengen zu interpretieren und Meinungen und Einschätzungen zu einem Thema zu erkunden. Weiters eignet sich diese Methode auch dafür, Inhalte zusammenfassend aufzubereiten und übersichtlich darzustellen und dabei Differenzierungen und Gemeinsamkeiten in den Meinungen und Einschätzungen der Befragten herauszuarbeiten (Froschauer & Lueger, 2003, S.158).

Bei der Themenanalyse nach Froschauer und Lueger werden Inhalte nicht analysiert, sondern unterliegen einer Zusammenfassung, die es erlaubt, einen Überblick über die dargebotenen Meinungen und Einschätzungen darzustellen. Hierbei kommt ein Textreduktionsverfahren zum Einsatz, das zunächst zusammengehörige Textstellen zu einem Themenbereich identifiziert. In weiteren Schritten werden die so erkannten Themen nach wichtigen Merkmalen und Zusammenhängen untersucht, sowie deren Abfolge beleuchtet. Letzteres ist bei leitfadengestützten Interviews jedoch vorgegeben und wird daher in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Schließlich werden die Aussagen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu den einzelnen Themen hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede verglichen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage(n) herangezogen (Froschauer & Lueger, 2003, S. 159 ff.)

3.5. Aufbereitung der Inhalte

Die Interviews wurden in einem ersten Schritt nach Leitzitaten zu jedem vom Interviewleitfaden vorgegebenen Thema bzw. Unterthema durchsucht und tabellarisch zusammengestellt, siehe Anhang 4. In einem zweiten Schritt wurden die isolierten Zitate auf ihre Kernaussagen reduziert und sortiert, siehe Anhang 5. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die von den jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern besprochenen Themen:

Tabelle 3 | Themenüberblick nach Interview (I-01 bis I-08)

THEMA	01	02	03	04	05	06	07	08
Missbrauch des legalen assistierten Suizids	■	■	■	■	■	■	■	■
Maßnahmen gegen möglichen Missbrauch	■	■	■	■	■	■	■	■
Einschränkung auf bestimmte Personengruppen	■	■	■	■	■	■	■	■
Spannungsfeld: Suizidprävention vs. Selbstbestimmung	■	■	■	■	■	■	■	■
Gesetzgebung in Österreich	■				■			
Weltweite Auswirkungen		■						
Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem	■	■	■	■	■	■	■	■

Quelle: eigene Darstellung

In einem letzten Schritt wurden die getroffenen Kernaussagen weiter auf ausschließlich jene Inhalte reduziert, die der Beantwortung der Forschungsfragen dienen, und diese tabellarisch aufbereitet. In Anhang 6 werden diese Tabellen angeführt.

4. Empirische Untersuchung: Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel sollen die Inhalte der geführten Interviews nach Themen gruppiert zusammengefasst werden, um einen Überblick über die Expertise und Meinungen der Befragten zu erhalten.

Sämtliche hier verwendeten und zu einem Narrativ zusammengestellte Zitate finden sich im Originalwortlaut in Anhang 4 und werden dort per Interview-Code und Zeilenverweis ihrem Ursprung zugeordnet.

4.1. Assistierter Suizid: Missbrauch und Missbrauchsprävention

Zunächst galt es herauszuarbeiten, was unter Missbrauch im Zusammenhang mit assistiertem Suizid überhaupt verstanden wurde. In weiterer Folge wurde nach Maßnahmen gefragt, die allfälligen Missbrauch des assistierten Suizids verhindern könnten.

4.1.1. Allgemeines zur Missbrauchsfrage

B-01 definiert Missbrauch ganz klar mit dem Wort „Fremdbestimmung“. Sie erachtet die Frage nach Missbrauch des assistierten Suizids als grundsätzlich legitim, empfindet sie aber gleichzeitig als unbegründet und überbewertet. Sie argumentiert dies mit der Erfahrung in Ländern, in denen der legale assistierte Suizid bereits etabliert ist. Diese habe bisher keinen Anlass zur Annahme gegeben, dass Angehörige auf Betroffene einwirken würden, ihr Leben früher zu beenden – das Gegenteil sei der Fall: Angehörige würden im Regelfall alles tun, um das Leben von Betroffenen zu verlängern. B-01 hält fest, dass die Frage nach möglichem Missbrauch

ungerechtfertigterweise von Kreisen dramatisch aufgebauscht würde, die selbst keine Erfahrung mit dem Thema haben und sieht darüber hinaus den wahren Missbrauch an anderer Stelle lokalisiert:

„Ich möchte aber der Ausgewogenheit halber auch noch darauf verweisen, dass in der Praxis Missbrauch in ganz anderer Weise passiert. Nämlich, eine Armada von Pflegekräften, Hospizärzten und das Ganze unterstützt von der Krankenhauseelsorge, verletzen meiner Einschätzung nach häufig die Patientenautonomie. Respektieren Menschen in ihrer letzten Phase nicht. Setzen sich über deren Wünsche hinweg. Nehmen sie nicht ernst, versuchen ihnen sozusagen den Wunsch nach einem sanften Ende auszureden.“ (I-01, Z. 100-106)

B-05 verweist ebenso wie B-01 auf fehlende Evidenz aus anderen Ländern mit legalisiertem assistiertem Suizid und spricht von einem „befremdlichen Menschenbild“, wenn man davon ausgeht, dass Angehörige Betroffene in den Suizid treiben würden, um sich ihren sozialen und finanziellen Belastungen zu entziehen.

B-02 sagt mit Nachdruck, selbst noch nie von konkreten Missbrauchsfällen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid gehört zu haben und empfindet das Thema ebenso als künstlich heraufbeschworen. Analog zu B-01 verortet auch sie den Missbrauch eher in Pflegeheimen und ausgehend vom Pflegepersonal, und vermutet weiters, dass die Angst vor einem möglichen Missbrauch des assistierten Suizids ihre Wurzeln in der Zeit des Faschismus habe, als der Begriff „Euthanasie“ für die systematische Ermordung von Millionen Menschen stand. Der Begriff würde noch heute mit den Gräueltaten der Nazis in Verbindung gebracht werden und sei deshalb mit solch großen Ängsten behaftet.

Auch B-03 empfindet die Frage des möglichen Missbrauch als im aktuellen Diskurs als überbewertet. Sie unterstellt Menschen allerdings einen generellen Hang zum Missbrauch jeglicher Art von Regelungen, unabhängig von der Thematik – gleichermaßen als menschliche Grundeigenschaft. B-08 geht mit dieser Meinung konform und spricht von der „Unredlichkeit“ der Mehrheit der Menschen, weshalb Missbrauch grundsätzlich nie werde verhindert werden können.

B-03 verortet weiters den wahren Missbrauch besonders in kirchennahen Pflegeheimen, wo Menschen unter Ausübung sanften Drucks seitens des Pflegepersonals von ihrem Vorhaben, sich das Leben zu nehmen, abgehalten werden und dazu überredet werden, doch am Leben zu bleiben. Sie unterstellt hier allerdings keine bösen Absichten oder Respektlosigkeit, sondern sieht die Begründung für dieses Handeln in der tiefen persönlichen Überzeugung der dort arbeitenden Menschen, dass Suizid moralisch abzulehnen sei. Ähnliches beschreibt auch B-04: Missbrauch sei oft auch nur Symptom der Überforderung der Angehörigen, kein bewusst

ausgeübter Druck. Betroffene selbst haben oft das Gefühl, die Familie nicht weiter belasten zu wollen. Diese Art von selbst auferlegtem Druck werde man nie verhindern können.

B-06 merkt an, dass der Verfassungsgerichtshof keine fundierten rechts- und sozialwissenschaftliche Untersuchungen herangezogen habe und daher nicht evidenzbasiert argumentiere, sondern sich auf Hypothesen und ein nur vermutetes Potential stütze. Das Angst-Argument werde bewusst ins Feld geführt. Jedenfalls sei – analog zur Schweiz – ein Spezialgesetz zur Bekämpfung von Missbrauch nicht notwendig, die geltende Rechtsprechung sei für die Regelung allfälliger Einzelfälle völlig ausreichend.

B-07 schließt die Möglichkeit des Missbrauchs nicht grundsätzlich aus, verweist aber darauf, dass der Druck, niemandem zur Last fallen zu wollen und deswegen schneller aus dem Leben scheiden zu wollen, oft von den Betroffenen selbst komme und nicht zu unterschätzen sei – Angehörige übten im Gegenteil oft Druck aus, Therapien zu verlängern und Betroffene so lange wie möglich am Leben zu halten.

4.1.2. Maßnahmen gegen möglichen Missbrauch

Auf die Frage nach möglichen Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Verhinderung von Missbrauch des assistierten Suizids gaben alle Teilnehmenden sehr ausführliche Antworten, die in ihren Kernaussagen insgesamt sehr vergleichbar ausfallen.

B-01 erachtet einen vorgelagerten Beratungsprozess als sinnvoll, der das Ziel haben solle, Betroffene über alle Aspekte und die Tragweite der Entscheidung voll zu informieren und über Alternativen der palliativmedizinischen Versorgung aufzuklären. Die Person schlägt eine angemessene Karenzzeit vor, die jedoch nicht pauschal festgesetzt werden könne, sondern die individuelle Situation Betroffener berücksichtigen müsse. Im Zuge dieses Beratungsprozesses können qualifizierte Kräfte feststellen, ob das Individuum frei verantwortlich ist – also bei klarem Verstand, geschäfts- und testierfähig, und ob es keine Anhaltspunkte dafür gebe, dass Dritte hinter der Entscheidung stehen. Sollten diese Voraussetzungen erfüllt sein, bestehe keine weitere Notwendigkeit für ein psychologisches Gutachten oder eine Kommissionsentscheidung. B-01 meint, wenn es überhaupt Maßnahmen geben solle, dann sollten es Regelungen gegen Fremdbestimmung sein sowie Regelungen, die sicherstellen, dass dem Wunsch von Menschen nach einem sanften Ende auch entsprochen werden muss.

Anders sieht das B-02. Ihres Erachtens ist ein psychologisches Gutachten zwingend notwendig, da nur Psychologinnen oder Psychologen ggfs. die mögliche Einflussnahme Dritter beurteilen können. Weiters sollten mindestens drei Ärztinnen oder Ärzte herangezogen werden, um abzuklären, ob die betroffene Person tatsächlich unheilbar schwer leidend krank ist. Die Karenzzeit zwischen Entscheidung und Durchführung sollte sechs Monate betragen,

könne aber im Einzelfall je nach Erkrankung oder noch verbleibender Lebenszeit individuell verkürzt werden.

Dass es ein Gutachten zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit und Vernunftbegabung, sowie dem Fehlen kognitiver Störungen geben müsse, sieht auch B-03 als zwingend notwendig an. Eine Karenzzeit erwähnt B-03 nicht, betont aber, dass unbedingt auch Angehörige bis zu einem gewissen Grad in das Gutachten miteinbezogen werden sollten, um deren mögliche Einflussnahme oder Motive beurteilen zu können.

B-04 empfindet ein mehrstufiges Prozedere als notwendig, in dem unter anderem auch die unheilbare Krankheit der Betroffenen festgestellt werden müsse. Weiters betrachtet B-04 die Involvierung unabhängiger Zeugen ohne persönliches Interesse als sinnvoll. Als idealen Zeitrahmen für diesen Vorgang nennt sie ein bis zwei Monate.

B-05 sprach bereits bei der Frage nach Missbrauch allgemein vom Fehlen von Evidenz, die die Notwendigkeit für Maßnahmen gegen einen solchen nahelegen würde (vgl. Kapitel 4.1.1). Für den Fall, dass der Gesetzgeber seine Angst vor Missbrauchspotential jedoch nicht ablegen könne, empfiehlt B-05, die Durchführung des assistierten Suizids nicht auf Angehörige zu beschränken, die damit emotional nicht umgehen können würden, sondern sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte assistierten Suizid durchführen dürfen. Professionelle Organisationen sollen entweder eigenständig oder auch innerhalb von Palliativeinrichtungen oder Krankenhäusern tätig sein dürfen, um assistieren Suizid in geschütztem und kontrolliertem Rahmen anzubieten – idealerweise auf Krankenschein. Weiters betont B-05, wie wichtig es sei, die in Österreich ab einem bestimmten Alter angenommene Geschäfts- und Erklärungsfähigkeit auch und besonders im Fall einer Entscheidung zum Suizid nicht in Frage zu stellen.

„In einem demokratischen und multikulturellen Staat, der darauf aufbaut, dass der Mensch ein zu Reflektion und freiverantwortlichem Handeln befähigtes Individuum ist, kann eine Beeinflussung durch Dritte nie ausgeschlossen oder gar verboten werden.“
(I-06, Z. 161-164),

hält B-06 fest und fordert weiters den Gesetzgeber auf, zunächst eine fundierte Rechts- und Tatsachenforschung, sowie internationale Rechtsvergleiche durchzuführen, um anschließend auf deren Basis Überlegungen anzustellen, anstatt auf Basis von Hypothesen und Angst. Die Enttabuisierung des Themas Suizid sollte an oberster Stelle stehen, um Menschen die Scham und die Angst vor Zwangsmaßnahmen zu nehmen, jedenfalls sollte man die Eigenverantwortung von Menschen mit Suizidgedanken anerkennen. Würde man das nicht tun, so B-06, würde man mit diesem „ich weiß besser was gut für dich ist“-Ansatz die Menschenwürde Betroffener überrollen und sie dadurch als inferior herabwürdigen. Als weitere Maßnahme empfiehlt B-06 sicherzustellen, dass jeder einzelne Schritt im Prozess der Freitodbegleitung von Anfang an ausschließlich auf Eigeninitiative der betroffenen Person geschieht.

B-07 sagt, ähnlich wie B-02, dass zwei bis drei Ärzte unabhängig voneinander den Sterbewunsch Betroffener beurteilen sollten, und empfiehlt eine Karenzzeit von 2-3 Monaten zwischen Entscheidung und Durchführung, die allerdings je nach Krankheitsfortschritt individuell angepasst werden könne. Wichtig ist B-07, dass die Angebote der Palliativmedizin nicht in den Hintergrund rücken sollten und als Alternative für Menschen übrigbleiben, die sich nicht trauen, den assistierten Suizid zu begehen.

B-08 empfiehlt keine konkreten Maßnahmen zur Missbrauchsverhinderung, betont allerdings wie wichtig es sei, bereits im Volksschulalter „das Sterben“ zu unterrichten, um dieses langfristig zu enttabuisieren:

„Sterben muss man schon in der Volksschule lernen, wie's Einmaleins und ABC, weil sonst hat man im späteren Leben Probleme damit.“ (I-08, Z. 20-22)

4.2. Spannungsfelder: Suizidprävention vs. Selbstbestimmungsrecht

Im folgenden Kapitel geht es um die Frage, ob die Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer ein Spannungsfeld zwischen Suizidprävention und dem Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen, bzw. ob dieses Selbstbestimmungsrecht – das Recht auf assistierten Suizid – allen Menschen uneingeschränkt zugestanden werden sollte. Die Bioethikkommission empfiehlt eine Einschränkung des Rechts auf assistierten Suizid auf eine bestimmte Personengruppe (vgl. Kapitel 2). Die Bundesregierung möchte ihrerseits an der Suizidprävention als gesellschaftlichem Standard festhalten (www.bizeps.or.at, 19.12.2020).

4.2.1. Die Einschränkung des Rechts auf assistierten Suizid auf bestimmte Personengruppen

B-01 sieht in der Einschränkung des Rechts auf assistierten Suizid auf bestimmte Gruppen, Lebenssituationen, Krankheitsprognosen oder voraussichtliche Lebenserwartung eine unzulässige Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts gesunder, junger Menschen. Das Recht auf assistierten Suizid soll allen Menschen gleichermaßen zustehen.

B-02 will assistierten Suizid jungen Menschen vorenthalten, sieht aber kein Problem darin, wenn ansonsten gesunde hochbetagte Menschen diesen für sich in Anspruch nehmen wollen.

B-03 möchte das Recht auf assistierten Suizid langfristig allen Menschen unabhängig von Alter oder Gesundheitsstatus gewähren, hält es aber für strategisch besser, zu Beginn eine Einschränkung auf bestimmte Personengruppen vorzunehmen, da das ihrer Meinung nach die Akzeptanz des Themas in der Gesellschaft erhöhen würde.

B-04 empfindet es als besser, das Recht auf assistierten Suizid auf schwerkranke Menschen ohne Heilungschancen zu beschränken, nimmt dabei allerdings psychisch kranke Menschen,

besonders jene, die an Depressionen leiden, von diesem Recht aus. Sie sieht hier noch Bedarf an einer breiten öffentlichen Diskussion.

B-05 schließt psychisch kranke Menschen nicht aus diesem Recht aus. Sie sagt, dass das Recht auf assistierten Suizid allen erklärungsfähigen Menschen zugänglich sein soll, die leiden, wobei Leid nicht auf körperliche Schmerzen beschränkt sei. Subjektiv empfundener Schmerz und körperliche Erkrankungen sollten keine alleinigen Kriterien sein, da auch ein psychisch kranker Mensch erklärungsfähig sein könnte. Auch müsse eine breite Diskussion darüber geführt werden, ob „Bilanzsuizide“ hochbetagter gesunder, aber lebenssatter Menschen gesellschaftlich vorstellbar wären.

B-06 sieht, wie B-01, die Selbstbestimmung über Art und Zeitpunkt des eigenen Lebensendes als Menschenrecht, entsprechend ergebe sich keine Notwendigkeit, eine Personengruppe gesondert zu definieren, die assistierten Suizid rechtmäßig in Anspruch nehmen darf. Eine Einschränkung auf eine bestimmte Personengruppe, die krankheitsbedingt innerhalb einer gewissen Zeitspanne ohnehin sterben wird, stelle eine rechtlich unzulässige Diskriminierung gegenüber jenen Personen dar, auf die dies nicht zutrifft.

B-07 möchte den assistierten Suizid auf Menschen beschränken, bei denen auch eine symptomatische Therapie nicht mehr möglich ist, also Menschen, bei denen schon zu einer palliativen Sedierung gegriffen wird. Sie macht keinen grundsätzlichen Unterschied zwischen physischem und psychischem Leid:

„Grundsätzlich ist das Leid, das der Patient beschreibt, das Leid, das existent ist. Also, ob das jetzt ein physischer Schmerz ist, oder ein psychischer, oder ein Gesamtleiden, das einfach nicht mehr zu ertragen ist, das macht für uns jetzt keinen Unterschied und das sollte – glaube ich – jetzt auch für eine Bioethikkommission oder für diese Entscheidung zum assistierten Suizid keinen Unterschied machen.“ (I-07, Z. 82-87)

Genau wie B-04 macht B-07 hier allerdings für Menschen, die an Depression leiden, eine Ausnahme:

„Ich glaube, dass das ein Ausschlusskriterium sein müsste, auch aus psychiatrischer Sicht, dass Menschen, die vielleicht oder wahrscheinlich an einer Depression leiden, oder wo das auch nur irgendwann im Raum gestanden ist, dass das ausgeschlossen sein muss, weil das (Suizidalität, Anm.) einfach eins der Hauptsymptome ist.“ (I-07, Z. 168-174)

B-08 schließlich möchte ebenfalls gerne das Recht auf assistierten Suizid für alle Menschen mit angeborenem, unerträglichem Leiden unabhängig von deren Alter umgesetzt sehen, für hochbetagte Menschen solle dieses gänzlich ohne Einschränkungen gelten. Sie geht sogar so weit, dass sie die hierfür notwendigen Medikamente für Menschen ab 70 in der Apotheke frei verfügbar sehen möchte.

4.2.2. Suizidprävention als gesellschaftliche Verpflichtung vs. Selbstbestimmungsrecht Betroffener

„Das, worum's eigentlich geht bei der Suizidprävention, beim Schutz des Lebens, ist die Verhinderung von Affektsuiziden. Das ist ganz was anderes, als wenn ein lebenssatter Mensch, eventuell auch noch krank, mit Schmerzen in einer für ihn würdelosen Situation sagt, ich will jetzt sanft gehen.“ (I-01, Z. 168-172)

B-01 sieht das Spannungsfeld in der Palliativmedizin, wo eine Patientin oder ein Patient bisweilen unter Androhung von Zwangsmaßnahmen eingeschüchtert und verängstigt werde, bis sie oder er über ihren oder seinen Sterbewunsch nicht mehr offen sprechen wolle. Sie meint weiters, dass der Begriff Suizidprävention von der Politik vorgeschoben werde, um deren weltanschauliche Ablehnung der Freitodhilfe zu kaschieren.

B-02 kann hingegen kein Spannungsfeld erkennen, sondern sieht in beiden Begriffen zwei verschiedene gleichberechtigte Ansätze, die zusammenarbeiten sollen und sich idealerweise ergänzen. Ihres Erachtens liege das wahre Spannungsfeld nicht zwischen Suizidprävention und Selbstbestimmungsrecht, sondern zwischen den Befürworterinnen und Befürwortern der Freitodhilfe und der Katholischen Kirche, die Gläubige mit Suizidgedanken ihrem Dogma gemäß in einen inneren Gewissenskonflikt bringe und diese dadurch davon abhalte, von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch zu machen.

Dass Mitarbeiter kirchennaher Pflegeheime und Palliativeinrichtungen absichtlich unangemessenen Druck auf Menschen mit Sterbewunsch ausüben und sie gezielt in einen Gewissenskonflikt bringen, sieht B-03 nicht so. Sie meint vielmehr, dass deren Bemühungen in Richtung Lebensschutz aus ihrer tatsächlichen inneren Überzeugung kommen, dass Suizid falsch ist. Maßnahmen zum Lebensschutz würden aus dieser Haltung heraus auch durchaus mit Respekt und Wertschätzung unternommen – es brauche daher ein gewisses Maß an Durchsetzungsfähigkeit der Betroffenen, um ihr Selbstbestimmungsrecht zu gewährleisten.

B-04 sieht in der Suizidprävention ein sehr wichtiges Anliegen, in das jeder Mensch involviert sein sollte. Ihrer Ansicht nach entstehen Spannungsfelder dann, wenn Ärztinnen und Ärzte zu wenig mit ihren Patientinnen und Patienten sprechen und ihnen zu wenig zuhören, zu wenig Einblick in deren Leben haben, was ihrer Meinung nach sehr häufig der Fall sei.

Suizidprävention und Selbstbestimmung sind gemäß B-05 zwei komplett separate Themen, die in keinem Kontext stehen, entsprechend gebe es zwischen beiden auch kein Spannungsfeld. Tatsächlich gebe es in Österreich keine hinreichende Suizidprävention, B-05 würde eine solche jedoch sehr begrüßen. Sie sieht auch in der Kriminalisierung der Sterbehilfe keine geglückte Maßnahme der Suizidprävention, im Gegenteil: Diese hätte Suizidversuche sogar noch erzwungen. Die mit dem Thema Suizid gesellschaftlich assoziierte Verwerflichkeit und Todsündigkeit führe lediglich dazu, dass Menschen sich nicht trauen, über ihren Sterbewunsch

offen zu sprechen. Es gelte, das Thema zu enttabuisieren, um einen offenen Umgang damit in der Gesellschaft zu ermöglichen. Weiters seien Patientenverfügungen bereits jetzt zwingend einzuhalten, auch wenn der Patientinnen- oder Patientenwille aufgrund einer aktuellen Beeinträchtigung vielleicht nicht mehr akut festgestellt werden kann – nach demselben Prinzip sollten auch akut ausgesprochene Sterbewünsche erklärungsfähiger Menschen zwingend eingehalten werden. B-05 kritisiert weiters heftig, dass die in der christlichen Diktion gewachsene Verwerflichkeit des Themas Suizid zwar dazu führe, lebensverkürzende medizinische Maßnahmen als „gegen den Willen Gottes“ abzulehnen, jedoch gleichzeitig dieses Argument nicht mit derselben Vehemenz ins Feld geführt werde, wenn es umgekehrt um lebensverlängernde medizinische Maßnahmen geht.

B-06 erklärt Suizidprävention analog zu B-01 als Maßnahme, Affektsuizide, bzw. „do-it-yourself“-Suizidversuche zu verhindern. Suizidprävention, die das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen über Art und Zeitpunkt seines eigenen Lebensendes aushebele, sei rechtswidrig. Gemäß B-06 spielen Suizidprävention und Selbstbestimmungsrecht wie folgt zusammen:

„Wenn eine Person weiß, dass sie in ihrer Leidenssituation erstens mit anderen offen über ihren Suizidwunsch sprechen kann, und zweitens die Möglichkeit einer Freitodbegleitung nicht a priori ausgeschlossen ist, sinkt das Risiko, dass sie vor dem Kontakt mit helfenden/beratenden Personen einen Suizidversuch unternimmt. Deshalb muss die Zugangsmöglichkeit zu assistiertem Suizid weitreichend liberal ausgestaltet werden. Es ist eine Balance zu finden, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: «So viele Freitodbegleitungen wie nötig, so wenig Suizidversuche wie möglich.»“
(I-06, Z. 220-227)

B-07 sieht das Spannungsfeld dort, wo verschiedene Akteure unterschiedliche Auffassungen darüber haben, was das Beste für Betroffene sei, nämlich: Ärztinnen und Ärzte, die Familie, die Gesellschaft, die Betroffenen selbst. Ein noch größeres Spannungsfeld erkennt sie jedoch darin, dass Menschen oft trotz einer Patientenverfügung oder eines bereits geäußerten Sterbewunsches ungeachtet ihrer Diagnose und im Lauf der Zeit immer schlimmer werdenden Symptome noch sehr am Leben hängen, selbst dann, wenn Palliativmedizinerinnen und -mediziner selbst schon den „Lebenswert“ nicht mehr erkennen können und zu einer palliativen Sedierung zum Wohle der Betroffenen raten. Entsprechend schwierig sei es B-07s Erachtens, Ärztinnen und Ärzte in Österreich zu finden, die sich dazu bereit erklären, assistierten Suizid durchzuführen – gerade, weil sie um diesen starken Lebenswillen vieler Patientinnen und Patienten selbst in den ausweglosesten Situationen wissen.

B-08 bringt ihre Meinung mit folgendem Satz klar auf den Punkt:

„Der Staat hat doch nix an meinem Bett verloren!“ (I-08, Z. 54-56)

4.3. Die Auswirkungen der Legalisierung des assistierten Suizids auf das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem

Abschließend ging es um die Einschätzung der Befragten, ob das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs Auswirkungen auf das österreichische Gesundheits- und Sozialsystem haben werde – und wenn ja, welche.

B-01 erwartet etliche Auswirkungen: zum einen ist sie*er der Meinung, dass die Legalisierung des assistierten Suizids indirekt zum flächendeckenden Ausbau des Hospizwesens beitragen werde, zum anderen, dass ein liberaleres Klima in der Öffentlichkeit einziehen werde. Da die höchsten Gesundheitskosten am Lebensende verursacht werden, sieht B-01 positive wirtschaftliche Auswirkungen aufgrund von Kosteneinsparungen, basierend auf vergleichenden Hochrechnungen aus den Niederlanden. Gleichzeitig sieht sie*er aber auch wirtschaftliche Verlierer, zum Beispiel die Pharma- und Pflegeindustrie, die Umsatzausfälle und Gewinnentgang zu erwarten haben. Auch vermutet B-01 eine Verlängerung der Lebensdauer für unheilbar kranke Menschen: Da diese aufgrund der gegenwärtigen Gesetzeslage vom Staat dazu gezwungen seien, sich zu einem Zeitpunkt das Leben zu nehmen, zu dem ihre Lebensqualität noch gut sei und sie die Hilfe Dritter noch nicht benötigen, führe die Legalisierung des assistierten Suizids dazu, dass sie ihr Leben länger auskosten können:

„Und, wie gesagt, wenn man eine gute Lebensqualität hat und weiß, dass man die Möglichkeit auf ein sanftes Ende selber in der Hand hat, dann wird man länger leben.“
(I-01, Z. 283-284)

Auch B-02 sieht eine Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems aufgrund der Kostenersparnis, die die *„Pflegefälle, die gar keine Pflegefälle sein möchten“* (I-02, Z. 232-236), bringen. Sie*er vermutet weiters, dass finanzielle und wirtschaftliche Faktoren dazu beitragen werden, dass das Sterberecht weltweit liberalisiert, und das Recht auf Sterbehilfe allen Menschen weltweit zugestanden werde.

B-03 und B-04 können sich beide keine großen Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem vorstellen, da ihres Erachtens die Menge an Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen werde, zu gering sei, um einen spürbaren wirtschaftlichen Unterschied zu machen. B-03 unterstreicht ihre Annahme mit Vergleichszahlen aus anderen europäischen Ländern.

Dass es eine Sterbeindustrie in Österreich geben werde, schließt B-05 aus, ebenso glaubt sie*er wie B-03 und B-04 nicht, dass die Zahl der Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen werden, groß genug sei, um einen Einfluss auf das Gesundheitssystem zu haben. Auch müsse man nicht befürchten, dass assistierter Suizid ein Mittel sein könnte, um das Pensionssystem zu „sanieren“. Analog zu B-01 sieht B-05 Auswirkungen auf den Ausbau

von palliativmedizinischen Einrichtungen, die allen Menschen verfügbar gemacht werden müssten – ebenso wie Sterbehilfe-Einrichtungen, die es zu errichten gelte.

B-06 bezieht sich auf die Schweiz, wo Freitodbegleitungen auch 35 Jahre nach ihrer Legalisierung mit 1,75% aller Sterbefälle ein marginales Phänomen darstelle. Ebenso gebe es in der Schweiz keine wahrnehmbaren Auswirkungen aus finanzieller und wirtschaftlicher Perspektive. B-06 erwartet ähnliche Entwicklungen in Österreich.

Auch B-07 sieht keine Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem, gibt aber an, dass sich dies möglicherweise anders entwickeln könnte, würde man assistierten Suizid auch auf Menschen mit der Diagnose Demenz ausweiten. In diesem Fall würde sie langfristig Auswirkungen auf die Belegung von Pflegeeinrichtungen vermuten.

Klare Worte zu diesem Thema findet wieder B-08:

„Die Regierung erspart sich jede Menge Geld. Weil Leute ab einem gewissen Alter, so wie ich, (die) kosten ja ein Schipperl Geld. Das ist ja völlig sinnlos! (Das) ist vergeudetes Geld!“ (I-08, Z. 95-97)

5. Diskussion und Beantwortung der Forschungsfragen

Im Rahmen dieses Kapitels erfolgt die Auswertung und Diskussion der Antworten der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer anhand der Forschungsfragen:

5.1. Welche Möglichkeiten gibt es, Missbrauch der legalen Sterbehilfe zu verhindern und Menschen an ihrem Lebensende selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen?

Nach Klärung des jeweiligen Verständnisses des Begriffs „Missbrauch“ von assistiertem Suizid wurde nach Maßnahmen gefragt, einen solchen zu verhindern.

Von den acht Befragten sind die Hälfte der Überzeugung, dass das Thema Missbrauch überbewertet sei, und die Empfehlungen von Maßnahmen zu dessen Prävention seitens des Verfassungsgerichtshofs und der Bioethikkommission unbegründet seien. Der Vergleich mit Ländern, in denen assistierter Suizid bereits legal ist, zeige keine Evidenz für die Notwendigkeit von Maßnahmen, und allfällige Einzelfälle könnten mit der geltenden Rechtsprechung gut abgedeckt werden. Drei Personen sind der Meinung, dass man Missbrauch in irgendeiner Form nie werde ausschließen können. Lediglich eine Person warnt davor, das Thema nicht zu unterschätzen, besonders, da sich oft Betroffene selbst großen Druck machen, möglichst schnell aus dem Leben zu scheiden, um den Angehörigen und der Gesellschaft nicht zur Last zu fallen.

Bis auf eine Person schlagen alle Befragten – wenn es denn Maßnahmen geben muss – einen vorgelagerten Prozess vor, der der Feststellung der Geschäfts-, Urteils-, und Entscheidungsfähigkeit Betroffener dienen soll. Zu diesem Aspekt unterscheiden sich die Antworten nur in Details: Zwei Personen erachten ein psychologisches Gutachten im Zuge dieses Prozesses für zwingend notwendig, drei Personen reicht hier ein informatives Gespräch auf Augenhöhe, bei dem die Geschäfts-, Urteils-, und Entscheidungsfähigkeit angenommen und die Eigenverantwortung der Betroffenen respektiert wird. Zwei Befragte legen sich in der Ausgestaltung dieses vorgelagerten Prozesses nicht fest, finden aber, dass mehrere unabhängige Personen oder Institutionen daran beteiligt sein sollen, eventuell sogar unter Miteinbeziehung unabhängiger Zeugen.

Die Hälfte der Befragten spricht sich für eine angemessene Karenzzeit zwischen dem Aussprechen des Sterbewunsches und der Durchführung der Freitodbegleitung aus. Die genannten Zeiträume liegen zwischen einem und sechs Monaten, können aber in jedem Fall der individuellen Situation im Hinblick auf Krankheitsfortschritt und zu erwartende Restlebensdauer angepasst werden.

Eine Person wünscht sich Maßnahmen, nicht wie vorgeschlagen zur Missbrauchsprävention, sondern zur Sicherstellung, dass dem Sterbewunsch eines Menschen nachgekommen wird. Eine weitere Person drängt auf den Abbau von Hürden, konkret der Notwendigkeit von psychologischen Gutachten zur Feststellung der Geschäfts-, Urteils-, und Entscheidungsfähigkeit, wenn diese in allen anderen Kontexten ab einem gewissen Alter vom Staat angenommen werden und nicht extra nachgewiesen werden müsse.

Als weitere Möglichkeiten werden die Einbeziehung von Angehörigen in das psychologische Gutachten, die Arbeitserlaubnis für professionelle Sterbehilfeorganisationen und eine fundierte Aufklärung der Ärzteschaft je einmal genannt. Zweimal wird die Notwendigkeit der Enttabuisierung des Themas in der Gesellschaft genannt, und einmal der Vorschlag gebracht, das Thema bereits in der Schule zu unterrichten.

Im Hinblick auf die erste Forschungsfrage lässt sich zusammenfassend sagen, dass zwar keine Einigkeit über die grundsätzliche Notwendigkeit von Maßnahmen zur Missbrauchsprävention herrscht, dass aber – so solche Maßnahmen überhaupt gesetzlich geregelt werden müssen – ein vorgelagerter Prozess zur Beurteilung der Geschäfts-, Urteils-, und Entscheidungsfähigkeit sowie eine der Situation angepasste Karenzzeit von fast allen Befragten für sinnvoll erachtet wird. Als Maßnahme zur Liberalisierung der Gesellschaft im Hinblick auf das Thema assistierter Suizid kann das frühe Ansetzen der Aufklärung bereits in der Schule genannt werden, wodurch langfristig eine Enttabuisierung des Themas erreicht werden könne.

5.2. Welche Spannungsfelder ergeben sich zwischen Selbstbestimmungsrecht und Suizidprävention?

Drei der Befragten sehen kein Spannungsfeld zwischen den Themen Suizidprävention und Selbstbestimmungsrecht, sondern betrachten diese vielmehr als zwei separate Themen. Während eine der drei Personen ein gutes Zusammenwirken der beiden Themen sieht, statuieren die anderen zwei, dass es in Österreich gar keine hinreichende Suizidprävention gebe. Suizidprävention habe im Übrigen den Auftrag, Affektsuizide zu verhindern – nicht das Selbstbestimmungsrecht von Menschen auszuhebeln, die wohlüberlegte Entscheidungen getroffen haben.

Zwei Personen sehen Spannungsfelder dort, wo die Katholische Kirche in die Hospiz- und Palliativbetreuung involviert ist, indem sie mit ihrer Dogmatik des „verwerflichen Suizids“ gläubige Betroffene in große Gewissenskonflikte bringe.

Drei weitere Befragte verorten Spannungsfelder im Bereich der palliativmedizinischen Betreuung: hier hebelten Ärztinnen und Ärzte oft durch Zwangsmaßnahmen der Suizidprävention das Selbstbestimmungsrecht Betroffener aus. Oft gebe es auch Konflikte zwischen Betroffenen, der Ärzteschaft, Angehörigen und der Gesellschaft in der Auffassung darüber, was für Betroffene „das Beste“ sei – was nicht zuletzt auch häufig mangelhafter Kommunikation zwischen den Beteiligten geschuldet sei.

Auf die Frage nach der Auflösung dieser Spannungsfelder werden sehr heterogene Antworten gegeben. Eine Person verlangt, dass Betroffene auf Basis von Informiertheit, wohlwogener und konsistenter Überlegung und Nichtbeeinflusstsein selbstbestimmt entscheiden können müssten. Eine zweite meint, dass Betroffene hierfür mehr Durchsetzungskraft gegenüber Ärztinnen und Ärzten, sowie dem Pflegepersonal aufbringen müssten, eine dritte sagt, dass der Gesetzgeber schlicht nicht in das Recht auf den eigenen Körper einzugreifen habe.

Weniger drastisch sieht es eine befragte Person, die für eine Symbiose zwischen den beiden Ansätzen plädiert. Eine weitere Person meint, dass ein liberaler Zugang zum assistierten Suizid die Auflösung dieses Spannungsfelds sei, da dieser das Risiko von Suizidversuchen „auf eigene Faust“ senke. Eine andere Person sieht die Lösung des Problems bei den Ärztinnen und Ärzten, die ihrer Meinung nach besser auf die Bedürfnisse und Situationen der Betroffenen eingehen und ihnen besser zuhören sollen, um nicht Gefahr zu laufen, deren Autonomie mit Maßnahmen der Suizidprävention zu untergraben. Hierzu brauche es mehr Aufklärungsarbeit durch spezialisierte Institutionen, betont auch eine weitere Person. Überhaupt werden die Begriffe „Aufklärung“, „Information“ und „Enttabuisierung“ – der Ärzteschaft, der Gesellschaft, der Kinder bereits ab dem Schulalter – in diesem Zusammenhang von der Hälfte der Teilnehmer erwähnt und als sehr wesentlich erachtet.

5.3. Welche Auswirkungen der Legalisierung werden auf das Gesundheits- und Sozialsystem erwartet?

Von den acht befragten Personen äußerte sich eine nicht zu dieser Frage, fünf erwarten keine nennenswerten finanziellen oder wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem. Die Begründung hierfür fiel in allen fünf Fällen sehr homogen aus: Die zu erwartende Anzahl der Menschen, die vom legalen assistierten Suizid Gebrauch machen werde, sei zu gering, um einen spürbaren Unterschied zu machen. Die Befragten argumentieren dies zum Teil mit bereits vorhandenen Vergleichszahlen aus anderen Ländern.

Zwei Personen erwarten hingegen große Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem: Von einer werden finanzielle Verluste für die Pflege- und Pharmabranche vermutet, wenn der kostenintensive medizinische Bedarf von Menschen an ihrem Lebensende in zunehmendem Maße ausfällt. Beide Personen sagen eine finanzielle Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems voraus, eine zieht für diese Argumentation Vergleichszahlen aus den Niederlanden heran. Somit ist interessant zu beobachten, dass mit Vergleichszahlen aus anderen Ländern sowohl für als auch gegen finanzielle und wirtschaftliche Auswirkungen argumentiert wird.

Zwei der Befragten erwarten jenseits von finanziellen und wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem, dass die Legalisierung des assistierten Suizids einen indirekten Beitrag zum flächendeckenden Ausbau des Hospiz- und Palliativwesens leisten werde.

6. Resumee und Ausblick

Das Erkenntnis G 139/2019 des Verfassungsgerichtshofs zur teilweisen Verfassungswidrigkeit von § 78 StGB (Mitwirkung am Selbstmord) vom 11. Dezember 2020 stellt gegenwärtig eine Herausforderung für die österreichische Bundesregierung dar, da ab 01. Jänner 2022 der assistierte Suizid in Österreich legal sein wird. Der Verfassungsgerichtshof und die Bioethikkommission empfehlen den Erlass eines Sterbehilfegesetzes, das den Zugang zum assistierten Suizid regeln und nach Möglichkeit einen Missbrauch desselben verhindern soll. Kommt es bis Ende des Jahres zu keinem Gesetzeserlass, wird der assistierte Suizid unreglementiert zulässig.

Im April 2021 hielt das Bundesministerium für Justiz das „Dialogforum Sterbehilfe“ ab, das zum Ziel hatte, den Meinungsstand und die Meinungsvielfalt zum Thema im Land zu erheben. In Kritik geriet dieses Dialogforum aufgrund seiner Zusammensetzung: Die Mehrheit der Teilnehmenden waren Gegnerinnen und Gegner der Sterbehilfe, viele davon waren konfessionellen Gruppierungen zuzuordnen.

Ebenfalls im April veröffentlichte das Meinungsforschungsinstitut Integral im Auftrag der ÖGHL eine repräsentative Umfrage zum Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs, deren Ergebnis eine deutliche Befürwortung in der österreichischen Bevölkerung aufzeigte: Beinahe jede und jeder Zweite könne sich demnach die Inanspruchnahme von Sterbehilfe für sich selbst vorstellen.

Um die Expertise und Meinungen von Expertinnen und Experten über mögliche Auswirkungen des legalen assistierten Suizids auf das Gesundheits- und Sozialsystem, über Missbrauchsprävention, sowie über das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsrecht und Suizidprävention zu erheben, wurden leitfadengestützte Interviews durchgeführt und nach Froschauer und Lueger (2003) analysiert. Anders als im „Dialogforum Sterbehilfe“ wurde hier auf die Meinung von Vertreterinnen und Vertretern konfessioneller Gruppierungen bewusst verzichtet.

Die Frage nach der Missbrauchsprävention wurde sehr divers beantwortet. Die Hälfte der Befragten empfindet die Thematik als überbewertet und von den Gegnern der Sterbehilfe als künstlich aufgebauscht. Zum Teil sieht man die Notwendigkeit für dezidierte gesetzlich geregelte Maßnahmen zur Missbrauchsprävention nicht, wobei die Mehrheit der Befragten aber die zumindest theoretisch denkbare Möglichkeit eines Missbrauchs des assistierten Suizids nicht grundsätzlich ausschließt. Das Missbrauchspotential wird tendenziell allerdings nicht bei den Angehörigen verortet, sondern in Pflegeeinrichtungen, insbesondere kirchennahen, in denen Menschen ihr Sterbewunsch aufgrund der persönlichen Überzeugung der Betreuenden oft ausgedrückt, oder ihnen sogar mit Zwangsmaßnahmen gedroht wird. Wenn Angehörige mit Missbrauchsverdacht überhaupt in Zusammenhang gebracht werden, sehen die Befragten als Grundlage dafür eher Überforderung als absichtliche böswillige Handlung.

Als empfehlenswert erachtet die Mehrheit der Befragten einen vorgelagerten Prozess inklusive einer angemessenen Karenzzeit. Dieser Prozess kann rein informativen Charakter haben oder als ärztliches und/oder psychologisches Gutachten ausgestaltet sein mit dem Ziel, den Krankheitsstatus, sowie die Geschäfts- und Urteilsfähigkeit der Betroffenen zu evaluieren.

Auch in der Frage nach dem Spannungsfeld zwischen dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen und der gesellschaftlichen Verpflichtung zur Suizidprävention konnte keine klare Tendenz herausgearbeitet werden. Spannungsfelder werden, wenn überhaupt, auch hier eher zwischen den Betroffenen und der Katholischen Kirche verortet, oder auch zwischen der Ärzteschaft und den Betroffenen. Letzteres würde oft aufgrund fehlender Kommunikation zwischen allen Beteiligten entstehen. Information, Aufklärung und Enttabuisierung werden hier am häufigsten zur Auflösung allfälliger Spannungsfelder genannt.

Die klare Mehrheit der Befragten erwartet keine nennenswerten finanziellen oder wirtschaftlichen Auswirkungen der Legalisierung des assistierten Suizids auf das Gesundheits- und

Sozialsystem. Sie sind sich dahingehend einig, dass die Anzahl der durchgeführten assistierten Suizide nicht groß genug sein werde, um hier tatsächlich ins Gewicht zu fallen. Zum Teil wird jedoch vermutet, dass die Legalisierung des assistierten Suizids indirekt zum flächendeckenden Ausbau des Hospiz- und Palliativwesens beitragen könnte.

Ob die österreichische Bundesregierung ein Gesetz zur Regelung des assistierten Suizids bis Ende des Jahres erlassen wird, bleibt zum gegenwärtigen Zeitpunkt offen. Dass es jedenfalls einen breiten gesellschaftlichen Diskurs braucht, um aufzuklären und zu informieren, ist allen Befragten gleichermaßen ein Anliegen: Nur durch angemessene Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Betroffenen, Expertinnen und Experten, Ärztinnen und Ärzten sowie der Gesellschaft wird eine langfristige Enttabuisierung des Themas gelingen können, um Menschen mit einem wohlüberlegten und konsistenten Sterbewunsch die Gelegenheit zu geben, frei von Fremdbestimmung und äußerem Druck ihrem Leben selbstbestimmt ein sanftes Ende zu bereiten.

Rechtsquellenverzeichnis

Bundesrecht

§ 77 (Tötung auf Verlangen) Bundesgesetz vom 01.01.1975 (StGB) BGBl. Nr. 60/1974 idgF.

<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029620>

§ 78 (Mitwirkung am Selbstmord) Bundesgesetz vom 01.01.1975 (StGB) BGBl. Nr. 60/1974 idgF.

<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296&FassungVom=2019-06-18&Artikel=&Paragraf=78&Anlage=&Uebergangsrecht=>

Entscheidungen

G 139/2019-71 vom 11. Dezember 2020 https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf

Literaturverzeichnis

Froschauer, U., Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview*. WUV-Universitätsverlag.

Klein, A. (2016). Sterbehilfe in der Diskussion. *Laut gedacht – Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte*, NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliativ_Care/Sterbehilfe_in_der_Diskussion_Andreas_Klein_Expertenletter_Palliativ_Care.pdf

Krettek, A. (2021). *Sterbehilfe in Österreich: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*. [Bachelorarbeit, Ferdinand Porsche FernFH Wr. Neustadt], S.13.

Online Quellen

- Academic Lab (o.J.). *Leitfadengestütztes Interview*. Universität Leipzig. <https://home.uni-leipzig.de/methodenportal/leitfadengestuetztes-interview/> [Abruf am 25.04.2021]
- Bizeps (o.J.). *Sterbehilfe*. BIZEPS. <https://www.bizeps.or.at/wissenswertes/sterbehilfe/> [Abruf am 13.06.2020].
- Bundeskanzleramt Österreich (o.J.). *Bioethikkommission*. Bundeskanzleramt. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission.html> [Abruf am 27.12.2020].
- Bundesministerium Justiz (o.J.). *Dialogforum Sterbehilfe*. Bundesministerium Justiz. <https://www.bmj.gv.at/themen/Dialogforum-Sterbehilfe.html> [Abruf am 09.05.2021].
- DER STANDARD. (23.04.2021). „Dialogforum“ berät über neues Sterbehilfegesetz. DER STANDARD. <https://www.derstandard.at/story/2000126078958/dialogforum-beraet-ueber-neues-sterbehilfe-gesetz> [Abruf am 09.05.2021].
- Ladstätter, M. (04.02.2000). *FPÖ-ÖVP Regierungsprogramm "Österreich neu regieren"*. BIZEPS. <https://www.bizeps.or.at/fpoe-oevp-regierungsprogramm-oesterreich-neu-regieren/> [Abruf am 19.12.2020].
- ORF Online (29.04.2021). *Kritik an Sterbehilfe-Dialogforum*. ORF Online und Teletext GmbH & Co KG. <https://religion.orf.at/stories/3206247/> [Abruf am 09.05.2021]
- Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (21.10.2019). *Antrag beim Verfassungsgerichtshof*. <https://www.oeghl.at/2019/10/21/antrag-beim-verfassungsgerichtshof/> [Abruf am 13.06.2020].
- Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (10.04.2021). *Umfrage: 80% in Österreich für Sterbehilfe*. <https://www.oeghl.at/2021/04/10/umfrage-80-in-%C3%B6sterreich-f%C3%BCr-sterbehilfe/> [Abruf am 10.05.2021].
- Verfassungsgerichtshof Österreich (05.06.2020). *Vorschau Juni-Session*. Verfassungsgerichtshof Österreich. https://www.vfgh.gv.at/medien/Vorschau_Juni-Session.de.php?fbclid=IwAR2iSmQ1R-9NXcc3gs56QG701M66fc62uGsXQ904vnM7s9h52j8byHOaQQE [Abruf am 13.06.2020].
- Verfassungsgerichtshof Österreich (07.09.2020). *Verbot der Sterbehilfe auf Tagesordnung der Oktober-Session 2020*. Verfassungsgerichtshof Österreich. https://www.vfgh.gv.at/medien/Verbot_der_Sterbehilfe_auf_Tagesordnung_der_Oktober-S.de.php [Abruf am 28.12.2020].
- Wandler, R. (18.03.2021). *Neues Gesetz in Spanien. Aktive Sterbehilfe wird möglich*. taz Verlags u. Vertriebs GmbH. <https://taz.de/Neues-Gesetz-in-Spanien/!5759628/> [Abruf am 09.05.2021]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Meinung der Österreicher*innen zur Entscheidung des VfGH	10
Abbildung 2 Eigene Inanspruchnahme der Sterbehilfe	11
Abbildung 3 Transkriptionskopf am Beispiel I-01	15

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Bereiche der Teilnehmenden	12
Tabelle 2 Zeitpunkt, Modalität und Dauer der Interviews	14
Tabelle 3 Themenüberblick nach Interview (I-01 bis I-08)	17
Tabelle 4 Maßnahmen zur Missbrauchsprävention	57
Tabelle 5 Spannungsfelder zwischen Suizidprävention und Selbstbestimmung	58
Tabelle 6 Auswirkungen der Legalisierung auf das Gesundheits- und Sozialsystem	59

Anhang

Anhang 1: Interviewleitfaden

INTERVIEWLEITFADEN

1. Herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für dieses Interview genommen haben! Ich möchte Sie bitten, ganz kurz zu erklären, in welcher Funktion Sie in Ihrem Alltag mit dem Thema aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid zu tun haben.

Im Dezember 2020 hat der österreichische Verfassungsgerichtshof den § 78 StGB „Mitwirkung am Selbstmord“ für teilweise verfassungswidrig erkannt und die Mithilfe beim Suizid außer Strafe gestellt. Die Bundesregierung hat nun bis Ende des Jahres Zeit, ein entsprechendes Gesetz zu verabschieden.

2. Der Verfassungsgerichtshof und die Bioethikkommission betonen die Wichtigkeit von gesetzlich geregelten Maßnahmen, die einen Missbrauch legaler Sterbehilfe verhindern sollen. Welche Maßnahmen empfehlen Sie?

3. Wie kann man sicherstellen, dass Betroffene ihre Entscheidung ohne Beeinflussung durch Dritte getroffen haben, bzw. treffen können?

4. Finden Sie es richtig, legale Sterbehilfe nur einer klar definierten Personengruppe, wie von der Bioethikkommission empfohlen, zu ermöglichen? Wenn ja, auf welche? Wenn nein, warum nicht?

5. Sehen Sie Spannungsfelder zwischen dem Selbstbestimmungsrecht eines Menschen am Lebensende und der Suizidprävention als gesellschaftlicher Verpflichtung?

6. Wie kann man sicherstellen, dass Maßnahmen der Suizidprävention nicht über das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen gestellt werden?

7. Welche Auswirkungen wird die Umsetzung der Legalisierung der Beihilfe zum Suizid Ihrer Meinung nach auf das Gesundheits- und Sozialsystem haben? Ich denke dabei hauptsächlich an finanzielle und wirtschaftliche Aspekte.

Herzlichen Dank für das Interview!

Anhang 2: Einverständniserklärung mündliches Interview

EINVERSTÄNDNIS- UND ANONYMITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Herr/Frau _____ bin damit einverstanden, von Frau Andrea Krettek im Rahmen der Bachelorarbeit „**Mögliche Spannungsfelder und Auswirkungen von Erkenntnis G 139/2019 auf das Gesundheits- und Sozialsystem aus Sicht von Expert*innen betroffener Bereiche**“ (Arbeitstitel) interviewt zu werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass das durchgeführte Interview für die weitere Bearbeitung aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird. Sämtliche Daten und Aussagen werden ausschließlich für die genannte Bachelorarbeit ausgewertet und anonymisiert behandelt und/oder zitiert.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Das Interview kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

Unterschrift der interviewten Person

Ort, Datum



Unterschrift der Interviewerin

Anhang 3: Einverständniserklärung schriftliches Interview

EINVERSTÄNDNIS- UND ANONYMITÄTSERKLÄRUNG

Ich, Herr/Frau _____ bin damit einverstanden, von Frau Andrea Krettek im Rahmen der Bachelorarbeit „**Mögliche Spannungsfelder und Auswirkungen von Erkenntnis G 139/2019 auf das Gesundheits- und Sozialsystem aus Sicht von Expert*innen betroffener Bereiche**“ (Arbeitstitel) interviewt zu werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass das durchgeführte Interview in der von mir schriftlich verfassten Form für die weitere Bearbeitung von Frau Andrea Krettek archiviert wird. Sämtliche Daten und Aussagen werden ausschließlich für die genannte Bachelorarbeit ausgewertet und anonymisiert behandelt und/oder zitiert.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig.

Unterschrift der interviewten Person

Ort, Datum



Unterschrift der Interviewerin

Anhang 4: Originalzitate nach Themen sortiert

Themen: vgl. Tabelle 3 | Themenüberblick nach Interview (I-01 bis I-08)

MISSBRAUCH DES LEGALEN ASSISTierten SUIZIDS

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Ähm, da muss ich des Weiteren ausführen, äh, dass also, dass sehr häufig, äh, in die Diskussion geworfen wird, die Sorge vor möglichem Missbrauch. Grundsätzlich eine legitime Frage. Allerdings, äh (...), in meinen Augen unbegründet, überbewertet. (I-01, Z. 68-70) • [...] klerikale Kreise und so weiter, äußern sich, obwohl die schon gleich überhaupt gar keine Erfahrung haben mit Suizid, führen aus, wie dramatisch denn hier diese Gefahr wäre. (I-01, Z. 77-79) • Das heißt, dort wo es Erfahrungen gibt mit Sterbehilfe, ist das Missbrauchsthema nicht wirklich eines. (I-01, Z. 85-86) • Wir haben keine Erfahrung damit und die, die überhaupt keine Erfahrung haben und das ablehnen, die bauschen dieses Thema auf. Also insofern nicht gerechtfertigt. (I-01, Z. 88-89) • Ah, ich denke, da muss man als erstes mal den Begriff klären und auf ein Wort reduziert bedeutet Missbrauch in dem Zusammenhang: Fremdbestimmung. (I-01, Z. 92-94) • [...] ist es im Regelfall so, dass die Kinder alles tun, damit die Eltern länger leben, äh, bis hin, dass sie persönlich pflegen. (I-01, Z. 96-97) • Es ist theoretisch vorstellbar, dass es auch Fremdbestimmung, also Missbrauch geben kann, im Sinne eines Einwirkens darauf, dass das Individuum hier doch vorzeitig das Leben beenden solle. (I-01, Z. 98-100) • Ich möchte aber der Ausgewogenheit halber auch noch darauf verweisen, dass in der Praxis Missbrauch in ganz anderer Weise passiert. Nämlich, eine Armada von Pflegekräften, Hospizärzten und das Ganze unterstützt von der Krankenhausesseelsorge, verletzen meiner Einschätzung nach häufig die Patientenautonomie. Respektieren Menschen in ihrer letzten Phase nicht. Setzen sich über deren Wünsche hinweg. Nehmen sie nicht ernst, versuchen ihnen sozusagen den Wunsch nach einem sanften Ende auszureden. (I-01, Z. 100-106)
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Also, ich persönlich hab' noch nie was gehört oder gelesen von einem Missbrauch. (I-02, Z. 36-37) • [...] obwohl ich an einen Missbrauch gar net glaub - weil, ich glaub net an den Missbrauch. Ich glaub's ehrlichg'sagt net. Das wird alles so heraufbeschworen. Und, weil man hört und liest nie was in den Medien, dass irgendwo ein Missbrauch amal stattgefunden hätt. Man liest's net. (I-02, Z. 68-71) • Und der Missbrauch, wissen's nur kurz, wo der stattgefunden hat? In der Nazizeit unter dem Euthanasieprogramm. Und deswegen wird das immer in Verbindung gebracht jetzt, wenn die Sterbehilfe geöffnet wird. Aber das waren ja Morde, die da passiert sind! Die sind ja netamal g'fragt worden, diese körperlich und geistig behinderten Menschen. Die sind ja wirklich umgebracht worden. Und da hat ma jetzt, immer, immer kommt das noch, wegen dem Missbrauch, diese Thematik. Das war unter der Nazizeit. (I-02, Z. 73-79) • Und wissen's, wo ich schon eher glaub, wann einmal so ein Missbrauch stattfinden könnte, das is in dem... eventuell in den Pflegeheimen. Wo ein krimineller Gedanke dahintersteht, was ja auch einmal schon war vor zig Jahren. I glaub im Lainzer Spital oder so. Da sind die Menschen a umbracht worden. Vielleicht wollten's a sterben, das kann a sein, dass scho g'sagt haben, sie wollen sterben und diese Krankenpflegerinnen oder -pfleger ham ihnen dann a bisserl mehr, äh, was i net, an einem Mittel geben, aber da is kein Gutachten oder nix eingeholt worden. Ich glaub eher, dass eventuell dort wieder, wann überhaupt, ein Missbrauch stattfinden könnte. (I-02, Z. 93-100) • Und, wie g'sagt, ähm, i hab nix g'hört von diesem Missbrauch. Weder im Ausland, weder auch in den Benelux-Staaten noch, wo die Tötung auf Verlangen is, ähm... nein. (I-02, Z. 118-120)
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Ich finde, ich finde den Missbrauch viel zu sehr überbewertet in der Diskussion, ja, weil du kannst alles missbrauchen und die Österreicher, beziehungsweise Menschen, neigen dazu, ja. Gib ihnen eine Regel und sie wird missbraucht. (I-03, Z. 28-30) • Dass... wenn du auf einer Palliativstation bist, oder in einem Caritasheim, oder sonst irgendwas, dass du da, äh, ich sag jetzt mal, eh sanft und nett und lieb palliativ und wertschätzend darauf hin... dazu geführt wirst, mit ein bisschen subtilem Druck, dass du dann sagst, ok, ich will doch nicht sterben, ja, ich werde mein Leben bis zum Ende leben. (I-03, Z. 50-54)
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • [...] es muss ja nicht unbedingt so sein, dass die Angehörigen tatsächlich da Druck machen, bewusst, sondern es kann ja auch sein, dass die, äh, einfach schon komplett überfordert sind mit der Pflege und, ähm, der Betroffene dann das Gefühl hat, er kann die Familie jetzt nicht

	weiter belasten. Das ist ja genauso eine Einflussnahme, die... also, diese Dinge wird man wahrscheinlich nie wirklich, ähm, verhindern können. (I-04, Z. 37-41)
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • [...] und da kann man natürlich darüber streiten, ob's überhaupt eine ernstzunehmende Missbrauchsgefahr gibt, das zeigen zumindest die Länder wie die Schweiz oder die Liberalsten wie die Benelux-Staaten, in keinem annähernd relevanten Ausmaß. (I-05, Z. 123-126) • Aber selbst, wenn man jetzt sagen würde ok, wir haben Angst, dass - wenn einmal die Büchse der Pandora geöffnet wird - dann gibt's kein Halten mehr auf der schiefen Ebene und dann wird's passieren, dass viele Leute unter Druck geraten, die sonst gar nie unter Druck geraten wären; dem halte ich entgegen, dass es ein befremdliches Menschenbild ist, dass Angehörige nichts anderes zu tun hätten als ihre sterbenskranken oder sterbenswilligen Angehörigen in den Suizid zu treiben, nur um sich irgendeiner sozialen oder auch finanziellen Belastung zu entziehen. Das ist ein komisches Menschenbild. (I-05, Z. 136-145) • Die Leute, die sozusagen sterbenswillige Angehörige haben, sind eher bemüht, und sozusagen davon getrieben, ihre Angehörigen davon abzuhalten. Das berichten alle Sterbehilfe-Organisationen weltweit gleichermaßen. (I-05, Z. 142-145)
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollten vorweg Fragen gestellt werden: 1.) Was für Missbrauch meinen der VfGH und die Ethikkommission? 2.) Auf welche Evidenz berufen sie sich, d.h. haben der Verfassungsgerichtshof [VfGH] und die Ethikkommission internationale wissenschaftliche Forschung zu Rate gezogen, aus der sich zeigt, dass es im Bereich der Suizidhilfe (ob legalisiert oder nicht) Missbrauch (und welche Art?) in einem Ausmass gibt, aufgrund dessen sich eine gesetzliche Sonderregelung aufdrängt, um solchen zu verhindern? (I-06, Z.32-37) • Eine fundierte rechts- und sozialwissenschaftliche Untersuchung «in der Materie assistierter Suizid» hat womöglich nicht oder nicht ausreichend stattgefunden. Dadurch wird von einem hypothetischen oder von einem vermuteten Potential zum Missbrauch, nicht aber von real existierendem Missbrauch ausgegangen. (I-06, Z. 38-41) • Das bedeutet wiederum, dass VfGH und Bioethikkommission, nachfolgend auch die Politik, eine Sorge oder gar eine Angst vor Missbrauch formulieren, und dadurch bewusst oder unbewusst dieses Angst-Argument (die Angst vor Missbrauch) vorschieben, um eine spezialgesetzliche Regelung der Suizidhilfe zu rechtfertigen. (I-06, Z. 41-45) • In einem demokratischen und multikulturellen Staat, der darauf aufbaut, dass der Mensch ein zu Reflektion und freiverantwortlichen Handeln befähigtes Individuum ist, kann eine Beeinflussung durch Dritte nie ausgeschlossen oder gar verboten werden. (I-06, Z. 161-164)
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Das wird man nie ausschließen können bzw. darf man nicht unterschätzen, wie sehr gerade ältere Personen, ähm, niemandem zur Last fallen wollen, und aus dieser Entscheidung heraus vielleicht - um... wo sie jetzt gar nicht von außen unter Druck kommen, sondern wo sie sich selbst unter Druck setzen, ähm, das sozusagen etwas schneller zu beenden. (I-07 Z. 45-49) • Oder dass auch alleinstehende Personen, ältere Personen, die sich nicht vorstellen können, wie denn das... wie denn die Pflege oder irgendetwas zu organisieren wäre - dass die, wenn sie eine Diagnose bekommen oder wenn sie einfach alt und schwach werden, möglicherweise zu diesem Mittel greifen wollen, ja? Einfach, um die Gesellschaft oder irgendwelche entfernten Verwandte, oder auch nahe Verwandte zu entlasten. (I-07, Z. 49-53) • Man kann's nicht sicher ausschließen. Man kann auch natürlich nie ausschließen, dass ein Druck von außen kommt. Weil, wir sehen das umgekehrt auch immer wieder, ja, also dass Familien sehr viel Druck ausüben, dass noch Therapie gemacht wird... (I-07, Z. 56-59)
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Das kann man net verhindern! (I-08, Z. 37) • Der Mensch ist eben von Natur aus unredlich. Die Majorität, jedenfalls. Man kann's net verhindern. (I-08, Z. 39-40)

MASSNAHMEN GEGEN MÖGLICHEN MISSBRAUCH

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Also, ich will ganz klar sagen: wenn schon eine gesetzliche Regelung, dann sollte eine gesetzliche Regelung gegen Fremdbestimmung, gegen Missbrauch von Suizid, auch Regelungen enthalten, die klar sicherstellen, dass der Wunsch nach einem sanften Ende von Menschen auch respektiert werden muss. (I-01, Z. 115-118) • Wir halten es für sinnvoll, dass es einen vorgelagerten Beratungsprozess gibt. Vielleicht analog zum Thema Schwangerschaftsabbruch, Fristenlösung. (I-01, 121-122) • [...] sodass das Individuum auch hier tatsächlich voll informiert ist über alle Aspekte, über die Tragweite eines solchen Entschlusses, über Alternativen, über eine gute palliativmedizinische Versorgung, die oftmals - nicht immer - aber oftmals Schmerzen nehmen kann, ah, etc. etc. Und im Zuge eines solchen Beratungsprozesses können qualifizierte Kräfte mit Sicherheit feststellen: ist das Individuum frei verantwortlich in seiner Entscheidung? Das heißt: ist der Mensch tatsächlich bei klarem Verstand, ist er geschäftsfähig, ist er testierfähig? Ist es sein
------	--

	<p>Wunsch, oder gibt es Anhaltspunkte dafür, dass vielleicht Dritte ihn dazu motiviert haben, sich zu artikulieren, etc. etc. Also, Missbrauch, denk ich, kann man am besten auch verhindern durch, ah, in einem entsprechenden Beratungsprozess. (I-01, Z. 123-132)</p> <ul style="list-style-type: none"> • [...] oder was wir zumindest befürworten würden: eine angemessene Karenzzeit. Was ist jetzt eine angemessene Karenzzeit? (...) Da wird man auch keine bestimmte Anzahl von Tagen benennen können. Äh, sondern ich denke, wenn man so etwas regeln will, und ich denke man könnte das sinnvollerweise regeln, also die verpflichtende Karenzzeit, so muss da die individuelle Situation angemessen berücksichtigt werden. Das heißt, der Mensch mit minimaler Lebenserwartung, der Mensch, der Schmerzen erleiden muss, die palliativmedizinisch nicht in den Griff zu bekommen sind, da ist die Karenzzeit vielleicht fünf Stunden. Der Zwanzigjährige Frauenschwarm, Millionär, braungebrannt, athletisch, dem könnte man auch ein halbes Jahr zumuten. (I-01, Z. 192-200) • Grundsätzlich soll man vom Normalfall ausgehen und das, was jetzt schon gültig ist auch in dem Zusammenhang als ausreichend ansehen. Das heißt im Zuge des Beratungsprozesses, wenn es da keine Anhaltspunkte gibt, äh, auf Einflussnahme Dritter, auf Unzurechnungsfähigkeit, auf psychische Erkrankung oder auf die Einnahme von bestimmten Medikamenten, die Suizidgedanken als Nebenwirkung haben - auch das gibt's ja - also, wenn durch einen professionellen Beratungsprozess klar geworden ist: der Mensch ist frei verantwortlich, dann braucht's darüber hinaus kein Gutachten mehr und auch keine Kommission. (I-01, Z. 242-249)
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • [...] überall, also überall wo jetzt die Sterbehilfe, der assistierte Freitod, erlaubt ist, muss es mindestens bis zu 6 Monate eine Abklärung geben, von den Betroffenen inwieweit sie unheilbar schwer leidend krank sind, durch zwei, mindestens 3 Ärzten und Psychologen. Ein psychologisches Gutachten. Und dieser andauernde Sterbewunsch dann von den Betroffenen, wenn der immer andauert, dann, äh, bekommt man sozusagen das grüne Licht. (I-02, Z. 44-49) • Aber mit dem assistierten Freitod, denk ich, ist es gut, auch aus meiner Sicht her, wenn diese gesetzlichen Regelungen so bestimmt werden und verankert werden, dass es eine Zeit gibt - manche sagen 6 Monate sind zu lang, ja. Vielleicht in 3 Monaten, dass man unbedingt 3 Ärzte mit einem psychologischen Gutachten haben muss, um diese Hilfe zu bekommen. Um eine Sterbehilfe zu bekommen. Und das ist das Um und Auf bei dieser gesetzlichen Regelung, weil ja diese Gutachten dann, ned, von diesen 4 kompetenten, sag ich mal, Menschen, die sich das ja ganz genau anschauen. (I-02, Z. 53-59) • Äh, indem, äh, indem immer wieder, äh, nachgefragt wird in Gesprächen über den dauerhaften Sterbewunsch. Und wenn ein psychologisches Gutachten auch noch eingeholt werden muss sogar, dann glaub ich kann man den Psychologen auch vertrauen, dass da kein Druck und kein Zwang dahintersteckt, weil die Psychologen, wissen's, sind ja geschult auf, auf die Psyche und auf den seelischen Zustand. Und da muss ja dieses Gutachten erstellt werden. Und ich denk mal, da kann man auch den Psychologen auch vertrauen, dass da eben dieser Missbrauch anhand Dritten nicht stattfindet. (I-02, Z. 86-93) • Und wann das über Monate geht und der Mensch steht unter Druck und Zwang von wem anderen, dann ist das... müsste (stottert)... muss das irgendwo einem Psychologen oder Psychologin dann auffallen. Das geht ja net anders. Weil die Menschen müssen ja urteilsfähig sein. Und entscheidungsfähig sein, durch diese Gutachten zu gehen. In dem Moment mal das nicht mehr ist, ist ja auch dann die Sterbehilfe nimmer möglich. (I-02, Z. 109-114)
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Ich kann mir nur vorstellen, dass man ganz einfach, ähm, ein Gutachten braucht, um Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, das einem bescheinigt, dass man entscheidungsfähig ist, dass man zurechnungsfähig ist, dass man vernunftbegabt ist, dass man keine kognitiven Störungen hat und dass in diesem Gutachten auch die Angehörigen miteinbezogen werden bis zu einem gewissen Grad. (I-03, Z. 37-41) • Dass man auch mit Angehörigen spricht. Zerst mit den Patienten alleine, dann Patient und Angehöriger, und vielleicht nur mit den Angehörigen. Also, dass man das einfach mit einbezieht, ja. Weil so kann man's glaub ich am besten, am besten sicherstellen. (I-03, Z. 41-44)
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • [...] was ich mal halt vorstellen könnte ist eben ein ganz ein konkretes Procedere mit an bestimmten zeitlichen Rahmen. Also, dass es jetzt nicht von heute auf morgen entschieden werden kann, sondern dass das mehrere Phasen durchlaufen müsst. Dass unterschiedliche Personen und Zeugen, unabhängige Zeugen, auch irgendwie involviert sein müssen, damit eben abgesichert ist, ähm, dass da nicht Interessen von anderen im Vordergrund stehen. (I-04, Z. 20-25) • [...] es muss halt klar sein, ähm, dass der Mensch unheilbar krank ist. (I-04, Z. 26) • [...] Außenstehende, die... die jetzt kein persönliches Interesse haben, das ist sicher wichtig. (I-04, Z. 43-44) • Also jedenfalls nicht, dass einer von heute auf morgen sagt, ich will jetzt, ähm, nicht mehr weiterleben und es wird sofort... sofort vollzogen, sondern dass das eben über einen längeren Zeitraum, keine Ahnung (...), ein Monat? Zwei Monate? (I-04, Z. 29-32)

I-05

- Also ich habe diese große Missbrauchsgefahr nicht. Wenn aber der Gesetzgeber diese Missbrauchsgefahr nicht ablegen kann, oder wenn die Kritiker diese Missbrauchsgefahr nicht ablegen können, dann wird sie natürlich in irgendeiner Weise gesetzlich eingefangen werden müssen. (I-05, Z. 148-151)
- Zunächst einmal wird es nicht möglich sein, die Sterbehilfe nur auf Angehörige als Hilfeleistende zu beschränken. (I-05, Z. 152-153)
- Den zweiten Pflöck, den ich einschlagen würde aus verfassungsrechtlicher Sicht, ist, dass es nicht sein kann, dass Ärzte nicht Sterbehilfe leisten können, oder dürfen. (I-05, Z. 161-162)
- Ich glaube vielmehr, dass regelmäßig Angehörige, wenn sie selbst nicht Ärzte sind, überfordert wären mit der... mit dem Willen des sterbewilligen Angehörigen, und auch gar nicht wüssten, wie sie denn Sterbehilfe zu leisten haben - woher auch? Also, das lernt man nirgends, wenn man sich nicht beruflich damit auseinandersetzt, oder wenn man das nicht eben seit Jahren unter Umständen in einer Organisation macht, sei es auch im Bereich einer Sterbebegleitung, oder Palliativeinrichtungen. Das wäre also nur den wenigsten ein vertrautes oder sozusagen tatsächlich machbares Unterfangen. Dazu macht es schon Sinn, dass es Organisationen gibt - es muss nicht zwingend ein Verein sein - es kann auch eine Krankenanstalt sein, die das einfach in einer geschützten und kontrollierten Umgebung anbietet. Im besten Fall auf Krankenschein, so hart das klingt, ja? (I-05, Z. 177-186)
- Das heißt, hier glaube ich, ist es extrem hilfreich, oder wär' es extrem hilfreich, wenn es professionelle Organisationen gäbe, die Sterbehilfe anbieten können, und ich glaube auch, dass es verfassungsrechtlich schwierig wäre, hier eine Sterbehilfe zwar zu erlauben, aber letztendlich wiederum Vereinen diese Tätigkeit zu untersagen. (I-05, Z. 200-203)
- Die Missbrauchskontrolle setzt an der Geschäftsfähigkeit und Erklärungsfähigkeit an, dort wäre ich natürlich insofern libertär, als ich sage, dass die Geschäftsfähigkeit ab einem bestimmten Alter in Österreich vermutet wird. Also, wir dürfen das nicht umdrehen und sagen, wir gehen grundsätzlich einfach einmal davon aus, dass jemand nicht geschäftsfähig ist, oder eine psychische Erkrankung haben muss, weil er einen Sterbewunsch äußert. (I-05, Z. 210-215)
- Enttabuisierung muss gelingen, dass es zumindest eine Anlaufstelle gibt, wo jemand offen über einen Sterbewunsch reden kann, ohne die Sorge haben zu müssen, dass sofort der psychosoziale Dienst kommt, er niedergespritzt wird, oder in die Psychiatrie eingewiesen wird wegen der Suizidalität. (I-05, Z. 221-224)
- [...] ein erklärungsfähiger Mensch wird ab einem bestimmten Alter... oder die Erklärungsfähigkeit wird ab einem bestimmten Alter vermutet. Dort Hürden zu schaffen, dass sich die Erklärungsfähigkeit mit drei psychiatrischen Gutachten zunächst einmal nachweisen muss, bevor ich Sterbehilfe in Anspruch nehmen kann, das hielte ich für überzogen und auch wiederum nicht verfassungskonform. (I-05, Z. 230-234)

I-06

- Die Schweizer Politik beschäftigte sich zwar (auch) mit der Frage nach einem Spezialgesetz und damit verbunden mit verschiedenen Gesetzesvorschlägen für den assistierten Suizid. Am 29. Juni 2011 veröffentlichte der Bundesrat (die Schweizer Bundesregierung) den Entscheid, auf eine ausdrückliche Regelung der «organisierten Suizidhilfe» zu verzichten, da die bestehenden gesetzlichen Mittel ausreichen, um allfällige Missbräuche zu bekämpfen. (I-06, Z. 54-58)
- Zusammenfassend empfiehlt Dignitas die folgenden Massnahmen: Zuerst sollte der österreichische Gesetzgeber eine fundierte Rechts- und Tatsachenforschung und eine internationale Rechtsvergleichung an die Hand nehmen. Ausgangspunkt von Überlegungen zu einer irgendwie gearteten Spezialregelung des assistierten Suizids soll nicht eine Hypothese, eine Angst vor Missbrauch (oder eine andere Hypothese und/oder Angst, wie z.B. der öfters behauptete aber unbewiesene «Dammbbruch» oder eine «Entwertung des Lebens», usw.) sein. (I-06, Z. 119-125)
- Der erste und wichtigste Schritt ist, die jahrhundertlang durch kirchliche und religiöse Dogmen aufgebaute Ächtung des Suizids und damit das Tabu des Suizids zu überwinden. Das Tabu führt dazu, dass Menschen, die an Suizid denken, mit anderen Personen – Familienangehörige, Freunde, medizinische Fachpersonen, usw. – über ihre Suizidgedanken und die Absicht den Suizid zu wählen, nicht sprechen. Weil sie Scham empfinden, sich vor Stigmatisierung oder Zwangseinweisung in eine Psychiatrie fürchten, usw. (I-06, Z. 133-138)
- Zur Selbstbestimmung und Wahlfreiheit gehört auch Eigenverantwortung: Werden Menschen mit Suizidgedanken a priori als potentiell urteilsunfähig betrachtet und in Konsequenz ein «ich-weiss-besser-was-für-dich-gut-ist-Ansatz» angewendet, bedeutet dies, sie als inferiore Menschen zu klassieren, herabzuwürdigen; man überrollt ihre Eigenverantwortung und ihre Menschenwürde als Mitglied der Gesellschaft. (I-06, Z. 144-148)
- Als Basis ist Respekt essenziell und das Gespräch auf Augenhöhe der Schlüssel, um gemeinsam den Hintergrund des Suizidwunsches zu erörtern. (I-06, Z. 149-150)

	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgangspunkt einer Freitodbegleitung ist stets die Eigeninitiative derjenigen Person, welche ihr eigenes Leiden und Leben beenden möchte. Jede Etappe im Schritt-um-Schritt Prozess hin zu einer Freitodbegleitung muss durch diese Person angestoßen werden. (I-06, Z. 157-159)
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Also wichtig wäre sicher, dass es, also, ähm, unabhängige, ähm... dass es unabhängige Ärzte gibt, die das beurteilen, dass also mindestens zwei oder auch drei Stellen das hintereinander beurteilen müssen, dass ein Zeitabstand dazwischen festgelegt ist, wie das ja auch schon in der Schweiz oder auch in Holland - da gibt's ja auch schon gute Beispiele, wie das funktionieren kann. (I-07, Z. 23-27) • [...] ich seh's halt auch als wichtig an, dass die Palliativmedizin dadurch nicht ins Hintertreffen gerät und nicht so als Alternative für die, die sich nicht trauen, dann nur übrig bleibt. (I-07, Z. 28-30) • [...] das ist schwierig, ja. Aber ich glaub, es müssten auf jeden Fall Monate sein, ja? Also, es geht nicht, dass da ein paar Tage nur dazwischen sind, weil das... so eine Entscheidung muss ja reifen, und, ähm, ich glaub man muss Aufklärungsgespräche führen, dann braucht man wieder Zeit, um sich was zu überlegen. Man darf's auch nicht zu lang festlegen, weil sonst kann natürlich eine Krankheit soweit fortschreiten, dass derjenige dann zum zweiten Termin nicht mehr kann, ja? Also da gibt's... da muss man wirklich aufpassen. Ich schätze, dass so 2-3 Monate a recht guter Zeitrahmen sind, aber das ist natürlich nur eine persönliche Einschätzung. (I-07, Z. 33-40)
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Da müssen die Ärzte aufgeklärt werden. (I-08, Z. 76) • Sterben muss ma schon in der Volksschule lernen, wie's Einmaleins und ABC, weil sonst hat ma das spätere Leben Probleme damit. (I-08, Z. 20-22)

EINSCHRÄNKUNG AUF BESTIMMTE PERSONENGRUPPEN

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Also, die Einschränkung auf bestimmte Gruppen, die Einschränkung auf bestimmte Lebenssituationen, äh, Krankheitsprognosen, voraussichtliche Lebenserwartung und so weiter und so fort, widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz und ist eine unzulässige Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts gesunder, junger Menschen. (I-01, Z. 150-154)
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • [...] dass auch, ah, die Sterbehilfe geöffnet wird für gesunde und, sag i jetzt amal unter Anführungszeichen "lebenssatt" hochbetagte Menschen. Und ich denk mir, das befürworten wir auch und ich auch. (I-02, Z. 41-43) • Also, gesund körperlich, aber da geht's um den Autonomieverlust und um diese, um dieses wirklich leidende Einsamkeit und, äh, Isoliertheit von den Menschen und die sagen, dass sie so nimmermehr leben wollen. Wann sie nurmehr den ganzen Tag liegen und aber geistig noch voll da sind und, äh, dass is ein großes Leid, auch. Also, net nur das körperliche Leid. Das ist der Autonomieverlust. Und ich denk mir, das hat auch seine Berechtigung und da steht auch der ÖGHL-Verein, äh, voll dahinter zu sagen: dass darf auch bei denen Menschen, darf diese Sterbehilfe gegeben werden. (I-02, Z. 128-134) • Nein, da würd' ich keine Sterbehilfe geben. Nein. Weil grad bei jungen Menschen, äh, die manchmal wirklich in einem Tief drinnen sind, da gibt's die Chance noch und die Möglichkeit, da wieder rauszukommen. Also, nein. (I-02, Z. 146-148)
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Weil einerseits, wenn ich strategisch denke, find ich, dass es am Anfang glaub ich für viele leichter zu nehmen is, wenn man das auf bestimmte Personengruppen eingrenzt, ja. Das is so die (...) man kann das leichter annehmen dann als von außen, ja? (I-03, Z. 106-109) • Aber... also, ich persönlich finde dann dieses... meine persönliche Meinung... dass es, es is ungerecht, wenn man das auf bestimmte Personengruppen beschränkt, ja. Sondern, es dürften... müssen alle in Anspruch nehmen dürfen. Jeder, der das möchte und der wirklich fest davon überzeugt ist, dass das für ihn das Beste ist und es gibt nix Besseres, der soll's tun dürfen, ja. Oder auch, egal ob der krank is, oder g'sund is, oder sonst was... wenn der Gutachter sagt: der is überzeugt davon, der möchte das (inc.) und er soll's dürfen. (I-03, Z. 109-115)
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • [...] wäre eine breitere Diskussion notwendig. Ich denk mir, dass Depressionen schon zum Beispiel soweit behandelbar sind, dass man damit leben kann. (...) Und, äh, und wenn der Betroffene jetzt sich jetzt nicht behandeln lässt, sondern sagt er möchte sterben, find ich das... würde, das würde zu weit gehen. (I-04, Z. 62-66) • Also deswegen würd' ich schon sagen, dass es nur eine bestimmte Personengruppe betreffen sollte, eben Schwerkranke, wo keine Heilungschancen bestehen. (I-04, Z. 66-68)
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • [...] ist die Frage, für wen soll's denn überhaupt zugänglich sein - für erklärungsfähige Menschen, für Menschen, die leiden - das müssen nicht zwingend körperliche Schmerzen sein. Leid und Schmerz sind zweierlei Dinge. Leid ist aus meiner Sicht der weitere Begriff und

	<p>Schmerz ist der engere Begriff. Es kann nicht auf einen auch schwer messbaren, subjektiv immer sozusagen auch ungleichen Schmerz ankommen, und es kann vor allem nicht nur auf körperliche Erkrankungen ankommen, und es kann auch nicht nur auf unmittelbar todbringende Erkrankungen ankommen. (I-05, Z. 235-242)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind vor allem Differenzierungen zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten noch ein Thema, wobei die psychische Krankheit oder die Zulässigkeit von Sterbehilfe bei der psychischen Krankheit wieder an Punkt 4a anknüpft: Man kann psychisch erkrankt sein, aber trotzdem erklärungs-fähig. Das wird von vielen Leuten oft ausgeblendet, man ist auch testierfähig, wenn man eine Depression hat, man ist... man kann Kaufverträge abschließen, wenn man unter fortschreitenden Depressionen oder immer wiederkehrenden Depressionen leidet. Und das ist für viele sicher sehr problematisch, dass psychisch Erkrankte oder vielleicht auch Demenzerkrankte, alzheimererkrankte Personen eine Erklärung abgeben können. (I-05, Z. 253-261)
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Eine gesonderte Definition einer Personengruppe ist nicht nötig, denn sie ergibt sich bereits aus dem bestehenden Recht und der Rechtsprechung: 1.) Gemäß dem erwähnten Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte ist die Selbstbestimmung über Art und Zeitpunkt des eigenen Lebensendes ein Menschenrecht. 2.) Ein assistierter Suizid ist per definitionem nur ein solcher, wenn einerseits die betroffene Person 2.1) die zum Tod führende Handlung selbst ausführt und sie 2.2) urteilsfähig / geschäftsfähig ist, es ihr also nicht an der Fähigkeit fehlt, die Situation zu verstehen und reflektiert zu handeln, und andererseits die assistierende Person sicher ist, dass dies der Fall ist. Assistiert eine Person eine andere, wenn 2.1 und/oder 2.2 nicht erfüllt sind, handelt es sich um eine Tötung, evtl. eine Tötung auf Verlangen (Aktive Sterbehilfe), welche in Österreich (wie auch in der Schweiz) nach wie vor strafbar ist. (I-06, Z. 173-183) • Schränkt man den Zugang zu assistiertem Suizid z.B. auf Personen ein, die so schwer krank sind, dass sie in einer bestimmten Zeitspanne erfahrungsgemäß sterben werden, entsteht eine rechtlich unzulässige Diskriminierung gegenüber jenen Personen, die nicht zu dieser Personengruppe gezählt werden. (I-06, Z. 185-188) • Darüber hinaus führt die Einschränkung dazu, dass diejenigen Menschen, die die Kriterien dieses Beispiels «terminale Krankheit mit beschränkter Lebenserwartung» nicht erfüllen, entweder einen «do-it-yourself» Suizid(versuch) wählen oder in ein Land (z.B. die Schweiz) reisen, wo liberale(re) Kriterien bestehen. (I-06, Z. 189-192)
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • [...] also, für mich wären die Einzigen, die... wo ich mir das vorstellen kann, ist, wenn wirklich eine, auch eine symptomatische Therapie nicht möglich ist; also, wenn jetzt z.B. Schmerzen mit allen bekannten Mitteln nicht gestillt werden können, oder einfach eine therapieresistente Übelkeit - also Dinge, wo wir jetzt z.B. zu einer palliativen Sedierung greifen, ja, was im Endeffekt ja, wenn man's genau nimmt, auf einen sehr ähnlichen Weg hinausläuft. (I-07, Z. 72-77) • Aber ich kann mir also vorstellen, wenn jemand wirklich therapieresistente Schmerzen hat, die also mit allen Mitteln, die uns in der Medizin zur Verfügung stehen, nicht in den Griff zu bekommen sind, dass der- oder diejenige dann zu diesem Mittel greifen dürfte. (I-07, Z. 77-80) • Grundsätzlich ist das Leid, das der Patient beschreibt, das Leid, das existent ist, ja? Also, ob das jetzt ein... wirklich ein physischer Schmerz ist, oder ein psychischer, oder ein Gesamt-leiden, das einfach nicht mehr zu ertragen ist, das macht für uns jetzt keinen Unterschied und das sollte - glaube ich - jetzt auch für eine Bioethikkommission oder für diese Entscheidung zum assistierten Suizid keinen Unterschied machen. (I-07, Z. 82-87) • Grundsätzlich ist eine Depression sehr gut therapierbar, wenn jemand regelmäßig Medikamente nimmt, ja. Aber es ist sicher, also, das ich mir nicht... also, ich glaub, dass das ein Ausschlusskriterium sein müsste, ja, auch aus psychiatrischer Sicht, dass Menschen, die vielleicht oder wahrscheinlich an einer Depression leiden, oder wo das auch nur irgendwann im Raum gestanden ist, dass das ausgeschlossen sein muss, ja, weil das einfach eins der Hauptsymptome ist, und ich glaub, dass deswegen es ganz wichtig wäre, das rauszunehmen. (I-07, Z. 168-174)
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Na, i glaub, jeder sollte das Recht haben. Ab einem gewissen Alter solltma, wie man heut man kann mit einem Zetterl in die Apotheke gehen und kann Aspirin oder was kaufen... und ab, sagen wir ab 70, sollt jeder das Recht haben, ein Morphium in der Apotheke für sich zu besorgen. (I-08, Z. 51-54) • Weil, i mein, ich muss doch das Recht haben, auf meinen eigenen Körper... der Staat hat doch nix an meinem Bett verloren! Muss das Recht haben, mit meinem Körper zu machen, was i will. (I-08, Z. 54-56)

SPANNUNGSFELD SUIZIDPRÄVENTION VS. SELBSTBESTIMMUNG

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn du nicht mit deinem Selbstmordgerede schnell aufhörst, dann müssen wir dein Leben im Sinne des Lebensschutzes, der Suizidprävention, mit der Zwangsjacke sichern. Und dass
------	---

	<p>dann viele Menschen eingeschüchtert, verängstigt, verzweifelt nicht mehr über Suizid sprechen, ist klar. Das ist nicht unbedingt ein Segen nur der Palliativmedizin. (I-01, Z. 111-115)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich glaube, dass häufig in der öffentlichen Diskussion der Begriff "Suizidprävention" missbraucht wird zur Kaschierung der eigenen weltanschaulich geprägten Ablehnung von Freitodhilfe. (I-01, Z. 163-165) • Das, worum's eigentlich geht bei der Suizidprävention, beim Schutz des Lebens, ist die Verhinderung von Affektsuiziden. (...) Das ist ganz was anderes, als wenn ein lebenssatter Mensch, eventuell auch noch krank, mit Schmerzen in einer für ihn würdelosen Situation sagt, äh, ich will jetzt sanft gehen. (I-01, Z. 168-172) • Also, uns geht es darum, dass das Individuum selbstbestimmt entscheiden können soll, das Leben sanft beenden zu können, und zwar auf Basis der Informiertheit, auf Basis des Nichtbeeinflusstseins von Dritten und auf Basis einer wohlherwogenen konsistenten Entscheidung. (I-01, Z. 180-183)
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Nein, da seh ich kein Spannungsfeld. (I-02, Z. 152) • Und ich glaub, dass is ein, sind zwei verschiedene Wege, aber doch ein miteinander Zusammenarbeiten. I seh da ka Spannungsfeld. (I-02, Z. 164-165) • Das Spannungsfeld ist zwischen, zwischen eben der Befürworter der, des assistierten Freitodes und der Kirche. Die machen momentan, die Kirche, unglaublich viel Druck und, äh, und, äh, wie soll ma sagen, net nur Druck, sondern ein schlechtes Gewissen, auch. (I-02, Z. 165-168) • Das sollt' ein Miteinander sein, diese offenen Wege. (I-02, Z. 203-204) • Und in Oregon ist das, haben die das auch ganz wunderbar aufgebaut. Seit 1996 über Bürgerinitiative, die haben das befürwortet, und dort is es so, da muss man dort sechs Monate gemeldet sein. Das is auch ein Prozedere von 6 Monaten, durch sämtliche psychologische, ärztliche Gutachten und bis zum Schluss, das is so a (stottert), a großes medizinisches Gebäude, wo auch Palliativmedizin angeboten wird, also bis zum Schluss können sich die Betroffenen entscheiden, bis zur letzten Minute, ob sie palliativmedizinisch begleitet werden wollen, oder Sterbehilfe. Und i denk ma, das is was Gutes, dass diese alle Wege frei sind, offen sind, ohne irgendwelche Spannungsfelder. Da soll kein Spannungsfeld sein, letztendlich. Das soll a, das soll miteinander geöffnet sein, diese Wege, eh wie i g'sagt hab, ohne dass ma irgendeine moralische Wertung da noch reinlegt. Ein jeder Mensch entscheidet sich vielleicht a no am Tag vorher dann, obwohl er Sterbehilfe in Anspruch genommen hat, sagt er: "Na! I möcht doch wieder auch a palliativmedizinische Begleitung." Na, is gut so! Is gut so. (I-02, Z. 208-220)
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Leute auf Palliativstationen, die machen das ja auch aus Überzeugung, ja, die machen das das ja nicht aus Gemeinheit, oder um wirklich..., sondern, die sind selber davon überzeugt, dass man sich einfach nicht umbringen darf. (I-03, Z. 72-75) • [...] dass vom Sterbewilligen entweder, also, wirkliche Entscheidungsfähigkeit und Zurechnungsfähigkeit und auch eine gewisse Durchsetzungsfähigkeit gefordert ist indem er einfach immer wieder nett und höflich sagt: "Nein, ich möchte aber bitte gerne sterben. Aber es is mir wichtig, das Sterben. Ich will nicht länger daliegen und leiden. Das will ich einfach nicht, ja." Also, was anderes kann ich mir da gar nicht jetzt vorstellen. (I-03, Z. 76-80)
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Und ich finde schon, dass Suizidprävention auch wirklich wichtig ist und da jeder persönlich auch, ähm, eine wichtige Rolle spielt. (I-04, Z. 75-76) • Und ich (inc.) Sterbehilfe wirklich, sollte es darum gehen, dass Menschen die Möglichkeit haben, früher zu sterben an einer Krankheit, an der sie ohnehin irgendwann sterben würden. (I-04, Z. 76-78) • Ich glaube, dass das generell oft ein Problem ist, dass die Ärzte zu wenig eigentlich mit ihren Patienten sprechen. (I-04, Z. 84-85) • Das wäre dann meine Aufgabe, dass ich da sicherstelle, ähm, dass eben diese Aufklärung stattfindet, äh, dass der Arzt umgekehrt eben den Patienten auch, äh, wirklich zuhört und... ja. Das muss auch ein Prozess sein und der Arzt muss halt auch einen Einblick haben, äh, wie... wie verläuft... wie sieht denn das Leben von dieser Person aus. (I-04, Z. 101-105) • Also... wenn das einfach nachvollziehbar is, dass, ähm, dass das nicht mehr lebenswert ist für den Menschen, dann denk ich... ja. Aber da muss eben der Arzt auch wirklich, ähm, eingebunden sein und, und den Einblick haben. (I-04, Z. 105-107)
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • [...] wie schaffen wir ein Reglement und ein Setting, dass Leute darüber sprechen können ohne die Verpflichtung der Behandelnden, oder der sozusagen zu Hilfe gezogenen Psychiater oder Ärzte oder Vertrauenspersonen, sofort Schutzmaßnahmen zu ergreifen. (I-05, Z. 226-229) • [...] wenn jemand vor 8 Jahren eine Patientenverfügung abgegeben hat, die eben zum Beispiel vorsieht, dass eine Ernährungssonde nicht gesetzt werden soll, oder eine Beatmung nicht gesetzt werden soll, danach an Demenz erkrankt, dann ins Krankenhaus eingeliefert wird und überhaupt nicht mehr feststellbar ist, ob das jetzt sein Wille wirklich ist zu sterben, weil die

	<p>Geschäftsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, ist trotzdem die verbindliche Patientenverfügung einzuhalten. (I-05, Z. 264-269)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie kann es sein, dass jemand vor 8 Jahren erklärt haben kann, was er will oder was er nicht will, und das dann umgesetzt wird - unter Umständen auch in Situationen, wo überhaupt nicht mehr feststellbar ist, ob das jetzt wirklich noch der Wille der Person wäre, mit ebenso unumkehrbaren tödlichen Folgen - aber einem geschäftsfähigen Menschen, wo akut und in der Sekunde feststellbar ist: ist das ein ernstlicher Wunsch, ist das sozusagen... ist der Mensch erklärungsfähig, das nicht möglich ist. (I-05, Z. 294-300) • Wir haben keine Suizidprävention, keine hinreichende in Österreich. (I-05, Z. 323) • Wir haben eine Tabuisierung des Themas Suizid und sozusagen auch des... der Thematik Depression, die halt natürlich immer noch aus der alt-klerikalen Denke der Todsündigkeit und der Verwerflichkeit auch nur des Gedankens herkommen, die dazu führt, dass das Thema einfach nicht besprochen wird, dass Depressionen immer noch so etwas sind, über die man nur klammheimlich redet. (I-05, Z. 331-336) • Das muss in den Schulen beginnen und muss sozusagen dort gefördert werden, dass man einfach mal über Themen wie Depressionen offen sprechen kann, wenn man das will. (I-05, Z. 350-352) • Sind zwei völlig separate Themen. (I-05, Z. 368) • Die Kriminalisierung der Sterbehilfe hat keine Suizide verhindert, sondern sie hat Suizide erzwungen. (I-05, Z. 370-371) • Weil, von den tausend Leuten, glaub ich, die sich im Jahr in der Schweiz um eine Sterbehilfe bemühen aus Österreich, nehmen dann - glaube ich - gerade einmal 100 eine Suizidhilfe wirklich in Anspruch. Selbst wenn sie das grüne Licht bekommen [...] (I-05, Z. 376-379) • Das Selbstbestimmungsrecht, wenn man das sozusagen diskutieren möchte, wie weit denn die Selbstbestimmung geht und ob es sozialwidrig ist, sich das Leben zu nehmen und ob man damit Verpflichtungen gegenüber dem Staat oder der Gesellschaft verletzt, oder ob auf der anderen Seite der Staat die Verpflichtung hat, Menschen vor sich selbst zu schützen, oder das Recht hat, Menschen vor sich selbst zu schützen - das ist eigentlich keine grundrechtliche mehr, sondern es ist eine philosophisch-humanistisch-theologische. (I-05, Z. 414-420= • Der Luther hat dann erst später das Verwerfliche hineingepackt in die Begriffsschöpfung „selmmorden“, sich selbst morden, und hat das Niedrige, Verwerfliche des Mordes, dem Suizid beigesellt, und damit hat sich das in der christlichen Dogmatik und Theologie verfestigt, dass der Selbstmord - wie es halt die christliche Diktion noch immer ist - etwas Verwerfliches, etwas Todsündiges ist. (I-05, Z. 430-434) • Also, sozusagen, wie kommt man nur dazu, dass man meint, man kann das eigene Leben verlängern, oder sozusagen in das Schicksal eingreifen oder in das, was Gott will, eingreifen mit menschlichen Mitteln. Aber aus derselben Denke heraus sozusagen (lacht) wird jetzt zwar gegen die Sterbehilfe argumentiert, aber das Lebensverlängernde wird hingenommen. (I-05, Z. 454-458)
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention und Suizidversuchsprävention sind als Maßnahmen zu verstehen, unbegleitete, einsame, mit gefährlichen oder/und riskanten Methoden durchgeführte («do-it-yourself») Suizide und Suizidversuche zu verhindern. (I-06, Z. 207-209) • Eine Suizidprävention, die das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über Art und Zeitpunkt seines eigenen Lebensendes sozusagen aushebelt, ist rechtwidrig. (I-06, Z. 213-214) • Der Zugang zu einem assistierten Suizid ist Suizidprävention und Suizidversuchsprävention: Wenn eine Person weiß, dass sie in ihrer Leidenssituation 1.) mit anderen offen über ihren Suizidwunsch sprechen kann und 2.) die Möglichkeit einer Freitodbegleitung nicht a priori ausgeschlossen ist, sinkt das Risiko, dass sie vor dem Kontakt mit helfenden / beratenden Personen einen Suizidversuch unternimmt. Deshalb muss die Zugangsmöglichkeit zu assistiertem Suizid weitreichend liberal ausgestaltet werden. (I-06, Z. 220-225) • Es ist eine Balance zu finden, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: «So viele Freitodbegleitungen wie nötig, so wenig Suizidversuche wie möglich.» (I-06, Z. 226-227)
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Natürlich ist das ein Spannungsfeld, ja, aber dieses Spannungsfeld sehen wir in der "End of Life"-Discussion eigentlich täglich. Zwischen, ähm, was glauben wir, was das Beste für denjenigen ist, oder was glaubt die Gesellschaft, was das Beste ist, die Familie und derjenige selbst. (I-07, Z. 97-100) • Was... was für mich das größere Spannungsfeld ist, sage ich jetzt, ist eher, dass wir oft sehen, dass Menschen, wenn sie eine Diagnose bekommen und alle möglichen Symptome beschrieben bekommen, die da entstehen könnten, dass sie dann natürlich über Selbstmord nachdenken und darüber, wie sie dem entfliehen könnten und die dann in der Situation sind und diese Symptome schon haben und langsam dorthin gekommen sind, an jeder Stunde und an jedem Tag, die sie trotz dieser Symptome haben, oft noch sehr hängen. Ja, und ich glaube, das ist das, was mich als Palliativmediziner davon abhalten würde, jemandem diese Assistenz zu

I-08	<p>leisten. Weil ich das schon so oft gesehen hab, dass Menschen eigentlich, ähm, an diesem Leben, das wir ihnen wahrscheinlich schon absprechen würden, ja, wo wir schon sagen würden, das ist nicht mehr lebenswert - sogar als Palliativmediziner und -pfleger, ja, trotzdem an diesem Leben hängen und an diesem Faden - noch diese Stunden genießen, wo sie halt auch nur ihre Angehörigen sehen können, hören können - was auch immer, ja; oder einfach Vogelgezwitscher hören. Also, man glaubt gar nicht, was dann die Qualität für diejenigen ist, was man sich als noch Gesunder oder noch nicht sehr Symptomtragender einfach auch nicht vorstellen kann. (I-07, Z. 100-114)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Also ich glaube schon, dass das schwierig wird, Ärzte zu finden in Österreich, die das machen, ja, und die (seufzt), die diese Entscheidung nicht noch 17mal hinterfragen werden, bevor sie - auch als Hausarzt z.B., ja - in der Beratungstätigkeit kann ich mir gut vorstellen, dass bevor man da diese Adressen weitergibt, wenn jemand sagt, er hat diese Entscheidung getroffen, man noch sehr viele Gespräche versucht zu führen, um jemanden davon abzubringen. Also, ich kann mir schon vorstellen, dass vor allem in der Anfangsphase ein großes Spannungsfeld sein wird, und es werden sich einfach spezialisierte Institutionen wie z.B. auch in der Schweiz finden, oder in Holland, die das dann durchführen, die sich mit dem einfach viel mehr auseinandersetzen und die wahrscheinlich auch sehr viel Aufklärungsarbeit dann in der Allgemeinbevölkerung und auch unter den anderen Ärzten leisten werden müssen. (I-07, Z. 127-138)
I-08	-

AUSWIRKUNGEN AUF DAS GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird etliche Auswirkungen geben. (I-01, Z. 257) • Und mit der Rute im Fenster, dass ab 1.1. auch Sterbehilfe zulässig sein wird, so oder so, äh, muss man jetzt natürlich Vollgas geben im Ausbau des Hospizwesens. Also, insofern tragen wir indirekt ganz massiv dazu bei, dass hier Palliativmedizin, äh, allen Menschen zur Verfügung steht - was natürlich sinnvoll ist. Ähm (...), das ist mal eine Auswirkung. (I-01, Z. 262-266) • Dann werden Menschen länger leben! (...) Nämlich mit der jetzigen Gesetzgebung, äh, muss ich mich gegebenenfalls auf brutale Weise zu einem Zeitpunkt umbringen, sag ich jetzt bewusst, äh, wo ich eigentlich noch eine gute Lebensqualität habe. Also, ahm, die aktuell gültige Regelung führt dazu, dass Menschen vorzeitig ihr Leben beenden, solange sie es noch können, selbst sich vor den Zug werfen, etc. (I-01, Z. 266-271) • Und, wie gesagt, wenn man eine gute Lebensqualität hat und weiß, dass man die Möglichkeit auf ein sanftes Ende selber in der Hand hat, dann wird man länger leben. (I-01, Z. 283-284) • Es wird ein anderes Klima auch einziehen in der Öffentlichkeit, ein liberaleres Klima, denke ich. (I-01, Z. 285-286) • Was die wirtschaftlichen Aspekte anbelangt, so denke ich, dass auch aus dieser Seite positive Effekte entstehen. Konkret ist ja bekannt, dass wir die allermeisten Gesundheitskosten in unseren letzten Tagen, Wochen, Monaten verursachen. Das heißt (...), wenn auf der Basis von den Niederlanden hochgerechnet, im Jahr 3000 Menschen in Österreich, äh, Freitod wählen, so werden dadurch erhebliche Kosten eingespart. Was natürlich für andere bedeutet: Umsatzausfälle. Gewinnentgang. Und das ist natürlich auch ein wahrer Antrieb für die Gegnerschaft zur Sterbehilfe. Weil's natürlich Gruppen gibt, die ein Interesse haben an diesen Umsätzen und Gewinnen, die in der letzten Lebensphase erzielt werden. Die Pharmaindustrie, die Pflegeindustrie, etc. etc., also - dieses heuchlerische Argument: "Ja, Sterbehilfe darf kein Geschäft werden!" - Geschäfte machen ganz andere in ganz anderen Dimensionen, äh, um die's jemals gehen könnte! Nämlich, mit der (...) inhumanen, zwanghaften Verlängerung des Leidens gegen den Willen des Individuums, äh, etc. etc. Das heißt, wir werden als Gesellschaft Kosten einsparen, die an anderer Stelle besser letztlich eingesetzt werden können. (I-01, Z.286-299)
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Es hört sich zwar irgendwie jetzt a bisserl hart aber auch traurig an, aber letztendlich wird das Gesundheits- und Sozialsystem entlastet. Weil, wie Sie ja auch wissen, oder wie man auch hört, dass ein Pflegefall zum Beispiel, der ja diese Betroffenen, die ja manchmal gar keine Pflegefälle sein möchten mehr, kostet unglaublich viel Geld. (I-02, Z. 232-236) • Und, äh, ich denk ma, da steckt sicher der wirtschaftliche und finanzielle Faktor dahinter auch. Dass das da auch der Grund ist, weil ja die Systeme, unsere Gesundheitssysteme, eh schon so belastet sind. Und warum soll man die Menschen net gehen lassen dürfen, die möchten? (I-02, Z. 240-243)
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Ich glaub ehrlichg'sagt nicht, dass das so besonders viele Auswirkungen hat. (I-02, Z. 120) • Es ist so verschwindend, das macht wirtschaftlich überhaupt keinen Unterschied, ja? Man kann sagen, der Staat erspart sich ein bisschen etwas, weil die Leut' dann nicht weiter gepflegt werden müssen. Das ist das einzige. Aber ansonsten entstehen, glaub ich, weder Einsparungen

	noch (inc.). Es wird irrelevant, ja. Für die Gesellschaft. Weil's einfach so wenig ist, das fällt überhaupt nicht ins Gewicht, glaub ICH, ja. (I-03, Z. 126-131)
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Ich kann's mir nicht vorstellen, dass das so im breiten Rahmen dann vollzogen wird, dass sich das wirklich dann finanziell auswirkt, aber vielleicht bin ich da naiv? (I-04, Z. 124-126)
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Wir gehen nicht davon aus, dass es eine Sterbeindustrie geben wird. (I-05, Z. 474-475) • Aber wir werden uns früher oder später dieser Thematik stellen müssen, dass es auch Leute gibt, die mit 90 sagen - auch wenn sie noch sozusagen gut beisammen sind körperlich und geistig: "I mecht eigentlich sterben. I hab mein Leben gehabt und gelebt." - ein Bilanz-Suizid. Ist so etwas vorstellbar in einer Gesellschaft? Das ist eine Diskussion, die geführt werden muss. (I-05, Z. 497-501) • [...] aber das geht letztendlich in den philosophischen Zugang: wie stehen wir zur Endlichkeit des Lebens, was sagt uns der Tod über das Leben, wie entspannt oder unentspannt ist unser Zugang zum Tod an sich? Ich glaube nicht, dass das sozusagen unser Gesundheitssystem belastet, wenn 100 Leute im Jahr einen Suizid in Anspruch nehmen und ich glaube auch nicht, dass wir Angst vor dem Missbrauch, vor der Argumentation haben wollen, den Leuten geht's ja nur darum, das Pensionssystem zu sanieren. (I-05, Z. 506-512) • Wir sollten eher schauen, dass wir die Palliativmedizin ausbauen, tatsächlich verfügbar machen, dass wir die Schmerzmedizin verbessern und tatsächlich allen zugänglich machen, das ist bei weitem noch lange nicht der Fall, und wir sollten verfügbare Sterbehilfe-Einrichtungen haben für die wenigen, für die die anderen tatsächlich trotzdem keine Lösung sind. (I-05, Z. 515-519)
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Assistierte Suizide, Freitodbegleitungen sind in der Schweiz ein marginales Phänomen und sie werden es wohl auch in Österreich sein. (I-06, Z. 236-237) • In der Schweiz, mit ihrem relativ liberalen Zugang zur Möglichkeit der Freitodbegleitung machen diese assistierten Suizide nach 35 Jahren solcher Praxis nur rund 1,75 % aller Sterbefälle aus. (I-06, Z. 237-239) • Große Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem aus finanzieller und wirtschaftlicher Perspektive sind in der Schweiz nicht wahrzunehmen und somit auch in Österreich nicht zu erwarten. (I-06, Z. 240-242)
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Ich glaub... ich fürchte, dass manche Menschen vielleicht die Entscheidung zum Suizid treffen werden, weil sie sich z.B. ein stationäres Hospiz oder eine Palliativstation, oder auch die 24h-Betreuung zu Hause vielleicht nicht leisten können. (I-07, Z. 143-146) • Ich glaub nicht, dass es gesamt-gesundheitstechnisch ein Riesenausmaß ausmachen wird, ja. (I-07, Z. 147-148) • Ich glaub, dass... es wird vereinzelt Menschen geben, die das machen - die Frage ist z.B. ob einige Menschen mit der Diagnose Demenz, ähm, dem zugänglich wären, ja, vor allem in der Anfangsphase, und das könnte natürlich, wenn das wirklich ein größeres Ausmaß annimmt, könnte das natürlich Auswirkungen haben auf die Belegung von Pflegeeinrichtungen, ja, auf lang... Langzeitdauer. (I-07, Z. 149-153)
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Naja, klar. Die Regierung erspart sich jede Menge Geld. Weil, i mein, Leute ab einem gewissen Alter so wie ich, kosten ja ein Schipperl Geld. Das is ja völlig sinnlos! Ist vergeudetetes Geld! (I-08, Z. 95-97)

GESETZGEBUNG IN ÖSTERREICH

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Zunächst einmal begrüßen wir sehr das Urteil des Verfassungsgerichtshofes, weil damit doch ein faschistisches Gesetz, das 87 Jahre Bestand hatte, hinfällig ist ab 1.1.2022. (I-01, Z. 26-28) • Es ist auch unklar meines Erachtens nach, ob der Gesetzgeber überhaupt der Anregung des Verfassungsgerichtshofs folgen wird und ein Gesetz verabschiedet wird, oder Bestimmungen diesbezüglich. (I-01, Z. 29-31) • Und insofern ist da großer Zeitdruck gegeben, weil ein Gesetz ist auch nicht von heute auf morgen verabschiedet [...]. (I-01, Z. 35-36) • Wir haben beispielsweise in der Schweiz, wo assistierter Suizid seit knapp 40 Jahren praktiziert wird, zur großen, überwiegenden Zufriedenheit der Schweizerinnen und Schweizer, da gibt's auch kein Sterbehilfegesetz. Da gibt's nur eine Minimalformulierung, die lautet: "Hilfe beim Suizid ist verboten, wenn sie aus selbstsüchtigen Motiven heraus passiert." (I-01, Z.49-53) • Also, wir brauchen kein Gesetz. (I-01, Z. 55)
I-02	-

I-03	-
I-04	-
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • [...] der glückliche Umstand, dass die deutschen Verfassungsrichterinnen, Verfassungsrichter in Karlsruhe im Februar 2020 da eine so bemerkenswerte und sozusagen noch weiter liberalisierende Entscheidung getroffen haben, die ja davor schon liberalere Gesetzeslage in Deutschland noch weiter geöffnet haben. Das alles mag eben zusammengespielt haben und auch die... vielleicht das passende Setting und das Glück der Antragsteller unter der neuen Ägide, neuen Leitung des Verfassungsgerichtshofs [...] und sozusagen auch der Zeitgeist ein bisschen eine Rolle gespielt haben. (I-05, Z. 47-55) • [...] dass der Gesetzgeber eine Reparatur-Frist hat bis zum 31.12.2021, ist nur bedingt wirksam oder verbindlich, weil wenn der Gesetzgeber kein Sterbehilfe-Gesetz erlässt, dann ist halt ab 1.1.2022 die Sterbehilfe unreglementiert zugänglich. (I-05, Z. 89-92) • Also es gibt keine Verpflichtung, die der Verfassungsgerichtshof dem Gesetzgeber auferlegen kann, ein neues Gesetz zu machen. (I-05, Z. 92-93) • Er räumt dem Gesetzgeber ein, damit nicht alles gleich unreglementiert offen ist, bis 31.12.21 ein Sterbehilfegesetz, oder ein Reglement zu schaffen, aber er kann keine Vorgaben machen, wie das genau auszuschauen hat. Er kann sich was wünschen, der Verfassungsgerichtshof, oder er kann drauf hinweisen, wo aus seiner Sicht die Problembereiche sind, wenn man ein Reglement schafft, und wo man... worauf man besonders achten muss. (I-05, Z. 102-107= • Also, ob der Gesetzgeber ein solches Sterbehilfegesetz zusammenbringt, steht noch gewissermaßen in den Sternen. (I-05, Z. 108-109)
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Wer auf der einen Seite zulässt, dass eine Person die selbstbestimmte Entscheidung trifft, sich nicht behandeln zu lassen und in Kauf nimmt, dass eine schmerzlindernde Therapie am Lebensende dieses Ende noch beschleunigt, darf auf der anderen Seite nicht verbieten, dass jemand teilweise aus denselben – bereits gesetzlich geregelten – Gründen den selbstbestimmten Entscheidung trifft, sein Leben mithilfe eines Dritten zu beenden. (I-06, Z. 102-107) • Wenn somit ab dem 1. Januar 2022, wenn sich die verschiedenen Regelungen aus dem Straf-, Patientenverfügungs- und dem Ärztegesetz einander nicht mehr widersprechen werden, sondern vielmehr eine Einheitlichkeit im Regelungsinhalt der verschiedenen Rechtsquellen erzielt wird, braucht es kein Suizidhilfe-Spezialgesetz mit weiteren Bestimmungen, welche das Risiko bergen, diesen gewonnenen Einklang wieder aufzugeben. Mit Blick auf die dargestellte höchstrichterliche Erkenntnis ist ein solches Regelwerk nicht vonnöten. Allfällig auftretende Unklarheiten können in analoger Anwendung der bestehenden Bestimmungen und der geltenden Rechtsprechung gelöst werden. (I-06, Z. 111-118)
I-07	-
I-08	-

WELTWEITE AUSWIRKUNGEN

I-01	-
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist, ja, das ist diese frei... das ist die freie Entscheidung, die einem jeden Menschen weltweit zusteht. Weltweit. Jedem Menschen. Und Sie werden sehen, das wird weltweit auch geöffnet werden. (I-02, Z. 224-226) • Es wird zwar noch sehr lang dauern, aber, aber irgendwann wird man einsehen (lacht), dass es ein, ein Persönlichkeitsrecht ist. (I-02, Z. 246-248)
I-03	-
I-04	-
I-05	-
I-06	-
I-07	-
I-08	-

Anhang 5: Kernaussagen aus den Originalzitataten

MISSBRAUCH DES LEGALEN ASSISTierten SUIZIDS

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch bedeutet in diesem Zusammenhang Fremdbestimmung. • Frage nach Missbrauch ist legitim, aber unbegründet und überbewertet. • Kreise, die keine Erfahrung mit assistiertem Suizid haben, erklären, wie dramatisch die Gefahr des Missbrauchs wäre und bauschen das Thema ungerechtfertigterweise auf. • Wo es Erfahrungen gibt mit Sterbehilfe, ist das Missbrauchsthema nicht wirklich eines. • In der Theorie ist Missbrauch denkbar – im Sinne eines Einwirkens darauf, dass das Individuum das Leben vorzeitig beenden sollte, es gibt aber keine Evidenz dafür, im Regelfall tun Angehörige alles dafür, dass Angehörige länger leben. • Missbrauch ist in der Praxis die Verletzung der Patientenautonomie durch Pflegekräfte/Ärzte/Seelsorger, die Mensch in ihrer letzten Phase nicht ernstnehmen und ihnen den Sterbewunsch auszureden versuchen.
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Person B-02 hat von Missbrauch noch nie gehört oder gelesen, glaubt selbst nicht daran, empfindet das Thema als künstlich heraufbeschworen. Auch in den europäischen Ländern, in denen Sterbehilfe erlaubt ist, hat sie noch nie über ein Missbrauchsproblem gelesen. • Missbrauch hat während der Nazizeit stattgefunden, als Menschen im Zuge des Euthanasieprogramms ermordet wurden. Der Begriff wird heute immer noch mit Sterbehilfe in Verbindung gebracht. • Person fürchtet Missbrauch in der Praxis eher in Pflegeheimen, vom Pflegepersonal ausgehend, wie damals in Lainz, aufgrund von eventuell kriminellem Gedankengut.
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Das Thema Missbrauch ist in der Diskussion überbewertet. • Die Menschen neigen dazu, alle Regeln zu missbrauchen, nicht nur beim Thema Sterbehilfe. • Missbrauch passiert eher in kirchennahen Pflegeheimen, in denen Betroffene durch subtilen Druck dazu geführt werden, ihr Leben doch bis zum Ende auszuleben. Das ist aber nicht böse gemeint, sondern lieb und wertschätzend und geschieht aus der persönlichen Überzeugung der dort arbeitenden Menschen heraus.
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch ist oft auch einfach nur die Überforderung der Angehörigen, kein bewusst gemachter Druck. Betroffene haben oft das Gefühl, die Familie nicht weiter belasten zu können. Das wird man nie verhindern können.
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Länder mit legalem assistierten Suizid zeigen Missbrauch in keinem annähernd relevanten Ausmaß. • Es ist ein befremdliches Menschenbild, davon auszugehen, dass Angehörige ihre sterbenskranken und sterbewilligen Betroffenen in den Suizid treiben, um sich ihrer sozialen und finanziellen Belastung zu entziehen. • Angehörige sind eher davon getrieben, Betroffene vom Suizid abzuhalten, wie von Sterbehilfe-Organisationen weltweit berichtet wird.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Frage soll gestellt werden, wie VfGH Missbrauch überhaupt definiert und auf welche Evidenz er sich bezieht, dass dieser in dem Ausmaß ein Problem ist, dass sich aufgrund dessen eine gesetzliche Sonderregelung zu dessen Verhinderung aufdrängt. • Aufgrund fehlender rechts- und sozialwissenschaftlicher Untersuchungen wird mit einem hypothetischen/einem vermuteten Potential zum Missbrauch argumentiert. • Das Angst-Argument wird bewusst ins Feld geführt, um spezialgesetzliche Regelung der Suizidhilfe zu rechtfertigen. • Beeinflussung durch Dritte kann nie ausgeschlossen oder verboten werden, wenn man darauf aufbaut, dass der Mensch ein zu Reflektion und freiverantwortlichem Handeln fähiges Individuum ist
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch kann man nie ausschließen. • Man darf nicht unterschätzen, wie sehr gerade ältere Personen niemandem zur Last fallen wollen und sich oft selbst unter Druck setzen, ihr Leben schneller zu beenden. • Umgekehrt wird oft auch Druck von Angehörigen ausgeübt, Therapien zu verlängern und den Betroffenen so lange wie möglich am Leben zu halten.
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Missbrauch kann man nicht verhindern, die Mehrheit der Menschen ist von Natur aus unredlich.

MASSNAHMEN GEGEN MÖGLICHEN MISSBRAUCH

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn es gesetzliche Regelungen gegen Fremdbestimmung geben soll, soll es auch gesetzlich geregelt werden, dass der Sterbewunsch von Menschen am Lebensende respektiert wird. • Sinnvoll wäre vorgelagerter Beratungsprozess mit dem Ziel der vollen Information über alle Aspekte und Tragweite der Entscheidung, sowie Alternativen wie palliativmedizinischer Versorgung. • Im Zuge des Prozesses können qualifizierte Kräfte feststellen, ob Individuum frei verantwortlich, d.h. bei klarem Verstand, geschäftsfähig und testierfähig ist, und ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass Dritte hinter der Motivation stehen. • Eine angemessene Karenzzeit, die die individuelle Situation berücksichtigt und nicht pauschal festgelegt werden kann. • Grundsätzliche Annahme des Normalfalls, d.h. wenn es im Zuge des Beratungsprozesses keine Anhaltspunkte auf Einflussnahme Dritter, Unzurechnungsfähigkeit, psychische Erkrankung, Einnahme von Medikamenten mit Suizidgedanken als Nebenwirkung gibt, braucht es darüber hinaus auch kein Gutachten und keine Kommission.
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Karenzzeit von 3-6 Monaten zur Abklärung, inwieweit Patienten unheilbar schwer leidend krank sind, unter Einbeziehung von mindestens 3 Ärzten und Psychologen, inklusive psychologischem Gutachten. Ist der Sterbewunsch in dieser Zeit konsistent, bekommt man grünes Licht für assistierten Suizid. • Eine Verkürzung dieser Karenzzeit je nach Erkrankung/verbleibender Lebenserwartung ist denkbar. • Ein psychologisches Gutachten ist zwingend notwendig. Psychologen erkennen ggfs. Einflussnahme Dritter und können die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit eines Menschen beurteilen. Ist man nicht Urteils- und Entscheidungsfähig, kann es kein grünes Licht für Sterbehilfe geben.
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Es braucht ein Gutachten, dass die Entscheidungsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit, Vernunftbegabung und fehlende kognitive Störungen bescheinigt. • Angehörige müssen bis zu einem gewissen Grad in das Gutachten mit einbezogen werden.
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Es bedarf eines konkreten Procederes mit genauem zeitlichem Rahmen, in dem mehrere Phasen durchlaufen werden müssen. Darin müssen unterschiedlichen Personen und unabhängige Zeugen ohne persönlichem Interesse involviert sein. • Es muss klargestellt werden, dass Betroffene unheilbar krank sind. • Der Zeitrahmen sollte ein bis zwei Monate umfassen.
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Gegner und der Gesetzgeber die Angst vor Missbrauch nicht ablegen können, wird diese in irgendeiner Weise gesetzlich eingefangen werden müssen. • Maßnahme: Sterbehilfe kann nicht nur auf Angehörige als Hilfeleistende beschränkt werden. • Maßnahme: es wird nicht möglich sein, dass Ärzte Sterbehilfe nicht leisten können/dürfen werden. • Maßnahme: es wäre sinnvoll, wenn es Organisationen gibt (auch im Bereich Sterbebegleitung, Palliativinstitutionen oder Krankenhäusern), die assistierten Suizid in geschützter und kontrollierter Umgebung anbieten, im besten Fall auf Krankenschein. • Geschäftsfähigkeit und Erklärungsfähigkeit wird ab einem bestimmten Alter in Österreich vermutet – entsprechend sollte diese Annahme auch bei Entscheidungen für den Suizid angenommen werden und keine psychische Erkrankung unterstellt werden. Entsprechend braucht es auch keine psychiatrischen Gutachten zum Nachweis der Erklärungsfähigkeit. • Enttabuisierung des Themas Suizid, damit offen darüber gesprochen werden kann ohne Angst vor Zwangsmaßnahmen. • Abbau von Hürden, die den Nachweis von (in anderen Situationen vermuteter) Erklärungsfähigkeit durch psychiatrische Gutachten notwendig machen, bevor man Sterbehilfe in Anspruch nehmen darf.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Die Schweiz hat sich ebenfalls mit dem Thema Spezialgesetz für den assistierten Suizid auseinandergesetzt, per Entscheidung des Bundesrats 2011 dann aber festgestellt, dass die bestehenden gesetzlichen Mittel ausreichen, um allfällige Missbräuche zu bekämpfen. • Der österreichische Gesetzgeber sollte eine fundierte Rechts- und Tatsachenforschung und eine internationale Rechtsvergleichung durchführen. Ausgangspunkt von Überlegungen bzgl. Spezialregelungen zur Verhinderung von Missbrauch sollte keine Hypothese und nicht die Angst sein.

	<ul style="list-style-type: none"> • Überwindung des Tabus Suizid, da es dazu führt, dass Menschen, die an Suizid denken, mit anderen Menschen über ihre Gedanken nicht sprechen, weil sie Scham empfinden und sich vor Stigmatisierung/Zwangseinweisung fürchten. • Die Eigenverantwortung von Menschen mit Suizidgedanken soll anerkannt werden, andernfalls klassiert man sie als inferiore Menschen und würdigt sie herab – „ich weiss besser was gut für dich ist“-Ansatz überrollt die Eigenverantwortung und Menschenwürde als Mitglied der Gesellschaft • Das Gespräch auf Augenhöhe und Respekt ist der Schlüssel, um gemeinsam den Hintergrund des Suizidwunsches zu erörtern. • Die Eigeninitiative der betroffenen Person in jeder Etappe des Prozesses bis hin zur Freitodbegleitung ist der Ausgangspunkt jeder Freitodbegleitung.
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Unabhängige Ärzte, bzw. zwei bis drei unabhängige Stellen sollen das hintereinander beurteilen. • Ein festgelegter Zeitabstand von 2-3 Monaten soll zwischen Entscheidung und Durchführung liegen, ein pauschaler Zeitrahmen kann nicht festgelegt werden und hängt unter anderem auch vom Krankheitsfortschritt ab. • Palliativmedizin darf nicht ins Hintertreffen geraten und so als Alternative übrigbleibt für Menschen, die sich assistierten Suizid nur nicht trauen.
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte müssen aufgeklärt werden. • Über das Sterben soll bereits in der Volksschule unterrichtet werden, um das Thema gesellschaftlich zu enttabuisieren.

EINSCHRÄNKUNG AUF BESTIMMTE PERSONENGRUPPEN

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Die Einschränkung auf bestimmte Gruppen und Lebenssituationen, Krankheitsprognosen, voraussichtliche Lebenserwartung etc. widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz und ist eine unzulässige Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts gesunder, junger Menschen.
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Hochbetagte, lebenssatt Menschen sollen, auch wenn sie gesund sind, Sterbehilfe in Anspruch nehmen dürfen. • Jungen Menschen soll Sterbehilfe vorenthalten bleiben.
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Strategisch gedacht wäre für den Anfang eine Einschränkung auf bestimmte Personengruppen besser, um die Akzeptanz des Themas in der Gesellschaft zu erhöhen. • Alle Menschen, die das möchten und der festen Überzeugung sind, sollen Sterbehilfe in Anspruch nehmen dürfen, unabhängig von Alter oder Gesundheitsstatus, solange ein Gutachter überzeugt davon ist, die Person möchte das wirklich.
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Assistierter Suizid sollte auf schwerkranke Person eingeschränkt werden, für die keine Heilungschancen bestehen. • Sterbehilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, z.B. Depressionen, würde zu weit gehen. • Es bedarf allerdings noch einer breiten Diskussion darüber.
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Assistierter Suizid soll für erklärungsfähige Menschen zugänglich sein, die leiden. Leid ist nicht auf körperliche Schmerzen beschränkt. • Subjektiv empfundener Schmerz, körperliche Erkrankung, auch unmittelbar todbringende, sollen keine alleinigen Kriterien sein. • Die Differenzierung zwischen psychischen und körperlichen Krankheiten ist ein großes Thema. Auch psychisch kranke Menschen können erklärungsfähig sein.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Eine gesonderte Definition einer Personengruppe ist nicht notwendig, Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht. • Eine Einschränkung auf schwer kranke Personen, die innerhalb einer bestimmten Zeitspanne sterben werden, bedeutet eine Diskriminierung von Personen, die nicht in diese Gruppe fallen. • Eine Einschränkung auf eine bestimmte Personengruppe erhöht die Anzahl der Selbstmordversuche und der Reisen in Länder wie die Schweiz.
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Sollte auf Menschen beschränkt werden, wo auch eine symptomatische Therapie nicht mehr möglich ist – also Menschen, bei denen schon jetzt zu einer palliativen Sedierung gegriffen wird. • Es macht keinen Unterschied, ob das Leid physisch oder psychisch ist – das vom Patienten beschriebene Leid ist real.

	<ul style="list-style-type: none"> • Depressionen sollten die Ausnahme bilden, da diese grundsätzlich gut therapierbar sind und ein Leitsymptom eben die Suizidalität ist.
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Jeder Mensch sollte das Recht auf assistierten Suizid haben. • Ab 70 Jahren sollte das Medikament dazu in der Apotheke frei verfügbar sein. • Auch junge Menschen mit einem angeborenen unerträglichen Leiden sollten das Recht auf assistierten Suizid haben.

SPANNUNGSFELD SUIZIDPRÄVENTION VS. SELBSTBESTIMMUNG

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativmedizin als Spannungsfeld: Wunsch der Menschen am Lebensende wird oft durch Ärzte/Pflegepersonal nicht respektiert unter Androhung von Zwangsmaßnahmen; Menschen werden eingeschüchtert und sind verängstigt, wollen nicht mehr über Suizid sprechen. • Der Begriff Suizidprävention an sich wird oft vorgeschoben, um weltanschaulich geprägte Ablehnung der Freitodhilfe zu kaschieren. • Suizidprävention dient primär der Verhinderung von Affektsuiziden • Individuen sollen auf Basis der Informiertheit, des Nichtbeeinflusstseins und auf Basis einer wohlwollenden konsistenten Überlegung selbstbestimmt entscheiden können.
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt kein Spannungsfeld, sondern zwei verschiedene Ansätze, die zusammenarbeiten sollen. • Das Spannungsfeld ist eher zwischen den Befürwortern des assistierten Freitodes und der Kirche, die Betroffenen schlechtes Gewissen macht. • Palliativmedizin und selbstbestimmter assistierter Freitod sind ein Miteinander, die Entscheidung soll Betroffenen bis zum Schluss offenstehen und sie sollen selbstbestimmt ihre Meinung ändern dürfen.
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Leute auf Palliativstationen/Pflegeheim agieren nicht aus Gemeinheit, um den Patienten zu überstimmen, sondern aus tatsächlicher Überzeugung, dass man niemanden umbringen darf. • Um das Selbstbestimmungsrecht zu gewährleisten, braucht es Durchsetzungsfähigkeit der Betroffenen.
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention ist wichtig, jeder spielt darin eine Rolle. • Dennoch sollte jeder die Möglichkeit haben, früher zu sterben an einer Krankheit, an der man ohnehin irgendwann sterben würde. • Das Problem ist, dass Ärzte zu wenig mit ihren Patienten sprechen und ihn zu wenig zuhören. Ärzte sollten mehr Einblick in das Leben der Patienten haben und mehr eingebunden sein.
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention und Selbstbestimmung sind zwei völlig separate Themen. • Es gibt in Österreich keine hinreichende Suizidprävention. • Das Thema Suizid ist tabuisiert und gesellschaftlich mit Verwerflichkeit und Todsündigkeit assoziiert, man spricht nur heimlich darüber. Ein Reglement/Setting muss geschaffen werden, damit Leute frei über ihren Sterbewunsch sprechen können, ohne dass Ärzte/Psychiater/Vertrauenspersonen sofort Schutzmaßnahmen ergreifen. • Das Thema Depression sollte schon in der Schule behandelt werden, um einen offenen Umgang mit dem Thema in der Gesellschaft zu ermöglichen. • Die Kriminalisierung der Sterbehilfe hat keine Suizide verhindert, sondern Suizide erzwungen. Nur ein kleiner Teil der Menschen, die sich in der Schweiz um Sterbehilfe bemühen, nehmen sie dann am Ende wirklich in Anspruch, selbst wenn sie das grüne Licht bekommen haben. • Eine Patientenverfügung ist verbindlich einzuhalten, selbst wenn akut der Patientenwille nicht mehr feststellbar ist. Einem erklärungs-fähigen Menschen, der einen ernstlichen Wunsch äußert, kann jedoch nicht entsprochen werden. Das ist sehr fragwürdig. • Das Selbstbestimmungsrecht ist keine Grundrechtsfrage, sondern eine philosophisch-humanistisch-theologische. Die Todsündigkeit und Verwerflichkeit ist in der christlichen Diktion gewachsen und hat sich verfestigt. • Lebensverlängernde Maßnahmen werden als Eingriff in den göttlichen Plan hingenommen – lebensverkürzende Maßnahmen werden als Eingriff in den göttlichen Plan abgelehnt.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Suizidprävention und Suizidversuchsprävention sind als Maßnahmen zu verstehen, unbegleitete, einsame, mit gefährlichen oder/und riskanten Methoden durchgeführte («do-it-yourself») Suizide und Suizidversuche zu verhindern. • Eine Suizidprävention, die das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über Art und Zeitpunkt seines eigenen Lebensendes sozusagen aushebelt, ist rechtswidrig.

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Zugang zu einem assistierten Suizid ist Suizidprävention und Suizidversuchsprävention: Wenn eine Person weiß, dass sie in ihrer Leidenssituation 1.) mit anderen offen über ihren Suizidwunsch sprechen kann und 2.) die Möglichkeit einer Freitodbegleitung nicht a priori ausgeschlossen ist, sinkt das Risiko, dass sie vor dem Kontakt mit helfenden / beratenden Personen einen Suizidversuch unternimmt. Deshalb muss die Zugangsmöglichkeit zu assistiertem Suizid weitreichend liberal ausgestaltet werden. • Es ist eine Balance zu finden, die sich wie folgt zusammenfassen lässt: «So viele Freitodbegleitungen wie nötig, so wenig Suizidversuche wie möglich.»
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • Spannungsfeld ist vorhanden – zwischen dem, was die Ärzte glauben, was das Beste für jemanden ist und dem, was die Gesellschaft glaubt, was die Familie glaubt, was der Betroffene glaubt. • Das größte Spannungsfeld liegt darin, dass Menschen oft trotz Diagnose und Symptome noch sehr am Leben hängen – selbst, wenn sogar Palliativmediziner bereits den „Lebenswert“ nicht mehr erkennen. • Es wird schwierig sein, Ärzte in Österreich zu finden, die assistierten Suizid leisten werden, ohne Versuche, den Betroffenen durch Aufklärung und Gespräche davon doch noch abzuhalten. Da braucht es eher spezialisierte Institutionen, die auch viel Aufklärungsarbeit in der Ärzteschaft leisten werden müssen.
I-08	-

AUSWIRKUNGEN AUF DAS GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird etliche Ausnahmen geben. • Die Legalisierung des assistierten Suizids wird zum flächendeckenden Ausbau des Hospizwesens beitragen. • Menschen werden länger leben, da der Staat mit seiner jetzigen Gesetzgebung dazu beiträgt, dass sich Menschen zu einem Zeitpunkt das Leben nehmen, an dem sie noch selbst dazu imstande sind, obwohl sie noch eine gute Lebensqualität haben. Weiß man aber, dass man die Möglichkeit auf ein sanftes Ende selbst in der Hand hat, wird man das Leben so lange wie möglich auskosten. • Ein liberaleres Klima wird in der Öffentlichkeit einziehen. • Positive wirtschaftliche Aspekte, da die höchsten Gesundheitskosten am Lebensende verursacht werden. Die Person sieht hier eine erhebliche Kosteneinsparung auf Basis einer vergleichenden Hochrechnung aus den Niederlanden. • Umsatzaufälle und Gewinnentgang für bestimmte Player wie z.B. die Pharma- und Pflegeindustrie.
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems, da die Betroffenen sehr viel unnötiges Geld kosten, wenn diese ohnehin nicht mehr leben wollen.
I-03	<ul style="list-style-type: none"> • Die Legalisierung wird nicht besonders viele Auswirkung haben. • Die Menge an Menschen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen werden, gemessen an Vergleichszahlen aus anderen europäischen Ländern, wird zu gering sein, um einen wirtschaftlichen Unterschied zu machen. Assistierter Suizid wird finanziell nicht ins Gewicht fallen.
I-04	<ul style="list-style-type: none"> • Assistierter Suizid wird nicht in einem solch breiten Rahmen vollzogen werden, dass es finanzielle Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem haben wird.
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird keine Sterbeindustrie in Österreich geben. • Die Menge an assistierten Suiziden wird nicht groß genug sein, um das Gesundheitssystem zu belasten, man braucht auch keine Angst vor einem Missbrauch zu haben, um das Pensionssystem zu sanieren. • Palliativmedizin muss ausgebaut und allen Menschen verfügbar gemacht werden und es sollten Sterbehilfe-Einrichtungen verfügbar gemacht werden für die wenigen Menschen, für die Palliativmedizin trotzdem keine Lösung ist. • Die Diskussion muss geführt werden, ob „Bilanz-Suizide“ alter lebenssatter Menschen gesellschaftlich vorstellbar ist.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Assistierte Suizide, Freitodbegleitungen sind in der Schweiz ein marginales Phänomen und sie werden es auch in Österreich sein. • In der Schweiz machen diese assistierten Suizide nach 35 Jahren solcher Praxis nur rund 1,75 % aller Sterbefälle aus

	<ul style="list-style-type: none"> • Große Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem aus finanzieller und wirtschaftlicher Perspektive sind in der Schweiz nicht wahrzunehmen und somit auch in Österreich nicht zu erwarten.
I-07	<ul style="list-style-type: none"> • B-07 fürchtet, dass manche Menschen in den assistierten Suizid getrieben werden, weil sie sich ein stationäres Hospiz/Palliativstation/24h-Pflege nicht leisten können und das Erbe nicht „verprassen“ wollen. • Die Legalisierung wird gesamt-gesundheitstechnisch nicht ins Gewicht fallen. • Sollten allerdings Menschen mit der Diagnose Demenz auch für assistierten Suizid zugänglich sein, könnte dies langfristig Auswirkungen auf die Belegung von Pflegeeinrichtungen haben.
I-08	<ul style="list-style-type: none"> • Die Regierung wird sich viel Geld sparen, wenn sie lebenssatte Menschen hohen Alters nicht mehr gegen deren Willen erhalten muss.

GESETZGEBUNG IN ÖSTERREICH

I-01	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Gesetz aus der Zeit des Austrofaschismus wurde aufgehoben. • Es ist unklar, ob der Gesetzgeber überhaupt ein Gesetz verabschieden wird. • Ein Gesetz ist nicht zwingend notwendig, in der Schweiz gibt es seit 40 Jahren auch kein Sterbehilfegesetz, sondern lediglich eine Minimalformulierung, nach der Hilfe beim Suizid aus selbstsüchtigen Motiven heraus verboten ist. • Besser kein Gesetz als ein schlechtes Gesetz.
I-02	-
I-03	-
I-04	-
I-05	<ul style="list-style-type: none"> • Der VfGH kann Gesetzgeber keine Pflicht auferlegen, ein Gesetz zu machen. • Erlässt der Gesetzgeber bis zum 31.12.2021 kein Gesetz, dann ist die Sterbehilfe ab 1.1.2022 unreglementiert zugänglich. • Ob der Gesetzgeber ein Gesetz erlassen wird, steht noch in den Sternen.
I-06	<ul style="list-style-type: none"> • Wer zulässt, dass Personen selbstbestimmt Entscheidung trifft, sich nicht behandeln zu lassen, muss aus denselben bereits gesetzlich geregelten Gründen auch zulassen, dass Personen ihr Leben mithilfe von Dritten beenden. • Es braucht kein Suizidhilfe-Spezialgesetz mit weiteren Bestimmungen, da sich ab 1.1.2022 verschiedene Regelungen aus dem Straf-, Patientenverfügungs- und Ärztegesetz nicht mehr widersprechen werden. Allfällige Unklarheiten können anhand der bestehenden Rechtsprechung gelöst werden.
I-07	-
I-08	-

WELTWEITE AUSWIRKUNGEN

I-01	-
I-02	<ul style="list-style-type: none"> • Recht auf Sterbehilfe ist Persönlichkeitsrecht, das jedem Menschen weltweit zusteht. Es wird noch sehr lange dauern, aber das Recht auf Sterbehilfe wird jedem Menschen irgendwann weltweit zugestanden werden. • Auch hinter der Liberalisierung des Sterberechts in anderen Ländern stehen finanzielle und wirtschaftliche Faktoren.
I-03	-
I-04	-
I-05	-
I-06	-
I-07	-
I-08	-

Anhang 6: Relevante Inhalte in Bezug auf die Forschungsfragen

Tabelle 4 | Maßnahmen zur Missbrauchsprävention

	MISS- BRAUCH?	RELEVANT?	GUTACHTEN?	KARENZZEIT?	SONSTIGES?
B-01	= Fremdbestimmung Verletzung der Autonomie durch Gesundheitsdienstleister	unbegründet & überbewertet	Informativer Beratungsprozess Überprüfung von Geschäftsfähigkeit darüber hinaus kein Gutachten notwendig	ja, zeitlich der individuellen Situation angepasst	Regelungen, Sterbewunsch nachzukommen
B-02	fand während der Nazizeit statt fürchtet Missbrauch in Pflegeheimen (kriminelle Energien)	unbegründet, künstlich heraufbeschworen	ärztliche Abklärung der Krankheit psychologisches Gutachten zur Überprüfung von Urteils- und Entscheidungsfähigkeit zwingend notwendig	3-6 Monate, der individuellen Situation angepasst	-
B-03	verortet Missbrauch in Pflegeheimen (persönliche Überzeugung)	überbewertet Menschen missbrauchen jedwede Regel	Gutachten zur Feststellung der Zurechnungs- und Entscheidungsfähigkeit	-	Angehörige sollen in Gutachten miteinbezogen werden, um deren Einflussnahme zu beurteilen
B-04	durch Überforderung der Angehörigen, nicht bewusst gemacht Druck geht oft auch von Betroffenen selbst aus	man wird Missbrauch nicht verhindern können	mehrphasiger Prozess unter Beteiligung verschiedener Personen Abklärung der unheilbaren Krankheit	1-2 Monate	unabhängige Zeugen sollen in den Prozess involviert sein
B-05	Angehörige wollen Betroffene eher vom Suizid abhalten, als sie hineinzutreiben	keine Evidenz befremdliches Menschenbild	nicht notwendig, Geschäftsfähigkeit wird in Österreich ab einem bestimmten Alter vermutet	-	Sterbehilfe kann nicht nur auf Angehörige beschränkt werden professionelle Organisationen sollen in Institutionen Sterbehilfe anbieten dürfen Enttabuisierung des Themas Abbau von Hürden, die (sonst vermutete) Erklärungsfähigkeit durch psychiatrische Gutachten notwendig macht

B-06	es fehlen Untersuchungen es wird mit Angst argumentiert	Beeinflussung durch Dritte kann nie ausgeschlossen werden	Gespräch auf Augenhöhe und Respekt, Anerkennung der Eigenverantwortung Betroffene sind im Prozess ausschließlich eigeninitiativ	-	Gesetzgeber soll fundierte Rechts- und Tatsachenforschung betreiben bevor Spezialregelungen eingesetzt werden Enttabuisierung des Themas
B-07	Missbrauch kann man nie ausschließen Betroffene setzen sich selbst unter Druck Angehörige wollen Betroffene vom Suizid abhalten	man darf das Thema nicht unterschätzen	2-3 unabhängige Ärzte oder Institutionen sollen Sterbewunsch beurteilen	2-3 Monate, der individuellen Situation angepasst	Palliativmedizin darf nicht ins Hintertreffen geraten, sondern soll erste Wahl bleiben
B-08	Menschen sind von Natur aus unredlich	Missbrauch kann man nie ausschließen	-	-	Ärzte müssen aufgeklärt werden Thema soll schon bereits in der Schule unterrichtet werden

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 5 | Spannungsfelder zwischen Suizidprävention und Selbstbestimmung

	EINSCHRÄNKUNG AUF PERSONENGRUPPEN?	SPANNUNGSFELD?	AUFLÖSUNG DES SPANNUNGSFELDS?
B-01	keine Einschränkung Einschränkung würde Diskriminierung von Personen außerhalb der definierten Personengruppe bedeuten	Palliativmedizin kreiert Spannungsfeld durch Zwangsmaßnahmen der Suizidprävention Suizidprävention ist ein vorgeschobener Begriff, um Ablehnung der Freitodhilfe zu kaschieren	Individuen sollen auf Basis von Informiertheit, wohlwogenen & konsistenten Überlegung und Nichtbeeinflusstseins selbstbestimmt entscheiden können
B-02	Einschränkung auf (auch gesunde) Hochbetagte	es gibt kein Spannungsfeld – Suizidprävention und Selbstbestimmung sind 2 verschiedene Ansätze katholische Kirche kreiert Spannungsfeld für gläubige Betroffene durch Dogma der Sündhaftigkeit	Suizidprävention und Selbstbestimmung sollen einander ergänzen
B-03	langfristig keine Einschränkung – nur Gutachter muss überzeugt sein zu Beginn Einschränkung, um Akzeptanz des Themas zu erhöhen	Spannungsfeld in kirchennahen Pflegeeinrichtungen durch Dogma der Sündhaftigkeit	Betroffene brauchen Durchsetzungskraft
B-04	Einschränkung auf unheilbar schwerkranke Menschen Ausschluss psychisch kranker Menschen	Spannungsfelder entstehen aufgrund fehlender Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Betroffenen	Ärzeschaft muss besser auf Bedürfnisse der Betroffenen eingehen

B-05	keine Einschränkung Erklärungsfähigkeit muss gegeben sein	es gibt kein Spannungsfeld – Suizidprävention und Selbstbestimmung sind 2 verschiedene Themen Kriminalisierung der Sterbehilfe hat Suizide erzwungen lebensverlängernde Maßnahmen als Eingriff in den „göttlichen Plan“ sind OK – lebensverkürzende nicht	Errichtung einer hinreichenden Suizidprävention in Österreich Enttabuisierung des Themas Behandlung des Themas bereits in der Schule gesellschaftliche Diskussion, ob „Bilanz-Suizide“ vorstellbar wären
B-06	keine Einschränkung Erklärungsfähigkeit muss gegeben sein Einschränkung würde Diskriminierung von Personen außerhalb der definierten Personengruppe bedeuten	Suizidprävention, die das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen über Art und Zeitpunkt seines eigenen Lebensendes aushebelt, ist rechtswidrig	Suizidprävention soll Affektsuizide verhindern liberaler Zugang zu assistiertem Suizid senkt das Risiko von eigenen Suizidversuchen Balance muss gefunden werden zwischen Prävention von Affektsuiziden und Freitodbegleitung (so wenig wie möglich – so viel wie nötig)
B-07	Einschränkung auf Menschen, bei denen symptomatische Therapie nicht mehr möglich ist Ausschluss von Menschen mit Depression, da therapierbar	Spannungsfeld immer dort, wo unterschiedliche Auffassungen über „das Beste für Betroffene“ aufeinandertreffen und zwischen ausgesprochenem Sterbewunsch und am Ende aufflammendem Lebenswillen der Diagnose zum Trotz	es braucht spezialisierte Institutionen, die Aufklärungsarbeit bei Ärzten leisten müssen
B-08	Einschränkung auf (auch gesunde) Hochbetagte und unheilbar schwerkranke Menschen jeden Alters		Der Gesetzgeber soll nicht in das Recht auf den eigenen Körper eingreifen

Quelle: eigene Darstellung

Tabelle 6 | Auswirkungen der Legalisierung auf das Gesundheits- und Sozialsystem

	KEINE AUSWIRKUNGEN	AUSWIRKUNGEN
B-01		wird indirekt zum Ausbau des Hospizwesens beitragen finanzielle Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems da hohe Kosten am Lebensende wegfallen werden (vergleichende Hochrechnung aus den Niederlanden) Verluste in Pharma- und Pflegeindustrie
B-02		finanzielle Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems
B-03	keine finanziellen/wirtschaftlichen Auswirkungen, Menge der Betroffenen zu gering	
B-04	keine finanziellen/wirtschaftlichen Auswirkungen, Menge der Betroffenen zu gering	
B-05	keine finanziellen/wirtschaftlichen Auswirkungen, Menge der Betroffenen zu gering	Ausbau des Hospizwesens und Sterbeeinrichtungen
B-06	keine finanziellen/wirtschaftlichen Auswirkungen, Menge der Betroffenen zu gering	
B-07	keine finanziellen/wirtschaftlichen Auswirkungen, Menge der Betroffenen zu gering	
B-08		finanzielle Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems

Quelle: eigene Darstellung