

 **Bundesministerium
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz**

sozialministerium.at

BMASGK - I/A/4 (I/A/4)

Dr. Paula Lanske
Sachbearbeiterin

Parlament, Parlamentsdirektion
Dr.-Karl-Renner-Ring 3
1017 Wien

paula.lanske@sozialministerium.at
+43 1 711 00-644689
Postanschrift: Stubenring 1, 1010 Wien
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

E-Mail-Antworten sind bitte unter Anführung der
Geschäftszahl an post@sozialministerium.at
zu richten.

Geschäftszahl: BMASGK-92100/0221-IX/A/3/2018

Ihr Zeichen: BKA - PDion (PDion)14/PET-NR/2018

Parlament; Petition Nr. 14/PET: "Prüfung der Möglichkeit und Konsequenzen der Entkriminalisierung von Assistiertem Suizid"; Stellungnahmeversuchen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz erlaubt sich, zu der im Betreff genannten Petition 14/PET, wie erbeten, folgende Stellungnahme abzugeben:

Der demografischen Wandel gibt seit einiger Zeit vermehrt Anlass zu Überlegungen zum Thema Lebensende und den damit verbundenen Fragen der Würde des Menschen und entsprechenden Entwicklungen in der Medizin.

Der Bedarf an qualitätsgesicherter Palliativmedizin zeigt sich an der Aufnahme der Palliativmedizin als Spezialisierung in die Spezialisierungsverordnung 2017 (SpezV 2017) der Österreichischen Ärztekammer. Auch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, sieht seit der GuKG-Novelle 2016, BGBl. I Nr. 120, für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege eine Spezialisierung „Hospiz- und Palliativversorgung“ vor.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz erlaubt sich weiters darauf zu verweisen, dass der Gesetzgeber aktuell die notwendige Absicherung der Palliativmedizin im Rahmen eines Bundesgesetzes, mit dem das Ärztegesetz 1998, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz geändert werden, bereits beschlossen hat.

Insbesondere darf im gegenständlichen Zusammenhang auf § 49a Ärztegesetz 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, in der Fassung der erwähnten Novelle, verwiesen werden.

„Beistand für Sterbende“

§ 49a. (1) Die Ärztin/Der Arzt hat Sterbenden, die von ihr/ihm in Behandlung übernommen wurden, unter Wahrung ihrer Würde beizustehen.

(2) Im Sinne des Abs. 1 ist es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.“

Unter folgendem Link können Sie Einsicht in das parlamentarische Verfahren und in alle relevanten Materialien, unter anderem auch die Erläuterungen zum Gesetzestext nehmen:

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00385/index.shtml.

Es ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass aktive Sterbehilfe in Österreich weiterhin jedenfalls strafbar ist und entweder unter den Tatbestand des Mordes (§ 75 StGB), der Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) oder der Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) fällt.

Im Hinblick auf den Tatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung kommen die §§ 75, 77 und 78 StGB bei einem Therapieabbruch bzw. Therapierückzug hingegen nicht zum Tragen, wenn das Absetzen von Behandlungsmaßnahmen dem Willen der Patientin/des Patienten entspricht, mit anderen Worten ihre Fortsetzung als eigenmächtige Heilbehandlung zu werten wäre. Auch ist die einverständliche Unterlassung von Maßnahmen, die den Sterbevorgang erschweren, zulässig, wenn dabei nicht in erster Linie eine Verkürzung des Lebens bezweckt, sondern diese lediglich als Nebenwirkung zum primär verfolgten Zweck einer Leidensmilderung in Kauf genommen wird.

Es ist davon auszugehen, dass Konsens zwischen Medizin und Rechtswissenschaft bestehen, dass Maßnahmen, die allein den Sterbeprozess verlängern, weder den Vorgaben einer gewissenhaften Betreuung noch der Wahrung des Wohls der Patientin/des Patienten entsprechen.

So hat zum Beispiel auch *Kopetzki* schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass eine Behandlung dann nicht begonnen oder fortgesetzt werden muss, wenn sie aus medizinischer Sicht nicht indiziert oder – was auf dasselbe hinausläuft – mangels Wirksamkeit nicht mehr erfolgversprechend oder sogar aussichtslos ist. Dazu zählen gerade auch Konstellationen eines bereits unaufhaltsam eingetretenen Sterbeprozesses, der durch weitere medizinische Interventionen nur in die Länge gezogen werden würde (*Kopetzki*, Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten, iFamZ 2007, 197 (201), mit weiteren Nachweisen).

Ganz in diesem Sinne stellt auch die österreichische Bioethikkommission in ihren Empfehlungen zum Sterben in Würde fest, dass medizinische Interventionen, die keinen Nutzen für die Patientin/den Patienten erbringen oder deren Belastung für die Patientin/den Patienten größer ist als ein eventueller Nutzen und die am Lebensende zu einer Verlängerung des Sterbeprozesses führen können, im Hinblick auf die Unverhältnismäßigkeit weder aus ethischer noch aus medizinischer Sicht zu rechtfertigen sind. Bei einem möglichen hypothetischen, zukünftigen Nutzen wird das Kriterium der Verhältnismäßigkeit anzuwenden sein, das heißt, es ist die aktuelle Belastung gegen den hypothetischen, wahrscheinlich zukünftigen Nutzen abzuwägen. Diese Abwägung ist Aufgabe der Ärztin/des Arztes (Stellungnahme der Bioethikkommission, 9.2.2015, Sterben in Würde, Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen, S 30).

Der Gesetzgeber hat nunmehr durch den Wortlaut des § 49a Ärztegesetz 1998 (siehe oben) selbst für Klarheit gesorgt. Dies insbesondere für jene Situationen, wenn sich Patientinnen/Patienten in einem nicht mehr aufhaltbaren Sterbeprozess befinden und aus diesem Grund ärztliche Maßnahmen zur Reduzierung von Schmerzen und Qualen in den Mittelpunkt rücken.

Mit der neuen Regelung des § 49a Ärztegesetz 1998 wurde eine Beistandspflicht der Ärztin/des Arztes für Sterbende normiert. Somit sieht § 49a Abs. 2 Ärztegesetz 1998 im Kontext der ärztlichen Beistandspflicht gemäß Abs. 1 und zugleich der Verpflichtung zur Wahrung des Patientenwohls gemäß § 49 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 eine ergänzende Präzisierung vor, wonach es bei Sterbenden insbesondere auch zulässig ist, im Rahmen qualitätsgesicherter palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko überwiegt, dass dadurch eine Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen bewirkt werden kann.

Durch den neuen § 49a Ärztegesetz 1998 ergibt sich aber keinerlei Änderung dahingehend, dass aktive Sterbehilfe mit den strafrechtlichen Tatbeständen (§§ 75, 77 und 78 StGB) verboten bleibt.

§ 49 Abs. 1 Ärztegesetz 1998, wonach die Berufsausübung unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften zu erfolgen hat, trägt dem Gebot der Einheit der Rechtsordnung im Besonderen Rechnung.

Insbesondere darf festgehalten werden, dass der assistierte Suizid bisher in Österreich nicht annähernd konsensfähig war und es sich bei der getroffenen Regelung um eine indizierte ärztliche Maßnahme bei einem laufenden Sterbeprozess handelt. Die Beurteilung schwerster Schmerzen und Qualen ist, da es um das Wohl der Patientin/des Patienten geht, immer im konkreten Einzelfall zu tätigen. Es erfolgt somit keine Durchschnittsbetrachtung, sondern das individuelle Empfinden der konkreten Patientin/des konkreten Patienten, dem durch Palliativmedizin Erleichterung verschafft werden soll, ist ausschlaggebend.

Abschließend darf angemerkt werden, dass zu Fragestellungen für strafrechtliche Aspekte der Sterbehilfe/des assistierten Suizids die weiterhin aufrechte Zuständigkeit des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz gegeben ist.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hofft mit den Ausführungen behilflich gewesen zu sein.

Mit freundlichen Grüßen

Wien, 22. Jänner 2019
Für die Bundesministerin:
Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner