

Donnerstag, 14. Mai 2014

1. Arbeitssitzung

Grundsatzfragen

Podiums- und Publikumsdiskussion zum Thema „Sterbehilfe und Suizid“

Vorsitz:

em. Univ. Prof. DDr. Heinz Mayer, Universität Wien

Begrüßung

em. Univ.-Prof. DDr. Heinz Mayer

Wir hören zunächst ein Referat von Herrn *Univ.-Prof. Dr. Rixen*. Herr *Univ.-Prof. Dr. Rixen* hat Rechtswissenschaften in Tübingen und in Leuven studiert, ist derzeit Professor in Bayreuth für öffentliches Recht und beschäftigt sich unter anderem auch mit Fragen der Ethik, auch der Integrität in der Wissenschaft und hat im Vorjahr auf der Staatsrechtslehrertagung einen Vortrag gehalten zum Thema "Demographischer Wandel". Heute hören wir von ihm einen Vortrag zum Thema "Der demographische Wandel – Herausforderungen des Rechts in einer alternden Gesellschaft". Als zweiter Vortragender des heutigen Beginns des Nachmittags ist Herr *Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Körtner* von der Universität Wien, evangelisch-theologische Fakultät bei uns. Die meisten von Ihnen werden ihn kennen. Er ist ein engagierter Intellektueller, der sich vorwiegend zu Streitfragen gerne öffentlich zu Wort meldet. Mit Herrn *Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Körtner* verbindet mich eine persönliche, berufliche Nähe, wenn man so will. In den letzten Jahren war er Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin. Das ist eine fakultätsübergreifende Institution an der Universität Wien. Und er hat als Vorstand die Geschicke dieses Instituts maßgeblich und gegen viele Widerstände, wenn es notwendig war, geleitet. Herr *Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Körtner* ist seit 1992 Professor für systematische Theologie, und auch immer wieder mit seinen Forschungsschwerpunkten in der Öffentlichkeit. Er ist auch Mitglied der Bioethikkommission gewesen, wenn ich das richtig sehe. Sein Hauptforschungsgebiet ist Fundamentaltheologie, Ethik und Hermeneutik.

Wir haben heute ein Thema vor uns, das uns alle betrifft, aber das vielleicht gerade deshalb für manche von uns einen schwierigen Zugang aufweist. Jeder weiß oder jeder muss erleben, dass die letzte Lebensphase mit Einschränkungen verbunden ist, wenn das Ende naht. Man weiß nicht wie und man weiß nicht wann, aber es naht unausweichlich. Und daher sind Themen wie diese meistens von sehr vielen Emotionen begleitet. Und ich freue mich sehr, dass wir heute einmal mit zwei Wissenschaftlern zu tun haben, die sich mit diesem Thema beschäftigen und mit diesem Thema beginnen uns zu beschäftigen, weil da ist doch am ehesten ein rationaler Zugang zunächst einmal gewährleistet. Bitte, *Herr Univ.-Prof. Dr. Rixen!*

Der demographische Wandel – Herausforderungen des Rechts in einer alternden Gesellschaft

Stephan Rixen

- 1. Die Ausgangssituation: Zunehmende Sensibilität für die Lage alter Menschen**
- 2. Neue Alter(n)sbilder**
- 3. Alterssensibles Recht – Einige Herausforderungen**
 - 3.1. Altengerechte Gesundheitsversorgung
 - 3.2. Altengerechte Infrastrukturplanung – neue Verantwortung der Kommunen?
 - 3.3. Familienkompatible Bedingungen der Sorge für alte Menschen
 - 3.4. Gradualisiertes Können – Altersdifferenzierte Handlungskompetenzen
- 4. Aufgabe: Altengerechte Wertschätzungspolitik – auch mit den Mitteln des Rechts**

1. Die Ausgangssituation: Zunehmende Sensibilität für die Lage alter Menschen

Der demografische Wandel betrifft alle Länder Europas, auch Österreich. Fertilität, Mortalität und Migration sind Aspekte der Bevölkerungsentwicklung, die über die Staatsgrenzen hinweg das Gesicht Europas verändern.¹ Europa eint, dass das Nachdenken über die Gestaltung der Folgen des demographischen Wandels von der Rechtswissenschaft, aber auch der Rechtspolitik erst mit einiger Verzögerung entdeckt worden ist. Das überrascht, denn die Probleme, zu denen insbesondere die demographische Alterung führt, sind seit langem bekannt.

Nach den aktuellen Prognosen wird die Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft wachsen, und zwar ausschließlich durch Zuwanderung.² Im Jahr 2025 werden voraussichtlich ca. 9 Mio. Menschen in Österreich leben, ca. 9,62 Mio. werden es im Jahre 2060 sein. Die Altersstruktur verschiebt sich bis dahin deutlich. Bis zum Jahr 2060 wird die Zahl der über 65jährigen auf ca. 30 % ansteigen. Jede dritte Person in Österreich wird dann also älter als 65 Jahre sein. Die Zahl der demenzkranken Alten in Österreich – sie liegt derzeit bei ca. 130.000 – wird sich bis dahin mindestens verdoppeln; deutlich überwiegend sind Frauen von Altersdemenz betroffen, denn Frauen werden aus wissenschaftlich immer noch nicht hinreichend geklärten Gründen in aller Regel älter als Männer.

In Österreich besteht spätestens seit den frühen 1990er Jahren theoretische Klarheit über die Folgen des Wandels der Altersstruktur. Vor gut zwanzig Jahren erschien in den „Demographischen Informationen“, herausgegeben von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, ein Beitrag mit dem Titel „Das demographische Altern der österreichischen Bevölkerung“.³ Er bildet gleichsam den wissenschaftlichen Startschuss für den nach und nach in Gang gekommenen Versuch, die Folgen der demographischen Alterung als politisches Thema zu entdecken.

Dass die politische Aufmerksamkeit seitdem nach und nach zugenommen hat, ist vor allem auf Diejenigen zurückzuführen, die im Alltag mit der Folgenbewältigung als erste konfrontiert werden: die Gemeinden.⁴ Sie sind auch in Österreich seit den 2000er Jahren ein wesentlicher Impulsgeber für Reformforderungen. Die

1 Umfassend *Stephan Rixen*, Gestaltung des demographischen Wandels als Verwaltungsaufgabe, VVDStRL 74 (2015), S. 293-350.

2 Vgl. die Ergebnisse der Bevölkerungsprognose 2014, www.statistik.at (31.07.2015); detailliert das „Demographische Jahrbuch 2013“, Tabellenanhang I01, www.statistik.at (31.07.2015); ferner im Überblick „Länderprofil Österreich – Demografischer Wandel“, www.rkw-kompetenzzentrum.de (31.07.2015), außerdem zur Demenz *Rixen* (Fußn. 1), S. 301 mit dortiger Fußn. 28.

3 *Josef Kytir*, Das demographische Altern der österreichischen Bevölkerung: Zum langfristigen Wandel der Altersstruktur in Österreich, Demographische Informationen 1995/96, S. 107-119.

4 *Karoline Mitterer*, Österreichischer Städtetag 2006: Demografischer Wandel in Österreich – ein Überblick, Wien 2006, <http://kdz.eu> (31.07.2015).

Akteure des Gesundheitswesens haben ebenfalls dazu beigetragen, dass das Thema des Alterns in den Fokus der Aufmerksamkeit geraten ist. Dazu passt es, dass die Ludwig-Boltzmann-Gesellschaft im vergangenen Jahr eine Ausschreibung zur Gründung neuer Institute angekündigt hat, die sich auch dem Zusammenhang von demographischem Wandel und Gesundheit widmen sollen.⁵ Dass die Aufmerksamkeit zunimmt, hat ferner damit zu tun, dass sich auch in Österreich die Frage stellt, wie der Arbeitskräftebedarf angesichts der demographischen Alterung bewältigt werden kann, ein Thema, das die Wirtschafts- und Sozialpartner zunehmend beschäftigt.⁶ Schließlich hat zur gesteigerten Sensibilität für die demographische Alterung in Österreich ein Aspekt beigetragen, der im internationalen Vergleich eine bemerkenswerte Seltenheit ist. Österreich verfügt über ein dicht geflochtenes Netz altenpolitischer Partizipationsinstrumente, die die Interessen und Rechte alter Menschen auch im politischen Prozess oftmals nur hintergründig, aber durchaus effektiv zur Geltung bringen können. Ich erinnere beispielhaft an die Seniorenräte auf Ebene von Bund und Ländern, an die Pflege-, Heim- und auch die Patientenanwälte, aber auch an die Expertenkommissionen der Volksanwaltschaft, die Kontrollbesuche u.a. auch in Alteneinrichtungen vornehmen können.⁷ All das trägt zur Sensibilität für altenpolitische Themen bei.

Josef Kytir, der Verfasser des erwähnten Beitrags in den „Demographischen Informationen“ – heute Leiter der Direktion Bevölkerung der Statistik Austria – hat bereits vor zwanzig Jahren darauf hingewiesen, dass das Altern der österreichischen Gesellschaft zwar unausweichlich sei, aber neben Herausforderungen auch Chancen biete, wobei es, wie er sagt, entscheidend auf den „Gestaltungswillen der heute jüngeren Generationen“⁸ ankomme. Daran möchte ich anknüpfen. Wie können wir – auch die, die heute noch jünger sind, aber schon bald zu den Alten gehören werden – dazu beitragen, dass die Herausforderungen demographischer Alterung auch mit den Mitteln des Rechts bewältigt werden? Ich bin mir bewusst, dass ich als ausländischer Gast zu Ihnen spreche, der nicht mit allen Details der österreichischen Situation vertraut ist. Ich habe meine Einladung allerdings so verstanden, dass dieser Blick von außen gewollt ist als Impuls für die Diskussionen, die Sie in Österreich führen. Hierbei können ausländische bzw. rechtsvergleichende Beobachtungen nützlich sein, denn der Problemdruck in den Ländern des westlichen Zivilisationskreises ist in den Grundzügen sehr ähnlich.

5 Vgl. die Presseaussendungen der Ludwig Boltzmann Gesellschaft vom 03.11.2014 und vom 22.01.2015, www.lbg.ac.at (31.07.2015).

6 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen – Teilbericht 5: Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen, Wien 2010, S. 8 ff., S. 36 ff., www.wifo.ac.at (31.07.2015); außerdem: „Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Arbeitsmarkt und soziale Systeme – Positionen der österreichischen Sozialpartner“, www.sozialpartner.at (31.07.2015).

7 Nachweise bei *Rixen* (Fußn. 1), S. 322 f.

8 *Kytir* (Fußn. 3), S. 118.

2. Neue Alter(n)sbilder

Wenn wir über die Herausforderungen der demographischen Alterung nachdenken – auf diesen Aspekt, die demographische Alterung, will ich mich konzentrieren –, dann besteht eine erste Herausforderung darin, das Recht nicht nur als technokratisches Instrument politischer Gestaltung zu begreifen. Wir müssen auch die symbolisch-bewusstseinsbildende Wirkung des Rechts ernst zu nehmen. In der Rechtssoziologie ist es ein Gemeinplatz und doch der Erinnerung wert, dass Rechtsnormen als Deutungsschemata unseren Blick auf die Realität beeinflussen und lenken, ja dazu beitragen können, dass Wirklichkeit sich verändert.

Eine Rechtsordnung, die auf die demographische Alterung reagiert, muss daher zuallererst klären, was Alter bzw. Altern für sie bedeutet.⁹ Die zunehmende Zahl der sog. jungen Alten (etwa ab dem 60. Lebensjahr) und der Hochaltrigen (etwa ab dem 80. Lebensjahr) wird oft begleitet von deprimierenden Bildern der Niedergangs, der Schwäche und Begrenztheit; die zunehmende Zahl der Pflegebedürftigen und insbesondere der Demenzkranken steht stellvertretend hierfür. Das kontrastiert mit dem Umstand, dass die älter werdenden Generationen „Generationen der Selbstbestimmung“ sind, in deren Biographien Autonomie eine große Rolle spielt, und zwar auch das „autonome Altern“, wie es im Titel unserer Tagung heißt. Das Recht muss also darauf achten, diesen Vorgaben zu genügen und darf nicht Bildern des Alterns folgen, in deren Zentrum gutgemeinter Paternalismus und fürsorgliche Bevormundung stehen, was, zugegeben, leichter gesagt als rechtstechnisch umgesetzt ist.

Und doch ist die Tendenz klar: Angestoßen durch die Erkenntnisse der medizinischen Geriatrie, aber vor allem der interdisziplinären Alternswissenschaft, der Gerontologie, wird ein defizitorientierter Diskurs zunehmend durch einen gewinnorientierten Diskurs abgelöst. Er rückt die positiven Potentiale der Selbstbestimmung – die Gewinne – in den Vordergrund, trotz der ständig mehr spürbaren gesundheitlichen Grenzen der Selbstwirksamkeit im Alter. Die variable „Vulnerabilität“, ein gerontologischer Schlüsselbegriff, rückt damit in die Mitte der Betrachtung. D.h., eine Rechtsordnung, die alten Menschen gerecht werden will, muss auf dynamisch sich entwickelnde und im Einzelfall schwer vorhersagbare Mischungen aus abnehmender Stärke und zunehmender Schwäche reagieren, muss um fließende Übergänge, um „Zwischenstufen“ (wie Präsident Miklau es treffend genannt hat), um Flexibilisierungen bemüht sein, um der fragilen Autonomie im Alter gerecht zu werden. Zur schlichten Schwarz-Weiß-, Ja-Nein-, Licht-aus-Licht-an-Logik, die viele für ein Charakteristikum juristischen Denkens halten, passt diese stärkere Notwendigkeit der Differenzierung nicht. Das ist eine Herausforderung für die Interpretation bestehender Gesetze, aber noch mehr eine Herausforderung für Rechtspolitik.

9 Rixen (Fußn. 1), S. 301 ff.

Auf einige Bereiche, in denen ein alterssensibles Recht besonders wichtig ist (und das dort z.T. erst noch zu schaffen ist), will ich hinweisen, wohlwissend, dass das eine oder andere Thema im Laufe der Tagung noch genauer unter die Lupe genommen wird.

3. Alterssensibles Recht – Einige Herausforderungen

3.1. Altengerechte Gesundheitsversorgung

Ein wichtiges Referenzgebiet alterssensiblen Rechts ist die Gesundheitsversorgung. Österreich verfügt wie viele europäische Staaten über ein im internationalen Vergleich hochentwickeltes Gesundheitswesen,¹⁰ das selbstverständlich auch für alte Menschen eine hochwertige Versorgung sicherstellt. Ein komplexes Zielsteuerungssystem dient der Qualitätssicherung, das in eine bundesweite Planungs- und Finanzierungsstruktur mit regionalen, konkret: landesspezifischen Strukturelementen eingebettet ist. Das Gesundheitssystem versammelt möglichst viele Akteure – insbesondere Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger, Ärzte-, Apotheker- und Krankenhausvertreter, um die wichtigsten zu nennen – in Landesgesundheitsfonds, die Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens verantworten.¹¹ All das stützt sich auf Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz,¹² die durch zahlreiche gesetzliche wie untergesetzliche Normen konkretisiert werden.¹³

Aus der Perspektive des Föderalismusvergleichs erweisen sich die Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG als Ausweg aus der Föderalismusfalle, denn sie stellen die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen nicht in Frage, verknüpfen aber ihre Ausübung durch ein Anreizsystem, das Bund und Ländern gute – vor allem: finanzielle – Gründe für die kompetenzielle Koordinierung gibt. Die Vereinbarungen sind gewissermaßen ein Bypass, der die föderalen Koordinierungsprobleme und den Eigensinn der neben der unmittelbaren Staatsverwaltung stehenden Sozialversicherungsträger bereichsspezifisch umgeht. Im Ergebnis nähert sich das österreichische Gesundheitssystem damit internationalen Vorbildern an, etwa den Local Health Integration Networks in Teilen Kanadas,¹⁴ die Planungs- und Finanzierungsverantwortung zusammenführen und Zuständigkeitskonkur-

10 Maria M. Hofmarcher / Wilml Quentin, Austria: Health system review, in: Health Systems in Transition, vol. 15, no. 7, 2013, pp. 1-291, www.euro.who.int (31.07.2015).

11 Exemplarisch das Landesgesetz über den oberösterreichischen Gesundheitsfonds (LGBl. Nr. 83/2013).

12 Siehe insb. die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008, BGBl. I Nr. 199/2013) und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I Nr. 200/2013).

13 S. etwa das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG, BGBl. I Nr. 81/2013, BGBl. I Nr. 29/2014), sowie den Bundes-Zielsteuerungsvertrag (Zielsteuerung-Gesundheit) für die Jahre 2013-2016, www.hauptverband.at (31.07.2015).

14 Rixen (Fußn. 1), S. 330.

renzen punktuell aufheben und so vor allem die Regionen auch bei der Gesundheitsversorgung stärken.

Dieser organisatorische Rahmen könnte mit Blick auf die Versorgung alter Menschen weiter spezifiziert werden. Ungeachtet des generell guten Versorgungsniveaus stellt sich die Frage, ob bzw. inwieweit die bestehenden Versorgungsstrukturen den spezifischen Bedürfnissen alter Menschen (nicht nur bei Altersdemenz oder Pflegebedürftigkeit) gerecht werden. Das gilt auch und gerade für alte, sterbende Menschen. Zwar sieht der „Österreichische Gesundheitsstrukturplan“ (ÖSG) schon zahlreiche Maßnahmen des Ausbaus von Hospiz- und Palliativversorgung vor,¹⁵ allerdings erschöpfen sich darin die Bedürfnisse alter Menschen nicht. Hilfreich wäre ein alterssensibles „Screening“ aller Versorgungsbereiche, also ihre systematische Sichtung auf geriatrische Relevanz, auf die Bedürfnisse insbesondere demenzkranker Menschen, aber auch die Bedürfnisse, alter sterbender Menschen. Spezielle Konzepte, wie es sie bereits für die Palliativversorgung von Kindern gibt,¹⁶ dürften auch für alte Menschen angemessen sein.

Zu kombinieren wäre dies mit einer Lebensverlaufsperspektive, die berücksichtigt, dass der Prozess des „jungen“ und des hohen Alters Jahrzehnte dauern kann, ein Zeitraum, in dem sich die medizinischen Bedürfnisse deutlich verändern können. Um diesen sich verändernden Betreuungsbedarf besser abbilden zu können, gibt es – vor allem in den USA und Australien, aber auch in Kanada¹⁷ erprobte – Konzepte des sog. Advance Care Planning (ACP),¹⁸ die über einen längeren Zeitraum eine humane Versorgung ermöglichen können.¹⁹ Das Instrument der Patientenverfügung wird hierbei zu einem dauerhaft angepassten Instrument der vorausschauenden Behandlungsplanung vor allem in der letzten Lebensphase. Advance Care Planning – vorausschauende Behandlungsplanung – soll Übertherapie ebenso vermeiden, wie es die angemessene Versorgung durch unterschiedliche Gesundheitsberufe sicherstellen soll, und zwar unter Einschluss der Heime, in denen gerade hochaltrige Menschen leben. In einigen europäischen Gesundheitssysteme, z.B. in Großbritannien²⁰ oder den Niederlan-

15 ÖSG 2012 (aktualisierte Fassung), S. 102 ff. zur „Hospiz- und Palliativversorgung (HOS/PAL)“; www.bmg.gv.at, „Gesundheitssystem/Qualitätssicherung“, „Planung und spezielle Versorgungsbereiche“ (31.07.2015).

16 „Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene – Experten-Konzept, 2013, www.bmg.gv.at, „Gesundheitssystem/Qualitätssicherung“, „Planung und spezielle Versorgungsbereiche“ (31.07.2015).

17 Beispiel: Advance Care Planning auf Vancouver Island, <http://advanccareplanningvi.ca> (31.07.2015).

18 Erste Informationen auf der Homepage der International Society of Advance Care Planning and End of Life Care (ACP/ELC), <http://acpelsociety.com> (31.07.2015).

19 Michael Coors / Ralf Jox / Jürgen in der Schmitten (Hrsg.), Advance Care Planning – Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Stuttgart 2015.

20 Department of Health / NHS End of Life Care Programme, Capacity, care planning and advance care planning in life limiting illness, revised August 2014, www.nhs.uk (31.07.2015).

den,²¹ ist ACP bekannt, in Deutschland ist eine gesetzliche Regelung geplant, die Advance Care Planning ermöglicht.²² Die Idee des Advance Care Planning ist für Österreich nichts Neues. Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt hat in ihren Vorschlägen von Beginn des Jahres 2015 eine nähere Befassung mit dem Instrument der gesundheitlichen Vorausplanung angeregt.²³

Die stärkere Verzahnung der unterschiedlichen Versorgungssektoren (einschließlich der Heime) ist in föderal strukturierten Staaten mit fragmentierter Zuständigkeit für Gesundheitsfragen ein großes praktisches Problem. Einmal mehr dürften sich Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG als Instrument der Koordinierung von Bund und Ländern empfehlen. Bestehende Vereinbarungen könnten noch deutlicher auf die Probleme der demographischen Alterung im Gesundheitsbereich ausgerichtet, also weiterentwickelt werden. Alternativ denkbar sind neue Vereinbarungen, die die derzeitigen Vereinbarungen über die Organisation, die Finanzierung und die Zielsteuerung des Gesundheitswesens sowie die Pflege bereichsspezifisch ergänzen.

3.2. Altengerechte Infrastrukturplanung – neue Verantwortung der Kommunen?

Über das Gesundheitswesen hinaus stellt sich generell die Frage, wie eine altengerechte Infrastruktur dauerhaft gewährleistet und ausgebaut werden kann. Hier gilt es, bislang kaum miteinander verbundene Infrastrukturen und ihre rechtliche Regulierung aufeinander abzustimmen. Die Gesundheitsplanung als Fachplanung steht nach meinem Eindruck wie in nahezu allen Ländern Europas auch in Österreich derzeit vergleichsweise unverbunden neben der allgemeinen Raumplanung.²⁴ Das Regulierungspotential des Raumordnungsrechts gerät daher m.E. noch nicht genügend in den Blick. Altengerechte Infrastruktur geht über die Gesundheitsversorgung hinaus, bedingt sie aber auch, etwa wenn es um die Erreichbarkeit von Orten, also die Mobilitätssicherung geht. Raumplaner sprechen von „Entleerungsgebieten“ und „urbanen Verdichtungsräumen“. Die regionalen Disparitäten zwingen dazu, neu über das sog. Zentrale-Orte-Konzept nachzuden-

21 Siehe hierzu etwa *Koen Meeussen et al.*, Advance Care Planning in Belgium and The Netherlands: A Nationwide Retrospective Study Via Sentinel Networks of General Practitioners, in: *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 42, no. 4, 2011, pp. 565-577.

22 Vgl. § 132g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Überschrift der Vorschrift: „Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase“ – im Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG), Bundestags-Drucksache 18/5170 vom 12.06.2015, <http://pdok.bundestag.de> (31.07.2015).

23 *Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt*, Sterben in Würde – Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen, Februar 2015, S. 15, S. 24, www.bundeskanzleramt.at/bioethik/ (31.07.2015).

24 Vgl. *Rixen* (Fußn. 1), S. 326 ff.; vgl. den „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (ÖSG) sowie die „Regionalen Strukturpläne Gesundheit“ (RSG), www.bmg.gv.at, „Gesundheitssystem/Qualitätssicherung“, „Planung und spezielle Versorgungsbereiche“ (31.07.2015).