

A. Feichtner · U. Körtner  
R. Likar · H. Watzke · D. Weix-  
ler  
*Hrsg.*

# Assistierter Suizid

Hintergründe, Spannungsfelder  
und Entwicklungen

---

# Assistierter Suizid

---

Angelika Feichtner · Ulrich Körtner ·  
Rudolf Likar · Herbert Watzke ·  
Dietmar Weixler  
(Hrsg.)

# Assistierter Suizid

Hintergründe, Spannungsfelder und  
Entwicklungen

 Springer

*Hrsg.*

Angelika Feichtner  
Innsbruck, Österreich

Ulrich Körtner  
Institut für Ethik und Recht in der  
Medizin, Universität Wien  
Wien, Österreich

Rudolf Likar  
Abteilung für Anästhesie und  
Intensivmedizin,  
Klinikum Klagenfurt, Österreich

Herbert Watzke  
Palliativstation, Universitätsklinik für  
Innere Medizin  
Wien, Österreich

Dietmar Weixler  
Abt f Anästhesie & Intensivmedizin  
Landeskrankenhaus Horn- Allentsteig  
Horn, Österreich

ISBN 978-3-662-64346-4      ISBN 978-3-662-64347-1 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Renate Eichhorn

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

---

## Vorwort

Die Diskussion über eine Zulassung der „Sterbehilfe“ bzw. des assistierten Suizids in Österreich reicht weit zurück. So hat schon vor nunmehr 20 Jahren der Pastoraltheologe Prof. Paul Zulehner eine wissenschaftlich fundierte Meinungsumfrage initiiert, die die Einstellung der Österreicher zum assistierten Suizid (pro/contra) und die dahinter liegenden Beweggründe erhob. Dabei zeigte sich, dass von jenen 16 %, die grundsätzlich für die Einführung der Suizidassistenz waren, 68 % davon ausgingen, dass Schmerzen nicht ausreichend gelindert werden könnten und man Angehörigen nicht zur Last fallen wolle (44 %). Von den 12 %, die grundsätzlich gegen eine Legalisierung des assistierten Suizids waren, hatten diese Bedenken nur 5 % (Schmerzen) und 1 % (zur Last fallen). Dies zeigte in erschreckender Deutlichkeit den geringen Informationsstand der österreichischen Bevölkerung in den wichtigsten Faktoren ihrer Entscheidungen pro/contra Suizidassistenz zu diesem Zeitpunkt.

Die Debatten zur „Sterbehilfe“ in der medialen Öffentlichkeit erfolgten in dieser Zeit anlassbezogen, etwa bei Verurteilungen von Personen, die Beihilfe zum Suizid geleistet hatten, in aller Regel wegen einer Begleitung zum assistierten Suizid in die Schweiz. Erst durch die Abhaltung einer parlamentarischen Enquete zum Thema „Sterben in Würde“ im Jahr 2014 wurde die Fragen zur Suizidassistenz erstmals in strukturierter Form von Experten und Betroffenen diskutiert und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Schließlich erarbeitete die Bioethikkommission am Bundeskanzleramt 2015 eine Stellungnahme zum selben Thema, die Empfehlungen zu vielen Bereichen des Sterbens enthält und in einem Mehrheitsvotum empfiehlt, die Hilfeleistung der Ärzte beim Suizid in bestimmten Fällen zu entkriminalisieren.

Durch das Urteil des Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 in einer von vier Privatpersonen eingebrachten Klage ist nun das „ausnahmslose Verbot“ der Hilfestellung beim Suizid ab 1.1.2022 aufgehoben, und es besteht damit die Notwendigkeit einer Neuregelung durch den Gesetzgeber.

Im Regierungsprogramm 2020–2024 (ÖVP, Grüne) wurde das Ziel formuliert, Hospiz- und Palliativversorgung in die Regelfinanzierung zu überführen und bei der Entwicklung einer Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Im Mai 2020 wurde nach sieben Jahren Verhandlung des Hos-

piz- und Palliativforums ein Endbericht vorgelegt. Gleichzeitig wurde im Justizministerium ein viertägiges „Dialogforum Sterbehilfe“ abgehalten.

Ziel des Dialogforums war es nicht, Empfehlungen für eine Neuregelung des § 78 StGb hervorzubringen, sondern einen Überblick über das Meinungsbild zu gewinnen, um diesen als Grundlage für weitere Schritte in Umsetzung des VfGH-Erkenntnisses heranzuziehen.

Die bekannten Befürworter des assistierten Suizids waren nicht die einzigen, die feststellten, dass die Zusammensetzung des Dialogforums eine größere Zahl von Vertreter\*innen klerikaler Einrichtungen enthielt.

Der öffentliche Diskurs zum assistierten Suizid seit dem Erkenntnis des VfGH im Dezember 2020 wurde vom Pandemiethema in den Schatten gestellt, war vergleichsweise spärlich und zeigte, dass Befürworter und Gegner in ihren Positionen verharren.

In einem Gastkommentar von Dr. Anna Kitta vom AKH Wien in der *Wiener Zeitung* (2.6.2021) stellte die Autorin aufs Neue in den Vordergrund, dass die Grundversorgung in Palliativ- und Hospizversorgung aktuell keineswegs bedarfsgerecht ist. Dieses Faktum wurde auch im Dialogforum mehrfach vorgebracht und bis hin zu Wolfgang Obermüller von der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) als eklatanter Mangel bezeichnet.

Gudula Walterskirchen kommt in ihrem Beitrag „Beihilfe zur Sterbehilfe ist weniger Autonomie als Ökonomie“ (*Die Presse*, 18.4.2021) zur gewagten These, dass die Liberalisierung des assistierten Suizids ein hintergründiger Akt eines Staates ist, der die Ausuferung der Sozial- und Gesundheitskosten durch ein „neues Angebot“ begrenzen wolle. Diese Sicht auf die potenzielle Gefahr einer gesetzlichen Neuregelung wurde in der Vergangenheit als Fiktion vorgestellt (vgl. den US-amerikanischen Science-Fiction-Film „Soylent Green“ aus dem Jahr 1973) und erhält durch den Umstand des langjährigen und sich zuspitzenden Pflegenotstands neues Feuer.

Bis zur Drucklegung dieses Buches wurden drei Umfragen zu Wissen, Haltung und Einstellung der Bevölkerung zu assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen veröffentlicht, als Auftraggeber traten die ÖGHL, der Verein Letzte Hilfe und das Focus Research Institute auf. Die ersten beiden Umfragen wurden vom Österreichischen Rundfunk breit rezipiert, die Focus-Umfrage kam in detaillierter Weise beim Symposium des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien zur Diskussion. Die Ergebnisse der Umfragen könnten unterschiedlicher nicht sein, Kritikpunkte betreffen die Stichprobe und die nicht näher veröffentlichte (und daher zu Spekulationen Anlass gebende) Art und Weise der Fragestellungen. Aus der Focus-Studie geht hervor, dass ein relevanter Anteil der österreichischen Bevölkerung unzureichende Kenntnisse zum Thema im Allgemeinen hat, v. a. auch, was die bereits legalen Möglichkeiten und Praktiken betrifft.

Bei Abschluss der Manuskripterstellung (19.9.2021) für dieses Buch liegt, entgegen den Voraussagen der Bundesregierung, kein Gesetzesvorschlag vor – aus Sicht der Herausgeber ist das eine gute Nachricht, da eine sorgfältige und gewissenhafte Vorbereitung des neuen Gesetzes im Interesse der vulnerablen Gruppen ist. Die zentralen Fragen, die an dieser Stelle zu behandeln sind, sind:

- „Wie kann die Verfügbarkeit von Palliativ- und Hospizversorgung ausgebaut werden? Diesbezüglich gab es einen breiten Konsens, demzufolge eine organisatorisch und strukturell gut ausgebaute Palliativ- und Hospizversorgung den Wunsch nach frühzeitiger Beendigung des Lebens reduzieren würde.
- Wie und von wem kann der freie selbstbestimmte Wille sichergestellt werden?
- Soll der assistierte Suizid auf bestimmte Personengruppen beschränkt werden? Wenn Ja, wie kann der Zugang eingeschränkt werden, ohne den freien Willen des/der Einzelnen damit zu beschränken? Einzelne Teilnehmer\*innen hielten eine Beschränkung grundsätzlich nicht mit der Entscheidung des VfGH vereinbar. Die meisten Stimmen plädierten für Entscheidungsfähigkeit sowie Volljährigkeit als Mindestvoraussetzung.
- Wie kann der Prozess des assistierten Suizids strukturiert werden?
- Wer soll Beihilfe zum Suizid leisten dürfen?
- In welcher Form soll/muss es Beratungsangebote geben?“<sup>1</sup>

Dieses Buch soll Einblick in die mannigfaltigen Aspekte rund um die gesetzliche Regelung des assistierten Suizids ermöglichen. Die Herausgeber waren bemüht, das große Spektrum in umfassender und europäischer Weise abzubilden – auch dadurch, dass ganz bewusst sowohl Befürworter\*innen und Gegner\*innen des assistierten Suizids um ihre Beiträge angefragt wurden – im Sinne eines offenen und breiten Diskurses, den alle befürworten, die an diesem Thema Interesse haben.

Viel Freude und reichen Erkenntnisgewinn wünschen Ihnen

OA Dr. Dietmar Weixler  
Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke

---

<sup>1</sup><https://fachinfos.parlament.gv.at/politikfelder/arbeit-soziales/wie-wird-in-oesterreich-ueber-sterbehilfe-diskutiert/>, Zugriff am 19.9.2021

---

# Inhaltsverzeichnis

## Teil I Assistierter Suizid: Allgemeine Darstellung, Grundlagen, Motive

<b>1</b>	<b>Der Wunsch zu sterben</b> . . . . .	<b>3</b>
	Angelika Feichtner	
<b>2</b>	<b>Das Sterbeverfügungsgesetz: Der Ministerialentwurf</b> . . . . .	<b>11</b>
	Karl Weber	
<b>3</b>	<b>Willensfreiheit und Entscheidungsfähigkeit</b> . . . . .	<b>19</b>
	Dietmar Weixler und Elisabeth Höpperger	
<b>4</b>	<b>Menschenwürde</b> . . . . .	<b>29</b>
	Ulrich H.J. Körtner und Rudolf Likar	
<b>5</b>	<b>Psychosoziale Ursachen des Suizids</b> . . . . .	<b>37</b>
	Viktoria Wentseis	
<b>6</b>	<b>Alterssuizid und seine Grundlagen</b> . . . . .	<b>47</b>
	Christian Jagsch	
<b>7</b>	<b>Assistierter Suizid unter spirituellen Aspekten</b> . . . . .	<b>53</b>
	Karin Jacobs	
<b>8</b>	<b>Grundlegende Konzepte in der psychologischen Betreuung in Hinblick auf assistierten Suizid</b> . . . . .	<b>59</b>
	Victoria Mühlegger und Helene Wimmer	

## Teil II Assistierter Suizid aus verschiedenen Perspektiven

<b>9</b>	<b>Vom Unbehagen an der Moderne zu manifesten Krankheitssymptomen der modernen Gesellschaft</b> . . . . .	<b>79</b>
	Patrick Schuchter	
<b>10</b>	<b>Beihilfe zur Selbsttötung aus ärztlicher Sicht</b> . . . . .	<b>89</b>
	Gebhard Mathis	
<b>11</b>	<b>Selbstbestimmtes Sterben ohne selbstbestimmtes Leben?</b> . . . . .	<b>95</b>
	Eringard Kaufmann	

<b>12 Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid. ....</b>	103
Angelina Falkner	
<b>13 Entscheid des Österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 zum assistierten Suizid – Perspektive der Ge- riatrie und Gerontologie .....</b>	121
Thomas Frühwald	
<b>14 Suizidberatung heißt Lebensberatung – Eine Standortbestimmung zum assistierten Suizid für die Soziale Arbeit .....</b>	129
Bettina Pußwald, Angelina Falkner und Werner Gruber	
<b>15 Implikationen des assistierten Suizids für die professionelle Pflege .....</b>	141
Sabine Pleschberger und Christian Petzold	
<b>16 Die Rolle der niederländischen Pflegepersonen bei assistiertem Suizid .....</b>	149
Sabine Ruppert	
<b>17 Sterbewunsch bei Demenz. ....</b>	163
Florian Riese	
<b>18 Das ärztlich assistierte Sterben von Personen in Haft. Ethische Überlegungen vor dem Hintergrund erster Erfahrungen in Belgien und der Schweiz .....</b>	173
Claudia Bozzaro und Markus Zimmermann	
<b>19 Suizidbeihilfe – die Sicht der Suizidprävention .....</b>	185
Thomas Kapitany	
<b>20 Assistierter Suizid aus Sicht der Patientenanwaltschaft .....</b>	193
Michael Prunbauer	
<b>21 Der assistierte Suizid und Human Rights .....</b>	197
Reinhard Klaushofer	
<b>22 „Das Leiden muss ein Ende haben!“ Existenzielles Leiden und der Wunsch nach einem raschen Tod – ein belastendes Spannungsfeld für Palliativpatienten, Angehörige und Betreuungspersonen. ....</b>	203
Christoph Gabl	
<b>23 Gesellschaftliche Aspekte der Selbstbestimmung beim assistierten Suizid .....</b>	217
Willibald J. Stronegger	
<b>24 Suizid, Fehlschlag und die Rolle der Retter – rechtliche und ethische Aspekte .....</b>	227
Michael Halmich	

<b>25</b>	<b>Sedierung als eine Alternative zur Selbsttötung?</b> .....	237
	Jan Schildmann und Alexander Kremling	
<b>26</b>	<b>Palliative Care und assistierter Suizid</b> .....	245
	Angelika Feichtner und Gabriele Pachschröll	
<b>27</b>	<b>Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine Alternative zum assistierten Suizid?</b> .....	253
	Angelika Feichtner	
 <b>Teil III Internationale Entwicklungen/Praxis</b>		
<b>28</b>	<b>Assistierter Suizid in der Schweiz</b> .....	263
	Angelika Feichtner und Manuela Wasl	
<b>29</b>	<b>Suizidassistentz in Deutschland</b> .....	269
	Meike Schwermann	
<b>30</b>	<b>Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in Belgien</b> .....	275
	Desiree Amschl-Strablegg	
<b>31</b>	<b>Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen (EAS) in den Niederlanden</b> .....	285
	Angelika Feichtner	
<b>32</b>	<b>Die aktuelle Lage der aktiven Sterbehilfe und des assistierten Suizides in Portugal – ein Land in Warteposition</b> .....	299
	Veronika Mosich und Gudrun Kreye	
<b>33</b>	<b>Die Regelung der „Hilfeleistung zum Sterben“ in Spanien</b> ...	305
	Theresa Sellner-Pogány und Veronika Mosich	
<b>34</b>	<b>Assistierter Suizid in Australien – VAD (Voluntary Assisted Dying)</b> .....	315
	Angelika Feichtner	
<b>35</b>	<b>Death with Dignity Act – Oregon, USA</b> .....	321
	Herbert Watzke und Thomas Daniczek	
<b>36</b>	<b>Assistierter Suizid – MAiD in Kanada</b> .....	333
	Angelika Feichtner und Desiree Amschl-Strablegg	
 <b>Teil IV Praxisbeispiele</b>		
<b>37</b>	<b>Gestrandete der Medizin – Erfahrungen in der psycho- therapeutischen Begleitung einer körperlich schwerst er- krankten Frau durch ihre letzten Jahre bis zu ihrer Ent- scheidung und Durchführung des assistierten Suizids</b> .....	343
	Hilde Mayer-Gutdeutsch	
<b>38</b>	<b>Wenn Zuhören und Begegnung wirklich gelingen</b> .....	359
	Katrin Kastanek und Viktoria Wentseis	
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	377

---

# Herausgeber- und Autorenverzeichnis

---

## Über die Herausgeber



**Angelika Feichtner MSc** (Palliative Care), DGKP, ist Mitglied der Ethik-Gruppe der Österreichischen Palliativgesellschaft. Nach langjähriger Pflege- und Lehrtätigkeit im Bereich von Palliative Care ist sie derzeit als Fachbuchautorin tätig. Ihr besonderes Interesse gilt den ethischen, medizinischen und pflegerischen Fragen am Lebensende. Sie betrachtet das Sterben als bedeutsamen individuellen Prozess und die Bedingungen des Sterbens als gesellschaftliche Verantwortung und als kulturelle Herausforderung.



**O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich Körtner** ist Ordinarius für Systematische Theologie an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien und Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien. Neben seinen theologischen Arbeitsschwerpunkten und der Medizinethik liegt ein weiterer Schwerpunkt seiner Arbeit auf dem Gebiet der Pflegeethik. Von 2001 bis 2013 war er Mitglied der Österreichischen Bioethikkommission. Er ist Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission des Johanniterordens und Mitglied des Verwaltungsrates der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel sowie der Arbeitsgruppe „Ethik in Palliative Care“ der Österreichischen Palliativgesellschaft. Zahlreiche Publikationen, darunter ein Lehrbuch zur Pflegeethik (3. Aufl. 2017) sowie zu Fragen der Ethik am Lebensende.



**Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar** Fotograf: Hans Hochstätger. Rechte bei Ulrich H.J. Körtner. ist Facharzt für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin, außerdem Spezialisierung auf den Gebieten der Schmerztherapie und Palliativmedizin. Er ist Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Klinikum Klagenfurt am Wörthersee und Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin am LKH Wolfsberg. Lehrstuhl für Palliativmedizin an der SFU Wien. Erster Vizepräsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Generalsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG).

Als Palliativmediziner ist es ihm wichtig, Palliativ Care als Haltung in alle Berufsgruppen zu infiltrieren. Es war ihm wichtig, sich mit dem Thema Menschenwürde und mit der Thematik des selbstbestimmten Sterbens auseinanderzusetzen.



**Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke**, emer. Vorstand der Klinik für Innere Medizin I und Leiter der Abteilung für Palliativmedizin an der Medizinischen Universität Wien. Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin von 2005–2021 ebendort. Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft von 2010 bis 2014 und Mitglied des Vorstandes seither. Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin 2012–2018. Gründer der Austrian Palliative Care Study Group (AUPACS), einer Plattform zur Durchführung von Studien im Bereich der klinischen Palliativversorgung in Österreich. Mehr als hundert Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften mit Peer Review auf den Gebieten der Inneren Medizin und der Palliativmedizin.



**Dr. Dietmar Weixler** MSc (Palliative Care), Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin, ist Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Er beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren mit den Grenzfragen zur Verabreichung von Substanzen, die auf das Wachbewusstsein wirken – und die im Exzess lebenszeitverkürzend sein können. Er ist mit den Herausgeber\*innen seit Jahren im intensiven Diskurs zu ethischen Fragen am Lebensende. Weixler tritt für eine enttabuisierte öffentliche und empirisch begründete Reflexion der Angelegenheiten am Lebensende ein.

---

## Autorenverzeichnis

- Desiree Amschl-Strablegg** Voitsberg, Österreich  
**Prof. Dr. phil. Claudia Bozzaro** Kiel, Deutschland  
**Dr. Thomas Daniczek** Knittelfeld, Österreich  
**Dr. Mag. Angelina Falkner** Waidhofen/Thaya, Österreich  
**Angelika Feichtner MSc** Innsbruck, Österreich  
**Prof. Dr. Thomas Frühwald** Wien, Österreich  
**Dr. Christoph Gabl** Innsbruck, Österreich  
**Mag. FH Werner Gruber** Salzburg, Österreich  
**Dr. Michael Halmich** Wien, Österreich  
**Elisabeth Höpperger MSc** Pill, Österreich  
**MAS Karin Jacobs** Losheim am See, Deutschland  
**Prim. Dr. Christian Jagsch** Graz, Österreich  
**Dr. Thomas Kapitany** Wien, Österreich  
**Mag. Katrin Kastanek** Klosterneuburg, Österreich  
**Mag.a, MSc Eringard Kaufmann** Wien, Österreich  
**Prof. Dr. Reinhard Klaushofer** Salzburg, Österreich  
**Univ. Prof. Dr. Dr. Ulrich Körtner** Wien, Österreich  
**Dr. phil. Alexander Kremling** Halle (Saale), Deutschland  
**Dr. Gudrun Kreye** Krems an der Donau, Österreich  
**Univ. Prof. Dr. Rudolf Likar** Klagenfurt, Österreich  
**Prof. Dr. Gebhard Mathis** Rankweil, Österreich

- Mag. Hilde Mayer-Gutdeutsch** Wien, Österreich
- Dr. MSc Veronika Mosich** Wien, Österreich
- Mag. Victoria Mühlegger** Langenlebarn, Österreich
- Gabriele Pachschwöll MSc** Dunkelsteinerwald, Österreich
- Dipl.-Pflegewirt Christian Petzold** Berlin, Deutschland
- Priv. Doz. Dr. Sabine Pleschberger** Wien, Österreich
- Mag. Michael Prunbauer** St. Pölten, Österreich
- MSM Bettina Pußwald** Ilz, Österreich
- Dr. med. Florian Riese** Zürich, Schweiz
- Mag.a. Sabine Ruppert** Wien, Österreich
- Prof. Dr. med. Jan Schildmann** Halle (Saale), Deutschland
- Mag. Dr. phil Patrick Schuchter** Wien, Österreich
- Meike Schwermann MA** Münster, Deutschland
- Dr. Mag. Theresa Sellner-Pogány** Wien, Österreich
- Univ.-Prof. Dr. Willibald J. Stronegger** Graz, Österreich
- Manuela Wasl MSc** Albrechtsberg, Österreich
- Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke** Wien, Österreich
- Prof. Dr. Karl Weber** Innsbruck, Österreich
- Dr. Dietmar Weixler** Schönberg am Kamp, Österreich
- Mag. phil. Viktoria Wentseis** Langenlebarn, Österreich
- Mag. Helene Wimmer** Langenlebarn, Österreich
- Prof. Dr. Markus Zimmermann** Fribourg, Schweiz

---

## Teil I

# Assistierter Suizid: Allgemeine Darstellung, Grundlagen, Motive



# Der Wunsch zu sterben

1

Angelika Feichtner

Bei schwerer Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und intensiven Leiderfahrungen sind Sterbewünsche der Patienten und Patientinnen keineswegs selten, selbst bei bester Palliativversorgung. Auch Suizidgedanken sind in palliativen Situationen nicht ungewöhnlich, und sie stellen vor allem in terminalen Erkrankungsstadien häufig eine Form der Entlastung oder eine Art Ventil dar. Der Wunsch zu sterben ist eine Reaktion auf das erlebte Leid im Zusammenhang mit einer lebensbegrenzenden Erkrankung, und die Beschleunigung des Sterbeprozesses kann als einziger Ausweg erscheinen (Balaguer et al. 2016). Der Sterbewunsch ist ein komplexes subjektives und soziales Phänomen, das sich ändert in der Zeit und in der Interaktion, nur selten ist er anhaltend (Ohnsorge et al. 2014b). Die meisten Sterbewünsche sind unbeständig und fluktuierend, abhängig von der Intensität der Leiderfahrung. Sterbewünsche können in unterschiedlicher Intensität auftreten, es kann ein eher allgemein formulierter Wunsch zu sterben sein, wie z. B. „Hoffentlich hat das bald ein Ende.“ Der Sterbewunsch kann aber auch mit expliziten Bestrebungen verbunden sein, den eigenen Sterbeprozess zu beschleunigen, z. B. durch Beendigung

lebenserhaltender Maßnahmen oder durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit dem Ziel, das Sterben zu forcieren.

Sterbewünsche können sich allgemein und vage auf ein baldiges Sterben beziehen oder auf eine konkrete Beschleunigung des Sterbeprozesses. Sie reichen von der Annahme des bevorstehenden Todes im Sinne von Lebenssattheit über das Hoffen auf einen baldigen Tod bis hin zum Wunsch nach aktiver Initiierung des Sterbeprozesses. Damit wird deutlich, dass auch jeder assistierte Suizid seinen Anfang in einem Sterbewunsch nimmt (Streeck in Hilpert und Sautermeister 2015).

Neben der Akzeptanz des baldigen Todes im Sinne einer „Lebenssattheit“ ohne suizidalen Handlungsdruck kann ein Todeswunsch das Hoffen auf einen baldigen Sterbeprozess bis hin zu einem Auswegplan und akuter Suizidalität umfassen (Kremeike et al. 2019).

Sterbewünsche werden oft nicht oder nur zögerlich mitgeteilt, den Angehörigen gegenüber werden sie häufig nicht geäußert, und selbst mit ihrem behandelnden Arzt oder ihrer Ärztin sprechen die Kranken seltener darüber. Meist sind Pflegepersonen die ersten Adressaten dieser Wünsche, denn oft entsteht der Wunsch zu sterben aus einer aktuellen Situation heraus, meistens dann, wenn sich eine besondere Nähe ergibt, oder wenn die krankheitsbedingten Einschränkungen besonders deutlich wahrgenommen werden. Sehr oft verändern sich

---

A. Feichtner (✉)  
Innsbruck, Österreich  
E-Mail: [angelika.feichtner@gmx.net](mailto:angelika.feichtner@gmx.net)

dieses Sterbewünsche aber auch wieder, wenn sich die für den Patienten, für die Patientin belastende Situation entspannt.

Nicht selten wird die Mitteilung eines Sterbewunsches von den Betreuenden als suizidale Äußerung oder auch als Aufforderung zur Suizidassistentz fehlinterpretiert. Ein Sterbewunsch ist jedoch vor allem Ausdruck einer dramatischen Überforderung des Patienten, der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er/sie sich befindet. Sterbewünsche können damit auch einen Hilferuf darstellen. Die Patienten bringen ihre momentane Überforderung zum Ausdruck, der Sterbewunsch soll deutlich machen, dass die Situation ihre Bewältigungsstrategien übersteigt.

Die Äußerung eines Sterbewunsches kann auch als ein Appell an das betreuende Team zur Linderung des Leidens zu verstehen sein.

Zugleich könnte die Mitteilung eines Sterbewunsches aber auch ein Signal dafür sein, dass der Patient, die Patientin über das Sterben sprechen möchte. Und häufig können Gespräche über den geäußerten Wunsch zu sterben eine gewisse Entlastung bewirken. Schon allein die Möglichkeit, das erlebte Leiden mit einer empathisch zugewandten Person gleichsam teilen zu können, scheint als entlastend erlebt zu werden.

Sterbewünsche sind vielschichtig, oft auch mehrdeutig, und es ist entscheidend, mehr über das diesem Wunsch zugrunde liegende Leid zu erfahren. Und immer stellt die Mitteilung eines Sterbewunsches auch einen Vertrauensbeweis dar. Wenn Patienten und Patientinnen ihren Wunsch zu sterben, den Wunsch, den Sterbeprozess zu forcieren, oder auch den Wunsch nach Suizidassistentz anvertrauen, so geschieht das im Vertrauen auf eine tragfähige Basis. In einem von Vertrauen geprägten Bündnis zwischen den professionell Betreuenden und ihren Patienten und Patientinnen kann die Äußerung eines Sterbewunsches nicht nur Ausdruck der Not der Kranken sein, sondern auch das bestehende Vertrauen in eben dieses Bündnis belegen.

Zugleich beinhalten Gespräche, die sich im Zusammenhang mit einem Sterbewunsch ergeben, nicht nur die Chance, mehr darüber zu

erfahren, was hinter diesem Wunsch steht – sie beinhalten auch die Möglichkeit, diese Vertrauensbasis zu stärken. Und das brauchen Menschen in dieser verletzlichen Situation besonders: Vertrauen zu können und die Sicherheit einer verlässlichen, kompetenten und auch mitfühlenden Betreuung. Und sie brauchen Betreuende, die ihr Leid, ihre Klage und ihre Verzweiflung aushalten können und die fähig sind, einen Sterbewunsch nicht als narzisstische Kränkung zu betrachten.

---

## 1.1 Prävalenz von Sterbewünschen

Die Prävalenz von Sterbewünschen lässt sich aufgrund der in den verschiedenen Studien verwendeten unterschiedlichen Begriffe wie Todeswunsch, „wish to hasten death“ und Suizidwunsch nicht genau festlegen. Die angegebenen Zahlen variieren von 8 bis 22 % (Wilson et al. 2016) bis hin zu 44,5 % (Chochinov et al. 1995). Die Erfahrungen in der Praxis lassen jedoch ein häufigeres Auftreten von Sterbewünschen vermuten, vor allem wenn dabei auch metaphorisch geäußerte Sterbewünsche berücksichtigt werden. So berichten Pflegepersonen, dass die Konfrontation mit Sterbewünschen der Patienten und Patientinnen nahezu eine Alltagserfahrung in ihrer Praxis ist.

---

## 1.2 Mögliche Hintergründe von Sterbewünschen

Anders als in älteren Studien beschrieben, wird heute davon ausgegangen, dass ein geäußertes Sterbewunsch nicht grundsätzlich mit Suizidalität gleichzusetzen ist. Diese Wünsche sind auch nur selten mit konkreten Vorstellungen wie etwa einer Beihilfe zum Suizid verbunden. Auch die Theorie, dass jedem Sterbewunsch eine manifeste und behandlungsbedürftige Depression zugrunde liegt, ist inzwischen widerlegt. Trotzdem darf nicht übersehen werden, dass Demoralisation und depressive Syndrome bei Menschen mit terminalen Erkrankungen relativ häufig sind.

Neuere Untersuchungen bestätigen die multifaktorielle Ätiologie von Sterbewünschen. Die Ergebnisse legen nahe, dass psychosoziale, existenzielle und spirituelle Faktoren und religiöse Überzeugungen dabei eine wesentliche Rolle spielen. Die Wahrnehmung, eine Last für andere darzustellen, scheint, zumindest im westlichen Kulturkreis, besonders maßgeblich zu sein.

Bereits 2007 schrieb Chochinov, dass das Gefühl, eine Last für andere zu sein, dazu führen kann, dass das Leben keinen Wert mehr hat. Vor allem, wenn die individuelle Autonomie einen besonders hohen Stellenwert hat, kann der Verlust der Unabhängigkeit als unvereinbar mit dem Leben selbst angesehen werden (Chochinov et al. 2007). Von der Fürsorge anderer abhängig zu sein, sie möglicherweise auch zu belasten und sich nicht mehr als „nützlich“ zu erweisen, beeinträchtigt das Selbstwertgefühl nachhaltig.

Die Zusammenhänge von Sterbewunsch, Hoffnungslosigkeit sowie Depression und Demoralisation sind bereits gut untersucht. Auch wenn längst nicht jedem Sterbewunsch eine Depression zugrunde liegt, wie früher angenommen wurde, so gilt das Vorhandensein einer Depression doch als wesentlicher Einflussfaktor für die Entstehung eines Sterbewunsches. Darüber hinaus erweisen sich Depressionen auch als stärkster Risikofaktor für eine hohe körperliche Symptomlast. Im Umkehrschluss zeigt sich aber auch, dass eine Verringerung der körperlichen Symptomlast, beispielsweise durch eine adäquate Schmerztherapie, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessern kann und so möglicherweise auch eine Depression verringert (Kremeike et al. 2019). Weitere Faktoren, die das Entstehen eines Sterbewunsches begünstigen, sind geringe soziale bzw. unsichere Bindungen, ein hohes Maß an Angst, der Verlust von Selbstwirksamkeit und das Empfinden eines globalen Kontrollverlustes.

Hinter einem Sterbewunsch kann aber auch die Angst vor Würdeverlust und die Erfahrung von Scham, Ohnmacht und Entwürdigung stehen. Weitere Gründe für einen Sterbewunsch können psychische Erschöpfung, spirituelle Nöte und existenzielle Verzweiflung sein. Wenn schwerkranke Menschen derart umfassenden

Leiderfahrungen ausgesetzt sind, kann das alle bisher tragenden Strukturen zusammenbrechen lassen, es ist gleichsam ein emotionaler Zusammenbruch, eine Erfahrung von tiefer Einsamkeit und Machtlosigkeit. Hinzu kommt, dass diese Leidenssituationen häufig auch zu einer Verstärkung bestehender Symptome führen. Damit kann ein unheilvoller Kreislauf in Gang gesetzt werden: Das Leid verstärkt die bestehende Symptombelastung, und die Symptome ihrerseits verstärken wiederum das Leid-Erleben. Daher sind Sterbewünsche bei hoher Symptombelastung wahrscheinlicher, wenn allerdings eine Linderung des belastenden Symptoms erreicht werden kann, reduziert sich der Sterbewunsch meist auch rasch wieder. Damit besteht eine hohe Verpflichtung zu umfassender palliativer Versorgung. Und es ist oft beeindruckend, wie rasch sich die emotionale Situation der Patienten stabilisiert, sobald z. B. der Schmerz oder die Atemnot zufriedenstellend gelindert wird.

Wie aber nahezu alle der aktuellen Forschungen zeigen, haben psychosoziale und spirituelle Faktoren in der Entwicklung eines Sterbewunsches eine weit größere Bedeutung als körperliche Symptome. Phasen existenzieller Verzweiflung führen sehr oft zu Sterbewünschen. Existenziell leidende Menschen verlieren jeglichen Halt, sie machen die Erfahrung eines Absturzes ins Bodenlose, abgrundtiefer Trauer und Hoffnungslosigkeit. Sämtliche bisherige Bewältigungsmechanismen und alle bisherigen Sinnkonzepte können versagen. Damit kann sich, vor allem am Lebensende, eine tief greifende psychisch-emotionale Erschöpfung als existenzielle Krise manifestieren. Dabei kann „Krise“ als ein eher passageres Leiden verstanden werden, und wie die Praxis zeigt, gelingt es den meisten Menschen auch, diese Krise wieder zu überwinden.

Phasen tiefer existenzieller Verzweiflung am Lebensende sind aber auch ein Prozess des Verarbeitens des bisherigen Lebens und des Sterben-Müssens, wie Patzlsperger (2011) schreibt. Verzweifelt sein, über die Einsamkeit, über den Schmerz des Abschiedes, über den Verfall des eigenen Körpers, Verzweifeln an den Umständen

– und oft sind diese Umstände so, dass es fast pathologisch wäre, würde der Patient, die Patientin *nicht* trauern, *nicht* verzweifeln, *nicht* leiden.

Damit sollte ein Sterbewunsch auch weniger als Pathologie betrachtet werden, sondern vielmehr als gesunde Reaktion auf eine extreme Belastung. Ein Sterbewunsch ist daher auch Ausdruck sehr persönlicher Befürchtungen in der Konfrontation mit dem eigenen Tod und oft auch bereits Teil des Bewältigungsprozesses (Ohnsorge et al. 2019).

Sterbewünsche können aber auch Ausdruck einer tief empfundenen Lebensmüdigkeit sein. Vor allem bei alten und hochaltrigen Menschen, die oft schon fast alle Freunde und Bekannten verloren haben, manchmal auch schon ihre Kinder, kann der Wunsch nach einem baldigen Tod nachvollziehbar erscheinen. Auch wenn diese Patienten nicht primär an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden, so führt die Perspektive auf weitere Verluste, zunehmende Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einem erlebten Sinnverlust oft zu einer umfassenden Lebensmüdigkeit.

---

## 1.3 Formen von Sterbewünschen

In Anlehnung an das Modell von Nissim et al. (2009) können grundsätzlich drei Kategorien von Sterbewünschen unterschieden werden:

- Hypothetischer Ausstiegsplan → wird selten kommuniziert
- Ausdruck tiefer Verzweiflung → meist ein vorübergehendes Phänomen
- Ausdruck der Bewältigung und Manifestation des Abschiedes

### 1.3.1 Sterbewunsch als Notausgang und Ausstiegsplan

Die zahlreichen Verluste, die schwerkranke Menschen erfahren, führen fast immer zu einer enormen emotionalen Belastung. Dann kann der Wunsch zu sterben einerseits einen Hilferuf

der Kranken darstellen, zugleich kann die Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch und vielleicht auch mit Überlegungen, wie das Sterben beschleunigt werden könnte, auch eine Entlastungsstrategie sein.

Der Sterbewunsch kann aber auch der verzweifelte Versuch sein, dem erlebten Kontrollverlust entgegenzuwirken. Bei schwerer Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und ganz besonders im Sterben versagen sämtliche erlernten Kontrollstrategien, es ist eine Erfahrung von zunehmendem Kontrollverlust. Und mitunter scheint es auch die Intention eines Sterbewunsches zu sein, diesem Kontrollverlust zuvorzukommen. Den Tod herbeizusehnen oder auch dem Leben – zumindest gedanklich – ein Ende zu setzen, um die Kontrolle zu behalten. Der unbedingte Respekt vor dem Recht der Patienten auf Selbstbestimmung ist daher ein ganz zentrales Element palliativer Betreuung und bei Patienten mit Sterbewunsch besonders bedeutsam.

### 1.3.2 Sterbewunsch als Ausdruck der Verzweiflung

Der Wunsch zu sterben repräsentiert immer auch den Zusammenbruch der Fähigkeit, mit den Herausforderungen durch die Erkrankung umzugehen. Und Menschen in terminalen Krankheits-situationen erleben häufig intensive und unterschiedlich lange anhaltende Phasen von existenzieller Verzweiflung. Der Wunsch zu sterben ist dann eine Antwort auf das physische, psychische und spirituelle Leiden der betroffenen Person. Er macht die momentane, enorme Überforderung des Kranken deutlich. Die Mitteilung eines Sterbewunsches ist ein Signal, dass der Patient, die Patientin, so nicht mehr leben will oder auch nicht mehr leben kann. Damit kann der Wunsch zu sterben auch als eine geradezu gesunde Reaktion auf eine multidimensionale Leiderfahrung verstanden werden und weniger als bilanzierende Entscheidung. Erfahren die Menschen in dieser Situation entsprechende Unterstützung und Solidarität, ist häufig zu beobachten, wie sich dieses Leid im Sinne einer Bewältigung wandeln kann.

### 1.3.3 Sterbewunsch als Ausdruck der Bewältigung

Der Wunsch zu sterben und auch Suizidgedanken sind in palliativen Situationen nichts Ungewöhnliches, und sie können, vor allem in terminalen Erkrankungsstadien, auch eine Form der Entlastung darstellen. Ein Sterbewunsch kann also eine geradezu gesunde Reaktion auf die erlebte existenzielle Not sein, und er könnte auch einen Teil der Bewältigung dieser Not darstellen.

Sterbewünsche sind als dynamische und auch komplexe Konstrukte zu verstehen, deren Bedeutung und Gewichtung sich immer wieder verändern können (Ohnsorge et al. 2014a). Diese Dynamik könnte auch den inneren Prozess der Patienten und Patientinnen widerspiegeln. So kann es durchaus sein, dass die Patientin in der Früh sterben möchte, je eher, desto besser. Mittags zwingt sie sich zum Essen, „damit es wieder aufwärts geht“, wie sie sagt, und nachts appelliert sie an die Nachtschwester, ihr doch „etwas zu geben, damit es endlich vorbei ist“.

Sterbewunsch und Lebenswillen sind nicht zwei Enden eines Kontinuums, sondern unterschiedliche und voneinander unabhängige Phänomene. Ein Sterbewunsch kann also parallel zu einem intensiven Wunsch zu leben bestehen. Während gelegentliche, situativ getriggerte Wünsche, der Tod möge schneller kommen, recht häufig sind, sind anhaltende Sterbewünsche deutlich seltener. Je nach Studie haben zwischen 8,5 und 17,2 % der Patient\*innen in palliativen Betreuungssituationen einen anhaltenden Sterbewunsch (Wilson et al. 2016). Diese persistierenden Sterbewünsche können mehrfach, wiederholt und sehr appellhaft geäußert werden und damit auch einen hohen Handlungsdruck bei den Betreuenden auslösen.

Sterbewünsche entwickeln sich aber meist in Stufen. Das kann zunächst die fast beiläufige Aussage sein, dass der Patient, die Patientin hofft, „einfach einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen“. Es kann aber auch eine metaphorische Äußerung sein, wie etwa: „Einen Hund

würde man nicht so leiden lassen“, oder „Man sollte in die Schweiz fahren können“, oder auch „Ich glaube, der Herrgott hat mich vergessen.“

Und je nachdem, wie die ersten Adressaten auf einen derartigen, gleichsam verpackten Sterbewunsch reagieren, kann sich die Dringlichkeit dieses Wunsches wieder reduzieren, sie kann sich aber auch zu einer ganz konkreten, expliziten Bitte hin entwickeln: „Helfen Sie mir, geben Sie mir etwas, damit das ein Ende hat.“ Die Mitteilung eines Sterbewunsches muss daher immer als „moment of maximal attention“ gelten, denn es ist entscheidend, wie diesem Wunsch begegnet wird.

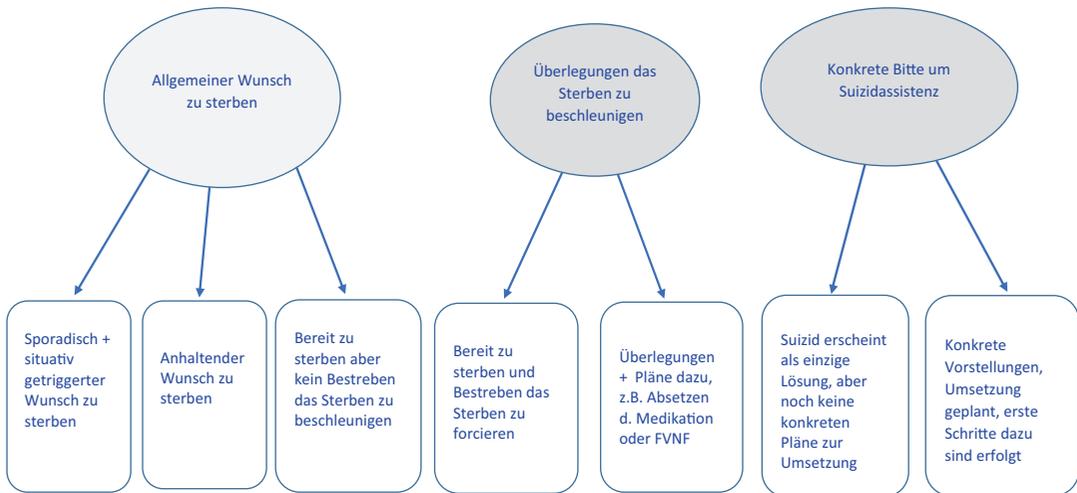
---

## 1.4 Unterscheidungen

Es ist zwischen einem vorübergehenden und situativ ausgelösten Wunsch zu sterben und einem dauerhaften, anhaltenden Sterbewunsch zu unterscheiden. Weiters ist eine Unterscheidung zu treffen zwischen einem Sterbewunsch mit und ohne Überlegungen, den Sterbeprozess zu beschleunigen. In der Praxis zeigt sich, dass die meisten der geäußerten Sterbewünsche nicht mit dem Wunsch nach einer Beschleunigung des Sterbeprozesses verbunden sind.

Tracy Schroepfer entwickelte dazu ein differenzierteres Modell, in dem sie sechs „mind frames“ zur Einstellung von älteren Menschen zum Sterben beschrieb. Diese Haltungen reichen von weder bereit zu sein noch das Sterben zu akzeptieren bis hin zu einem In-Betracht-Ziehen von beschleunigtem Sterben mit einem konkreten Plan (Schroepfer 2006, S. 31). Auch Montforte-Royo stellen fest, dass bei den Sterbewünschen zu unterscheiden ist. Es kann sich dabei um einen allgemeinen Sterbewunsch handeln, um die konkrete Absicht das eigene Sterben zu beschleunigen oder auch um einen formellen Antrag auf Suizidassistentz. (Abb. 1.1).

Unabhängig davon, ob die Mitteilung eines Sterbewunsches bereits mit konkreten Überlegungen zu einer Beschleunigung des Sterbeprozesses verbunden ist, ist es bedeutsam, wie diesem Wunsch begegnet wird. Mitunter erschließt



**Abb. 1.1** Sterbewünsche und der Wunsch nach assistiertem Suizid (FVNF=freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) (modifiziert nach Schroeffer 2006)

sich erst durch genaues Hinhören und Nachfragen, welche individuellen Nöte und Ängste dem Sterbewunsch zugrunde liegen und wie für Entlastung gesorgt werden könnte. Findet ein zunächst spontan geäußertes Sterbewunsch jedoch nicht entsprechend Gehör oder wird er als Aufforderung zur Beihilfe beim Suizid fehlinterpretiert und reflexartig abgelehnt, kann die Intensität dieses Wunsches zunehmen. Der ursprünglich situativ ausgelöste Sterbewunsch kann sich dann weiterentwickeln, nicht nur hin zu einem anhaltenden und zunehmend appellhaft geäußerten Wunsch zu sterben, sondern auch zu konkreten Bestrebungen, das Sterben zu beschleunigen.

Aber nicht alle Sterbewünsche sind mit der Intention eines vorzeitigen Todes verbunden. Die Mitteilung eines Sterbewunsches kann auch eine andere Bedeutung bzw. Funktion haben. Die Auseinandersetzung mit dem Wunsch zu sterben oder auch mit einer möglichen Beschleunigung des Sterbens kann bei einigen Patienten auch als ein Bemühen um die Aufrechterhaltung der Kontrolle betrachtet werden. Der Tod kann dann weniger eine Lösung, sondern vielmehr den einzigen Fluchtweg aus dem Leiden darstellen (Monforte-Royo et al. 2012). Es kann bereits Trost spenden, das Ende eines Leidensweges zu imaginieren und sich als innere Hintertür die Möglichkeit offenzuhalten,

sein Sterben zu beschleunigen. Der Tod verspricht, einen Mangelzustand zu beenden und das beängstigende Fortschreiten einer Krankheit vorzeitig zu unterbinden, wie Nina Streeck schreibt (Streeck in Hilpert und Sautermeister 2015).

Die Mitteilung eines Sterbewunsches kann aber auch als Manifestation dessen betrachtet werden, dass der Patient bzw. die Patientin nun bereit zum Sterben ist. Sie ist als Ausdruck des Rückzuges aus dem Leben und der Ausrichtung auf den Tod und damit auch als eine unvermeidliche psychobiologische Reaktion auf den bevorstehenden Tod zu sehen.

## 1.5 Umgang mit Sterbewünschen

Äußern Patienten und Patientinnen einen Sterbewunsch, so muss dies gleichsam als Rote-Flaggen-Situation wahrgenommen werden. Es ist eine Situation, die absolute Priorität, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit sowie hohe professionelle und kommunikative Kompetenz erfordert. In diesen Situationen darf nicht bagatellisiert werden, auch darf nicht vorschnell und ausschließlich nach Lösungen gesucht werden. Für die Patienten und Patientinnen kann es sehr bedeutsam sein, ihre Gefühle in Worte fassen zu können,

und es ist wichtig, dem geäußerten Sterbewunsch wertfrei und respektvoll zu begegnen.

Pflegende, oft die ersten Adressaten eines Sterbewunsches, haben damit eine besondere Verantwortung. Werden sie mit einem derartigen Wunsch konfrontiert, so ist zunächst zu klären, ob der geäußerte Wunsch des Kranken richtig verstanden wurde. Da die Äußerung eines Sterbewunsches meist mehrdeutig ist, gilt es, Näheres über das momentane Leid zu erfahren, um zu erkennen, welche Form der Unterstützung erforderlich ist.

- „Was ist es, das Sie so verzweifeln lässt, was halten Sie nicht mehr aus?“
- „Was belastet Sie am meisten?“
- „Warum ist dieser Wunsch gerade jetzt so deutlich?“

Weiters ist es wichtig, zu verstehen, ob es bei einem geäußerten Sterbewunsch vor allem darum geht, die aktuelle Not sichtbar zu machen, oder ob dieser Wunsch auch in Verbindung mit Überlegungen steht, das Sterben zu beschleunigen. Unabhängig davon, was dem Sterbewunsch zugrunde liegt und wie konkret die Vorstellungen zu einer Beschleunigung des Sterbens sind, ist in jedem Fall die multi-professionelle Kompetenz des Teams gefordert. Gemeinsam muss überprüft werden, ob alle Möglichkeiten zur Linderung des Leidens ausgeschöpft wurden. Neben einer umfassenden Symptomkontrolle, psychosozialem Beistand und spiritueller Unterstützung bedürfen die Patienten vor allem intensiver Zuwendung. Die therapeutische Kraft menschlicher Zuwendung wird durch neurobiologische Forschungen bestätigt. Das Erleben von Zuwendung, mitfühlender und emotionaler Resonanz löst im Organismus eine physiologische Beruhigungsreaktion aus: Oxytocin wird freigesetzt. Es wirkt hemmend auf die erregten emotionsbezogenen Gehirngebiete, vor allem auf die Amygdala, das Stresshormon Cortisol wird deaktiviert, und die Angst- und Stressreaktionen klingen ab (East und Moberg 2014). Ein zunächst situativ ausgelöster Sterbewunsch kann sich wieder verändern, wenn es gelingt, die Belastung für den Patienten, für die

Patientin zu reduzieren. Und in der Praxis zeigt sich, dass bereits die Mitteilung dieses Wunsches und eine mitfühlende, empathische Reaktion der Betreuenden eine gewisse Entlastung für die leidenden Menschen darstellen kann.

Um die Komplexität des Phänomens des Sterbewunsches gänzlich erfassen zu können, müssen auch das konkrete Erleben der eigenen Endlichkeit eines Patienten und das Gefühl der ablaufenden Zeit beachtet werden. Dies zeigt die Bandbreite des Phänomens und ihrer Ursachen. Um der Komplexität und Mehrdimensionalität des Phänomens vollständig gerecht zu werden, ist es wichtig, das Leid eines Patienten als übergeordneten Nenner für die Gründe, Bedeutungen und Funktionen von Sterbewünschen und das konkrete Erleben der eigenen Endlichkeit zu sehen (Rodríguez-Prat et al. 2017).

Es bedarf eines abgestuften Verständnisses von Sterbewünschen, denn würden Betreuende die Äußerung eines Sterbewunsches nur wörtlich verstehen, dann wäre dieses Verständnis in vielen Fällen verfehlt, möglicherweise dahinter liegende Motive blieben unentdeckt, und in der Folge würde eine adäquate leidlindernde Behandlung nicht erfolgen können. Das Bewusstsein darüber, dass ein Sterbewunsch auch einen anderen Sinngehalt haben kann als die wörtliche Bedeutung der Äußerung, ist wichtige Voraussetzung für eine adäquate Behandlung (Kreimeke et al. 2020).

---

## Literatur

- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, Bellido-Perez M, Breitbart W, Centeno C, Cuervo MA, Delliens L, Frerich G, Gastmans C, Lichtenfeld S, Limonero JT, Maier MA, Materstvedt LJ, Nabal M, Rodin G, Voltz R (2016) An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS ONE* 11(1):e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M (2007) Burden to others and the terminally ill. *J Pain Symptom Manage* 34(5):463–471. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.12.012>
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ (1995) Desire for death

- in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152(8):1185–1191. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
- East M, Moberg, KU (2014). The oxytocin factor – tapping the hormone of calm, love and healing. *British J Midwifery*, 22(12):905–905. <https://doi.org/10.12968/bjom.2014.22.12.905>
- Hilpert K, Sautermeister J (Hrsg) (2015). *Selbstbestimmung, auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*. Herder, Freiburg. ISBN 978-3-451-34287-5
- Kremeike K, Boström K, Dojan T, Romotzky V, Fre- rich G, Galushko M, & Voltz R (2020) Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Ent- wickeln und Konsentieren eines teil-strukturier- ten Leitfadens [257]. s-0040–1714995. <https://doi.org/10.1055/s-0040-714995>
- Kremeike K, Perrar KM, Lindner R, Bostroem K, Montag T, Voltz R (2019) Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungs- empfehlungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 20(6):323–335. <https://doi.org/10.1055/a-0733-2062>
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás- Sábado J, Balaguer A (2011) The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psychooncology* 20(8):795–804. <https://doi.org/10.1002/pon.1839>
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás- Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A (2012) What lies behind the wish to hasten death? a system- atic review and meta-ethnography from the perspec- tive of patients. *PLoS ONE* 7(5):e37117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>
- Nissim R, Gagliese L, Rodin G (2009) The desire for hastened death in individuals with advanced can- cer: a longitudinal qualitative study. *Soc Sci Med* 69(2):165–171. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2009.04.021>
- Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014) In- tentions in wishes to die: analysis and a typology – a report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care: the intentions in wishes to die. *Psychooncology* 23(9):1021–1026. <https://doi.org/10.1002/pon.3524>
- Ohnsorge K, Gudat H, & Rehmann-Sutter C (2014b) What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualita- tive case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-84X-13-8>
- Ohnsorge K, Rehmann-Sutter C, Streeck N, Gudat H (2019) Wishes to die at the end of life and subjective ex- perience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. *PLOS ONE* 14(1):e0210784. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784>
- Maria P (2011). *Existenzielle Verzweiflung*. Masterthesis an der IFF, Alpen Adria Universität, unveröffentlicht
- Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte- Royo C (2017) Understanding patients’ experiences of the wish to hasten death: an updated and expan- ded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 7(9):e016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>
- Schroepfer TA (2006) Mind frames towards dying and factors motivating their adoption by terminally ill el- ders. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 61(3):S129–139. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.3.s129>
- Wilson KG, Dagleish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O’Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL (2016) Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care* 6(2):170–177. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000604>



# Das Sterbeverfügungsgesetz: Der Ministerialentwurf

# 2

Karl Weber

## 2.1 Vorbemerkung

Gegenstand dieses Kapitels ist der am 23.10.2021 präsentierte und zur Begutachtung ausgesandte Ministerialentwurf für ein „Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz –StVfG)“. Die Begutachtungsfrist endete am 13.11.2021, war also extrem knapp bemessen. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass eine solide inhaltliche und umfassende Auseinandersetzung mit den verschiedensten am Thema beteiligten Organisationen der Zivilgesellschaft und den Vertretern der betroffenen Institutionen nicht vorgesehen war, dass vielmehr der Entwurf als Kompromiss der Regierungsparteien in der vorliegenden Form als Regierungsvorlage beschlossen und so in den Nationalrat eingebracht werden soll. Auch bei der formellen Gesetzwerdung im Parlament sind keinen größeren Änderungen zu erwarten. Selbstverständlich ist der Inhalt dieses Entwurfs noch kein verbindliches Gesetz, es können bis zur endgültigen Beschlussfassung im Parlament durchaus noch Änderungen oder Ergänzungen dazukommen, wengleich wirklich relevante Neuerungen aus heutiger Sicht (4.11.2021) wenig wahrscheinlich sind.

---

K. Weber (✉)  
Innsbruck, Österreich  
E-Mail: [karl.weber@uibk.ac.at](mailto:karl.weber@uibk.ac.at)

## 2.2 Der Anlass: Aufhebung des Verbots der Suizidassistenz durch den VfGH

Neben der Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) war (bis 1.1.2022) die Mitwirkung an einem Selbstmord – der selber nicht strafbar ist – unter Strafe gestellt und mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu ahnden. Strafbar machte sich, „wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet“. Während der Verfassungsgerichtshof (VfGH) keinen Zweifel daran ließ, dass er gegen den Tatbestand des Verleitens zur Selbsttötung keine verfassungsrechtlichen Bedenken hegte, hob er die Wortfolge „oder ihm dazu Hilfe leistet“ in § 78 StGB als verfassungswidrig auf (VfGH 11.12.2020, G139/2019). Die Beschwerde gegen die Bestimmung des § 77 StGB wies er aus formalen Gründen zurück, ohne sich dazu inhaltlich zu äußern.

Der VfGH hatte noch im Jahre 2016 keinen Zweifel an der Verfassungskonformität jeglichen Verbots der Hilfeleistung beim Suizid gehegt (VfSlg 20,057/2016). Nach der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) obliege es den Vertragsstaaten, Regelungen über die Zulässigkeit bzw. Unzulässigkeit assistierter Sterbehilfe zu erlassen, wobei auch ein absolutes Verbot nicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) verstoßen würde. Daher sah der VfGH das ab-

solute Assistenzverbot noch im Rahmen des rechtspolitischen Gestaltungsspielraums gelegen. Freilich übersah der VfGH schon damals die Judikatur des EGMR, wonach die Verweigerung des vom Suizidwilligen geäußerten Wunsches, ein in seinen Augen zutiefst unwürdiges und qualvolles Leben unter Mitwirkung eines Dritten zu beenden, einen Eingriff in das Recht auf Achtung des Privatlebens (Art 8 EMRK) bedeutet, sofern dieser Wunsch auf einer freien und unbeeinflussten Willensbildung beruht (EGMR 29.4.2002, Appl. 2346/02 – Fall Pretty; 20.1.2011, Appl. 31.322/07 – Haas gg. Schweiz). Allerdings hielt der EGMR fest, dass auch Art. 2 EMRK (Recht auf Leben) insoweit beachtlich ist, als der Staat verpflichtet ist, vulnerable Personen vor Handlungen zu schützen, die das eigene Leben gefährden, wenn die diesbezügliche Entscheidung weder frei noch in voller Kenntnis der Umstände und Folgen getroffen wird.

Im Dezember 2020 nahm die Judikatur des VfGH von 2016 eine beinahe radikale Kehrtwendung: Aus mehreren Verfassungsbestimmungen, insbesondere aus dem Recht auf Privatleben (Art. 8 EMRK), dem Recht auf Leben (Art. 2 EMRK) und dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 7 B-VG und Art. 2 StGG) entwickelte der VfGH ein neues und umfassendes **Recht auf freie Selbstbestimmung**, das nicht nur ein Recht auf die individuelle Gestaltung des Lebens, sondern auch „das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben“, also das Recht, selber zu bestimmen, ob und aus welchen Gründen jemand sein Leben würdevoll beenden will, umfasst. Nun ist zwar die Selbsttötung als solche straffrei, die Selbsttötung mithilfe eines Dritten ist aber ausnahmslos verboten. Der VfGH erblickte darin einen besonders intensiven Eingriff in das Recht des Einzelnen. Diese Bestimmung kann nämlich den Einzelnen unter Umständen „zu einer menschenunwürdigen Form der Selbsttötung veranlassen, wenn er sich kraft freien Entschlusses in einer Situation befindet, die für ihn ein selbstbestimmtes Leben in persönlicher Integrität und Identität und damit in Würde nicht mehr gewährleistet. Lässt die Rechtsordnung zu, dass ein Betroffener sein

Leben mithilfe eines Dritten in Würde nach seiner freien Selbstbestimmung zu dem von ihm gewählten Zeitpunkt beenden kann, kann dies dazu führen, dass dadurch dem Betroffenen ein längeres Leben ermöglicht wird und er sich nicht gezwungen sieht, sein Leben vorzeitig in einer menschenunwürdigen Form zu beenden. Der Betroffene kann also dadurch Lebenszeit gewinnen, weil er die Selbsttötung auch erst zu einem späteren Zeitpunkt mithilfe eines Dritten vornehmen kann. Indem § 78 zweiter Tatbestand StGB die Hilfe eines Dritten beim Suizid ausnahmslos verbietet, verwehrt er im Ergebnis dem Einzelnen, über Sterben in Würde selbst zu bestimmen“ (so der VfGH wörtlich).

Der VfGH misst dem Willen der Patienten im Rahmen der ärztlichen Heilbehandlung generell große Bedeutung zu. Anhand einer Reihe von medizinrechtlichen Vorschriften zeigte er auf, dass es ohne Einwilligung der Patienten und im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit von deren Angehörigen keine zulässige ärztliche Tätigkeit gibt, was letztlich die Zulässigkeit der passiven Sterbehilfe zur Folge hat. Dabei kommt auch der Patientenverfügung Bedeutung zu, worin der Einsatz lebensrettender und lebensverlängernder Maßnahmen verbindlich ausgeschlossen werden kann. Der VfGH erschließt aus diesen gesetzlichen Bestimmungen die *Handlungshoheit des Patienten*, von der die passive Sterbehilfe einen Anwendungsfall darstellt. Diese Handlungshoheit ist Teil des verfassungsgesetzlich gewährleisteten Rechts auf freie Selbstbestimmung. Wenn nun der Patient (durch Nichteinwilligung oder durch Widerruf der Einwilligung) entscheiden kann, ob sein Leben durch eine medizinische Behandlung gerettet oder verlängert wird oder nicht, und es auch gerechtfertigt ist, dass es bei Sterbenden unter gewissen Voraussetzungen zulässig ist, das vorzeitige Ableben eines Patienten im Rahmen einer medizinischen Behandlung in Kauf zu nehmen, ist es nach Auffassung des VfGH nicht gerechtfertigt, dem Sterbenden die Hilfe durch einen Dritten in welcher Art und Form auch immer im Zusammenhang mit der Selbsttötung zu verbieten und derart das Recht auf Selbstbestimmung ausnahmslos zu verneinen.

In der Folge verweist der VfGH auf die Einflüsse vielfältiger sozialer und ökonomischer Umstände auf die freie Selbstbestimmung. Daher postuliert der Gerichtshof die Notwendigkeit der Schaffung von Maßnahmen (Sicherungsinstrumenten) durch den Gesetzgeber zur Verhinderung von Missbrauch, damit die betroffene Person ihre Entscheidung zur Selbsttötung nicht unter dem Einfluss Dritter fasst. Der VfGH räumt zwar ein, dass die Feststellung des freien Willens beim Entschluss über die Selbsttötung nicht immer einfach sein mag, dies rechtfertigt aber nicht ein absolutes Verbot jeglicher Hilfeleistung zur Selbsttötung welcher Art und Form auch immer.

Der VfGH verlangt vom Gesetzgeber nicht nur den Respekt des freien Rechts auf Selbstbestimmung des eigenen Todes mit oder ohne Assistenz Dritter, er postuliert auch die Notwendigkeit, durch gesetzgeberische und sonstige staatliche Maßnahmen den realen gesellschaftlichen Verhältnissen, die nicht oder nicht ausschließlich in der Sphäre bzw. in der Disposition des Suizidwilligen liegen, entgegenzuwirken. Als solche werden die Familienverhältnisse, die Einkommens- und Vermögensverhältnisse, die Pflegebedingungen, die Hilfsbedürftigkeit, der eingeschränkte Aktivitätsspielraum, der real zu erwartende Sterbeprozess sowie sonstige Umstände und erwartbare Konsequenzen genannt. Dazu fordert der VfGH vor allem die *Schaffung des Zugangs aller Betroffenen zu palliativmedizinischer Versorgung*. Dies ändere aber nichts an der prinzipiellen Selbstbestimmung des Patienten, sein Leben auch durch einen Suizid zu beenden.

Das Erkenntnis des VfGH löste erwartungsgemäß vielfältige Reaktionen aus, die von freudiger Zustimmung bis zur totalen Ablehnung reichten. Auch in der Rechtswissenschaft wurde die Judikatur sehr kritisch beurteilt, wobei insbesondere die Schaffung des „neuen“ Grundrechts „Recht auf freie Selbstbestimmung“ und der Begründungsstil kritisch hinterfragt wurden (Burda 2021; Gamper 2021; Kopetzki 2021; Khakzadeh 2021; Kneihs 2021; Pöschl

2021; Schmoller 2021). Der Gesetzgeber setzte sich offensichtlich kaum mit dieser Kritik auseinander. Er musste dieses Erkenntnis legislativ umzusetzen – und zwar rasch. Der VfGH hat als Termin für das Inkrafttreten der Aufhebung den 1.1.2022 festgesetzt. Ab dann wäre *jede* Beihilfe zum Suizid straffrei, wenn nicht vorher eine gesetzliche Regelung in Kraft tritt, die den freien Willen und die Verhinderung von Missbräuchen absichert. Mit dem vorliegenden Ministerialentwurf soll versucht werden, den Vorgaben des VfGH gerecht zu werden.

---

## 2.3 Der Entwurf des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG)

### 2.3.1 Allgemeines

Der Entwurf beschränkt sich auf die Regulierung der Suizidassistenz. Diese soll sich am Modell der Patientenverfügung orientieren (PatVG, BGBl I 2006/55 idF BGBl I 2019/12). Eine Hilfeleistung zur Selbsttötung setzt somit die Errichtung einer Sterbeverfügung durch die zur Selbsttötung entschlossene Person voraus. In dieser können eine oder mehrere Hilfe leistende Personen angegeben werden. Der Entwurf regelt detailliert das Prozedere der Errichtung einer Sterbeverfügung und deren Widerruf, deren Dokumentation, das für die Selbsttötung vorgesehene Präparat, ein Werbeverbot und das Verbot der Erlangung wirtschaftlicher Vorteile durch die Assistenzleistungen. Breiten Raum nehmen die Aufklärung über die Modalitäten der (assistierten) Selbsttötung und die möglichen Behandlungs- und Handlungsalternativen (Hospizversorgung, palliative Maßnahmen) und die Formalien der Errichtung ein. Da § 78 Abs. 2, 2. Tatbestand ab 1.1.2022 außer Kraft tritt, wurde ein neuer Straftatbestand „Mithilfe an der Selbsttötung“ geschaffen, der für Suizidassistenzen außerhalb des Rahmens des StVfG dieselbe Strafe androht wie der frühere § 78 StGB.

### 2.3.2 Die Adressaten des StvFG

Voraussetzung für die Zulässigkeit eines assistierten Suizids ist die Errichtung einer Sterbeverfügung durch die sterbewillige Person. Diese muss ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben oder die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen. Diese Regelung soll verhindern, dass die Einreise nach Österreich von Personen mit fremder Staatsangehörigkeit nur aus dem Grund der Inanspruchnahme der Regelungen über den assistierten Suizid erfolgt (so die Erläuternden Bemerkungen zum Ministerialentwurf – EB150/ME 27. GP, 7).

Die zur Suizidassistenz Befugten unterliegen keinem Wohnsitz- oder Aufenthaltsvorbehalt. Die Hilfe leistende Person muss lediglich volljährig und entscheidungsfähig sein. Die Entscheidungsfähigkeit ist in § 24 Abs. 2 ABGB definiert. Danach ist eine Person entscheidungsfähig, wenn sie die Bedeutung und die Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, ihren Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet. Der Entwurf verlangt aber in allen Fällen die Volljährigkeit.

Die beim Suizid unterstützenden Personen dürfen nur *Hilfe leisten*. Die lebensbeendende Maßnahme muss der Sterbewillige selbst setzen. Sonst liegt keine Hilfeleistung, sondern eine Fremdtötung vor, die nach wie vor strafbar ist. Die sterbewillige Person muss die Herrschaft über den lebensbeendenden Verlauf bis zum Ende behalten (EB150ME 27. GP, 8).

Adressaten sind auch die zur Aufklärung befugten ärztlichen Personen. Darunter fallen alle selbstständig berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzte, wobei sich deren Qualifikation nach den österreichischen ärztlichen Bestimmungen bemisst.

### 2.3.3 Die Sterbeverfügung

Nach § 3 Z 1 des Entwurfs ist die „Sterbeverfügung“ eine Willenserklärung, mit der eine sterbewillige Person ihren dauerhaften, freien

und selbstbestimmten Entschluss festhält, ihr Leben zu beenden. Nach § 4 kann eine Sterbeverfügung nur höchstpersönlich errichtet werden.

Im 2. Abschnitt des Entwurfs (§§ 5 ff.) werden die näheren Bestimmungen über Voraussetzungen, Inhalt und Rechtswirkungen der Sterbeverfügung getroffen.

Unabdingbare Voraussetzungen für die Errichtung einer Sterbeverfügung sind:

1. Volljährigkeit und Entscheidungsfähigkeit;
2. eine schwere, den Suizid rechtfertigende Krankheit;
3. die vorher erfolgte Aufklärung.

Vom Zugang zu einer Sterbeverfügung sind Minderjährige, also Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres ausgeschlossen. Da die Sterbeverfügung höchstpersönlich errichtet werden muss, scheiden Vertretungshandlungen durch gesetzliche Vertreter von vorneherein aus.

§ 6 Abs. 2 des Entwurfs verlangt, dass der Entschluss der sterbewilligen Person, ihr Leben zu beenden, *frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischen Zwang und Beeinflussung durch Dritte* erfolgen muss. Die Überprüfung dieser Voraussetzung erfolgt im Rahmen der Aufklärung durch die beteiligten ärztlichen Personen. Dass die Überprüfung des Vorliegens der freien und selbstbestimmten Entscheidung mitunter schwierig sein kann, wird sowohl vom VfGH als auch von den Erläuternden Bemerkungen (EB) eingeräumt. Der Entwurf überträgt den begutachtenden Ärzten diesbezüglich eine große Verantwortung. Wie sich die diesbezügliche Praxis entwickeln wird, ist derzeit nur schwer absehbar.

Nach § 6 Abs. 3 des Entwurfs kann eine Sterbeverfügung nur von einer Person errichtet werden, die an einer unheilbaren zum Tod führenden Krankheit oder an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen, wobei die Krankheit einen für die

betreffende Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.

Die Zulässigkeit der Inanspruchnahme der Suizidassistenten soll auf schwere Krankheits- und Leidensverläufe beschränkt sein. Die Formulierung dieser Voraussetzungen ist ein legistisch höchst schwieriges Unterfangen, da die Formulierung offen, aber zugleich präzise sein muss, um den aufklärenden Ärztinnen und Ärzten klare Beurteilungskriterien über die Zulässigkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung in die Hand zu geben. Der Entwurf vermeidet – zu Recht – eine kasuistische Aufzählung der möglichen Fallgruppen, die eine Suizidassistenten rechtfertigen, bedient sich aber unbestimmter Gesetzesbegriffe, die einer restriktiven Auslegung ebenso zugänglich sind wie einer großzügigeren. Die Auslegung haben die aufklärenden Ärzte eigenverantwortlich vorzunehmen, was zu unterschiedlichen Ergebnissen – abhängig vom individuellen Vorverständnis – führen kann. Beim ersten Fall („unheilbare zum Tod führende Krankheit“) sind nach dem Wortlaut dieser Bestimmung keine nachhaltige Beeinträchtigung der Lebensführung und keine starken Schmerzen oder Qualen Voraussetzung für die Zulässigkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung. Hier soll offensichtlich das Kriterium der Unheilbarkeit der Krankheit mit dem zu erwartenden Todeseintritt ausreichen.

Konkreter ist der zweite Tatbestand, der auf die schwere und dauerhafte Krankheit mit der damit verbundenen dauerhaften Beeinträchtigung der gesamten Lebensführung abstellt. Aber auch diese Bestimmung wirft Interpretationsprobleme auf. So fehlt ein Hinweis auf die mögliche Heilbarkeit und auch auf die Schwere der Symptome.

Die Frage, wie mit unterschiedlichen Ergebnissen der ärztlichen Beurteilung umzugehen ist, bleibt ungeregt. Dies kann zu Beurteilungen unterschiedlicher Strenge bei verschiedenen Ärzteteams führen. Auch fehlt eine Regelung, wie mit unterschiedlichen Beurteilungen der beiden beteiligten Ärzte umzugehen ist. Offensichtlich kommt es in so einem Fall zu keiner positiven Beurteilung. Die Beurteilung der Schwere der Krankheit unterliegt

keinerlei Kontrolle. Wenn die befassten Ärztinnen und Ärzte die Errichtung einer Sterbeverfügung ablehnen, da das diagnostizierte Krankheitsbild nach ihrer Meinung die Kriterien des § 6 Abs. 3 nicht erfüllt oder die Entscheidungsfähigkeit nicht als gegeben angesehen wird, so steht dem Sterbewilligen keinerlei Möglichkeit auf Überprüfung dieser Befundungen zu.

### 2.3.4 Die Aufklärung (§ 7)

Der Errichtung einer Sterbeverfügung hat eine Aufklärung durch zwei ärztliche Personen voranzugehen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, und die unabhängig voneinander bestätigen müssen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen im Sinne des § 6 Abs. 2 freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat.

Dies ist zunächst die entscheidende Beurteilung, von der die Zulässigkeit der Sterbeverfügung abhängt. Der Entwurf schließt die Beiziehung anderer Berufsgruppen, insbesondere von Psychologinnen und Psychologen, Angehörigen von psychotherapeutischen Berufsverbänden u. a. nicht aus. Die eigentliche Aufklärung und Befundungen hat jedoch ausschließlich durch die beiden ärztlichen Personen zu erfolgen. Ergibt sich im Zuge des Gesprächs mit dem Sterbewilligen, dass bei diesem eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, die den Sterbewunsch auslösen könnte, so ist eine fachärztliche Begutachtung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin oder für klinische Psychologie zu veranlassen. Was die palliativmedizinische Qualifikation betrifft, verweisen die EB auf die von der Ärztekammer diesbezüglich erlassenen Spezialisierungsverordnung und das ÖAK-Diplom Palliativmedizin (EB150/ME, 27.GP, 11).

Zusätzlich hat die Aufklärung Informationen über Alternativen zum Suizid zu enthalten: Behandlungs- und Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen; die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder andere

Vorsorgeinstrumente (Vorsorgevollmacht, Vorsorgedialog gem. § 239 Abs. 2 ABGB); Dosierung, Einnahme und Auswirkungen des Präparats (s. Abschn. 2.3.7); Hinweise auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch und suizidpräventive Beratung und allenfalls weitere Beratungsangebote.

Die Aufklärung muss in einer von den Ärzten unterfertigten Niederschrift dokumentiert und vom Sterbewilligen unterschrieben werden. Das Dokument ist ihm dann auszufolgen.

### 2.3.5 Die Errichtung der Sterbeverfügung (§ 8)

Erst nach Ablauf von **12 Wochen** nach der ärztlichen Aufklärung darf die Sterbeverfügung errichtet werden. Ist die unheilbare Krankheit bereits in die terminale Phase eingetreten, so ist die Errichtung bereits 2 Wochen nach der ärztlichen Aufklärung zulässig.

Die Errichtung darf ausschließlich durch einen Notar bzw. einer Notarin oder einen rechtskundigen Mitarbeiter bzw. Mitarbeiterin der Patientenvertretung erfolgen. Der Entwurf ordnet dazu wiederum verschiedene rechtliche Belehrungen und Informationen über Alternativen und die Wirkungen des Präparats an. Die die Sterbeverfügung errichtende Person hat sich im Sterbeversorgungsregister zu erkundigen, ob bereit eine Sterbeverfügung errichtet wurde und ob das Präparat bereits bezogen wurde. Alle Schritte müssen genau dokumentiert werden.

### 2.3.6 Dokumentation und Sterbeverfügungsregister (§ 9)

Die Sterbeverfügung ist dem Sterbewilligen auszufolgen. Diese berechtigt ihn zum Bezug des Präparats (s. Abschn. 2.3.7) und zur Inanspruchnahme von Assistenz zum Suizid, wenn er nicht mehr in der Lage ist, die Selbsttötung ohne fremde Hilfe vorzunehmen.

Eine Abschrift der Sterbeverfügung bleibt bei der die Sterbeverfügung dokumentierenden Per-

son. Diese hat dem Gesundheitsminister genau vorgegebene Daten über den Sterbewilligen und die Sterbeverfügung zu übermitteln.

Die mit der Totenbeschau betrauten Ärztinnen und Ärzte haben Meldungen an das Register zu erstatten, wenn Hinweise vorliegen, dass der Tod in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit der Einnahme des Präparats steht.

Der für Gesundheit zuständige Bundesminister hat ein Sterbeverfügungsregister einzurichten und laufend zu führen. Wer Zugang zu diesem Register hat, geht aus dem Entwurf nicht hervor, jedoch dürfte dieser aufgrund der geltenden strengen datenschutzrechtlichen Vorgaben sehr beschränkt bleiben.

### 2.3.7 Das Präparat (§ 11)

Die Befugnis einer sterbewilligen Person, sich beim Suizid der Hilfe eines Dritten zu bedienen, ist auf nur eine spezifische Form der Tötung beschränkt: die Einnahme einer tödlichen Dosis von *Natrium-Pentobarbital*. Jede Assistenz an einer anderen Form der Selbsttötung ist rechtswidrig und führt zu denselben strafrechtlichen Konsequenzen wie eh und je. Der Entwurf enthält aber eine Verordnungsermächtigung, auch andere Präparate zuzulassen, wenn diese für den Patienten weniger belastend sind oder wenn Natrium-Pentobarbital nicht oder nur sehr eingeschränkt verfügbar sein sollte.

Die Abgabe des Präparats darf nur durch öffentliche Apotheken erfolgen. Die Apotheken dürfen das Präparat nach genauer Prüfung der Zulässigkeit abgeben, sie sind aber dazu nicht verpflichtet. Es steht somit jeder Apotheke frei, sich an der legalen Selbsttötung durch Gift zu beteiligen oder nicht. Ob eine postalische Zustellung oder eine solche durch Boten erfolgen darf, ist im Entwurf nicht geregelt. Mangels eines ausdrücklichen Verbots dürfte eine solche aber zulässig sein, wenn die Sicherheitsvorkehrungen gegen Missbrauch und die Meldepflichten des § 6 eingehalten werden.

### 2.3.8 Freiwilligkeit der Teilnahme und das Verbot von Werbung und wirtschaftlicher Vorteilsnahme

Da es sich bei Hilfeleistung und Mitwirkung an einer Selbsttötung letztlich um eine Gewissensentscheidung handelt, muss die Mitwirkung freiwillig erfolgen. Dementsprechend sieht § 2 Abs. 1 des Entwurfs vor, dass alle Formen der Mitwirkung, somit auch die Errichtung der Sterbeverfügung und die Aufklärung, nur freiwillig erfolgen dürfen. Die Freiwilligkeit der Leistungen der Apotheken ergibt sich aus § 11. Sollten Mitwirkungsakte vertraglich vereinbart werden oder worden sein, so sind diese einer gerichtlichen Durchsetzung nicht zugänglich und daher auch nicht erzwingbar.

Andererseits schützt § 2 Abs. 2 des Entwurfs Mitwirkende vor Benachteiligungen – welcher Art auch immer. Dies bezieht sich auf alle Formen der Diskriminierung und dürfte vor allem im Dienst- und Arbeitsrecht Bedeutung erlangen.

### 2.3.9 Beibehaltung der Strafbarkeit der Beihilfe zur Selbsttötung außerhalb der Sterbeverfügung

Die Beihilfe zur Selbsttötung soll nur im engen Rahmen des StVfG straffrei werden. Ansonsten wird die Rechtslage des § 78 StGB beibehalten. Wer etwa einem Suizidwilligen die Möglichkeit gibt, sich mit seiner Waffe zu töten, oder diesem eine Waffe besorgt, bleibt wie bisher strafbar. Somit wurde die Strafbarkeit der Suizidassistenz grundsätzlich beibehalten. Dies gilt nach wie vor auch für die Fälle, in denen etwa ein Sterbewilliger sich auf den Weg in die Schweiz oder in ein anderes Land machen will, da ihm dort der mühsame bürokratische Weg erspart wird, um sein Ziel zu erreichen. Schon der Kauf einer Fahrkarte oder die Reise im eigenen PKW reicht für eine strafrechtliche Anklage.

### 2.3.10 Widerrufbarkeit, Unwirksamkeit (§ 10)

Eine Sterbeverfügung kann jederzeit widerrufen werden. Sie gilt auch als widerrufen, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Die Unwirksamkeit tritt auch ex lege ein Jahr nach der Errichtung der Sterbeverfügung ein. In diesem Fall muss der Sterbewillige das ganze Prozedere von Neuem in Gang setzen.

## 2.4 Rechtliche Würdigung

Der Entwurf kommt den Vorgaben des VfGH insofern nach, als er eine Möglichkeit eröffnet, einen Suizid mithilfe eines Dritten zu begehen. Auch die Vorgabe, Sicherungsinstrumente gegen Missbrauch vorzusehen, kann als eingelöst gelten.

Der VfGH hat in seinem Erkenntnis vom Dezember 2020 nicht verlangt, dass der 2. Tatbestand des § 78 StGB auch in Zukunft *ersatzlos* aufgehoben bleibt. Er hat Beschränkungen durchaus nicht ausgeschlossen. Ob allerdings die Beschränkung auf die Selbsttötung ausschließlich durch ein ganz bestimmtes Gift nach einem extrem bürokratischen Verfahren, in dem der Sterbewillige *ohne jeglichen Rechtsschutz* einer fachlichen Einschätzung seiner Entscheidungsfähigkeit durch ärztliches Personal ausgeliefert ist, den Vorgaben des VfGH nachkommt, sollte zumindest diskutiert werden.

Der Entwurf legt die Latte für die Zulässigkeit des assistierten Suizids sehr hoch. Dabei ist zu bedenken, dass Menschen, die sich in einer so verzweifelten Lage befinden, dass sie an ihre Selbsttötung denken, in ihrer Dispositionsfähigkeit stark eingeschränkt sind. Diese Menschen müssen zunächst die Ärzte für die Aufklärung finden. Da ein Bereicherungsverbot für alle handelnden Personen gilt, dürfen die Honorare für die Aufklärung den nachgewiesenen Aufwandsersatz nicht übersteigen (so die EB 150/ME