Diplomarbeit

Umgang mit dem Assistierten Suizid
Würdevoll oder „Hürde(n)voll“?

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt an der

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof.in Dr.in med. Barbara Friesenecker

eingereicht von

Jonathan Mayr

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Jonathan Mayr, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Jonathan Mayr, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Danksagung

Ein besonders herzliches Dankeschön gilt meiner Diplomarbeitsbetreuerin **Ao. Univ.-Prof.in Dr.in med. Barbara Friesenecker**. Ich möchte mich für ihre wertvolle Unterstützung, ihre fachliche Begleitung und für ihre hilfreichen Rückmeldungen während des gesamten Entstehungsprozesses dieser Diplomarbeit bedanken. Für all die Zeit, die sie sich genommen hat, um Fragen ausführlich zu beantworten, sowie für ihre Geduld und ihr Engagement bin ich sehr dankbar. Ihre Unterstützung hat wesentlich dazu beigetragen, dass diese Arbeit in der vorliegenden Form entstehen konnte. Vielen herzlichen Dank für die großartige Betreuung.

Mein besonderer Dank gilt außerdem meiner Interviewpartnerin **Dr.in Christina Kaneider**, die sich die Zeit für ein persönliches Interview genommen und mir dadurch wertvolle Einblicke in den Bereich der Sterbebegleitung ermöglicht hat. Ihre Erfahrungen und fachlichen Perspektiven waren für die Bearbeitung des Themas von großer Bedeutung und haben meine Auseinandersetzung mit dieser Thematik wesentlich bereichert. Vielen Dank für die Zeit und die wertvollen Einblicke.

Ein ganz besonderer Dank gilt schließlich meiner **Familie**, die mich während meines gesamten Studiums begleitet und auf vielfältige Weise unterstützt hat. Insbesondere meiner Mutter, meinem Vater und meinem Bruder möchte ich für die langjährige Unterstützung danken. Ich weiß diese Unterstützung und all die kleinen und großen Dinge, die sie für mich getan haben, sehr zu schätzen.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 11

2 ETHISCHE GRUNDLAGEN 13

2.1 BESTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG 13

2.2 ETHISCHE PRINZIPIEN 13

2.2.1 Prinzipienethik („Georgetown Mantra") 13

2.2.2 Zwei-Säulen-Modell 17

2.3 BIOPSYCHOSOZIALES MODELL 19

2.4 KOMMUNIKATION 19

2.5 INNSBRUCKER HANDWERKSZEUG FÜR DIE STRUKTURIERTE DISKUSSION EINES KOMPLEXEN FALLS 20

2.6 ÜBERTHERAPIE UND DEREN FOLGEN 20

2.7 THERAPIEZIEL/THERAPIEZIELÄNDERUNG 21

3 GESETZLICHE GRUNDLAGEN 24

3.1 ÄRZT:INNENGESETZ (ÄG) 24

3.2 DAS ÖSTERREICHISCHE ERWACHSENENSCHUTZGESETZ (ERWSCHG) 25

3.3 PATIENT:INNENVERFÜGUNGSGESETZ (PAT.VG) 27

4 ASSISTIERTER SUIZID 30

4.1 STERBEVERFÜGUNGSGESETZ (STVFG) IN ÖSTERREICH 30

4.1.1 Begriffsdefinitionen 30

4.1.2 Weg zur Sterbeverfügung – Gesetzgebung 31

4.1.3 Gesetzesänderungen im StVfG vom Dez. 2024: Werbeverbot und Gültigkeit der Sterbeverfügung 33

4.1.4 Unterschied Sterbeverfügung – Patient:innenverfügung 33

4.2 LÄNDERVERGLEICH IN EUROPA 34

4.2.1 Niederlande 34

4.2.2 Schweiz 35

4.2.3 Missbrauch und Kontrollsysteme am Beispiel Niederlande 36

4.3 UMGANG MIT DEM STERBEWUNSCH 37

4.4 ASCIRS – DATEN 39

4.4.1 Häufige Diagnosen 39

4.4.2 Gründe für AS 39

4.4.3 Bevorzugter Sterbeort 39

4.4.4 Anwesende Personen 40

4.4.5 Erwähnte Probleme 40

5 HERAUSFORDERUNGEN BEIM ASSISTIERTEN SUIZID 42

5.1 DER ORT 42

5.2 Die Komplikationen 42
5.3 Das Präparat 43
5.4 Unsicherheiten im Umgang mit assistiertem Suizid 44
5.5 Institutionelle Verantwortung 45
5.5.1 SOP Tauernkliniken GmbH 45
5.5.2 SOP Wiener Gesundheitsverbund (WiGeV) 46
5.5.3 Hausordnung und Stellungnahme Tiroler Hospizgemeinschaft (THG) 47
6 FALLBEISPIELE 49
6.1 Ernst Ellinger – ein Pfarrer aus Kufstein (61) 49
6.2 Patientin mit Multipler Sklerose aus Tirol (62) 49
6.3 Niki Glattauer – Journalist und Autor (63) 51
6.4 Missbrauchsfall? Steirischer Winzer vor Gericht (70) 52
7 METHODIK 54
7.1 Forschungsdesign 54
7.2 Auswahl der Expertin 54
7.3 Durchführung des Interviews 55
7.4 Datenaufbereitung 55
8 RESULTATE 57
8.1 Darstellung der Ergebnisse 57
8.2 Arbeit der Expertin 57
8.2.1 Arbeit mit sterbewilligen Patient:innen 57
8.2.2 Politische Begegnungen 59
8.3 Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz 60
8.3.1 Meinung zum aktuellen Gesetz 60
8.3.2 Verbesserungen 61
8.3.3 Meinung zur Tötung auf Verlangen 64
8.3.4 Praxisvergleich zur Schweiz 65
8.4 Umgang mit sterbewilligen Personen 65
8.4.1 Versorgung und ergebnisoffene Begleitung 65
8.4.2 Abgrenzung von akuter Suizidalität 66
8.4.3 Medialer und gesellschaftlicher Diskurs 67
8.5 Praxisvignetten: Herausforderungen in der Begleitung assistierter Suizide 67
8.5.1 Grenzen 68
8.5.2 Einbezug und Nicht-Einbezug von Angehörigen 68
8.6 Tipps und Appelle 69
9 DISKUSSION 71

9.1 Diskriminierung sterbewilliger Patient:innen 71
9.2 Verbesserungen 75
9.2.1 Kooperationen 75
9.2.2 Professionalisierung 77
9.2.3 Bundesländerübergreifende Vereinheitlichung der Gesetzgebung zur Totenbeschau 79
9.2.4 Regelung zur Kontrolle der ausgegebenen Präparate 80
9.3 Tötung auf Verlangen 81
9.4 Beantwortung der Forschungsfragen 82
10 KONKLUSION 83

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Zwei-Säulen-Modell (Eigenanfertigung mit Canva) 18
Abbildung 4.1: Grafik der ÖGHL zu den 4 Verfahrensschritten zum assistierten Suizid 32
Abbildung 8.1: Kategoriensystem zur Auswertung des Interviews mit Dr.in Christina Kaneider (Eigenanfertigung mit ChatGPT) 57

Zusammenfassung

Das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) schafft einen gesetzlichen Rahmen für den assistierten Suizid (AS) in Österreich, wird aber gesellschaftlich und bei medizinischem Fachpersonal kontrovers diskutiert. Ziel dieser Diplomarbeit ist es, unterschiedliche Perspektiven und praktische Schwierigkeiten aufzuzeigen sowie Lösungsansätze vorzustellen.

Für den Forschungsteil der Arbeit wurde ein Expert:inneninterview mit Dr.in Christina Kaneider durchgeführt, das aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit als Palliativmedizinerin und in der Sterbebegleitung einen praxisnahen Einblick bietet. Dr.in Kaneider ist Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) und in der Lehre und Politik aktiv.

Das Interview zeigt, dass das StVfG zwar einen rechtlichen Rahmen für den AS in Österreich schafft, jedoch weiterhin Unzulänglichkeiten vor allem in der praktischen Umsetzung bestehen. Es gibt großen Bedarf an Professionalisierung der Suizidbegleitung. Neben einer angemessenen Begleitung sterbewilliger Personen zählen dazu u. a. auch eine verpflichtende Aus- und Weiterbildung aller potenziell an einem AS beteiligten Berufsgruppen sowie die Einbeziehung Angehöriger. Verbesserungsbedarf besteht bei der Regelung des Werbeverbots, der bundesländerübergreifenden Vereinheitlichung der gesetzlichen Regelung zur Totenbeschau und dem Umgang mit ausgegebenen Präparaten. Auch professionelle Anlaufstellen für Menschen mit Sterbewunsch und deren Angehörige wären wünschenswert. Tötung auf Verlangen ist in Österreich verboten und deren Straffreistellung auch zukünftig kein anzustrebendes Ziel.

Die Diplomarbeit zeigt, dass das StVfG zwar eine sinnvolle Grundlage für den Umgang mit AS in Österreich bietet, gleichzeitig aber der bestehende Rechtsrahmen aufgrund der praktischen Erfahrungen regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden muss. Im Mittelpunkt zukünftiger Entwicklungen sollten die Professionalisierung der Suizidbegleitung, eine bessere Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, sowie die Schaffung öffentlich zugänglicher Anlaufstellen für Betroffene und Angehörige stehen. Das schafft einen Rahmen, der sowohl die Selbstbestimmung der betroffenen Personen würdigt als auch eine qualitätvolle Begleitung sterbewilliger Personen und ihrer Angehörigen ermöglicht.

Abstract

The Austrian Advance Death Directive Act (StVfG) provides a legal framework for assisted suicide (AS) in Austria, but it remains controversial both in society and among healthcare professionals. This thesis aims to set out different perspectives and practical challenges and to propose possible solutions.

For the research part of this thesis, an expert interview was conducted with Dr. Christina Kaneider. With her many years of experience as a palliative care physician and in end-of-life care, the interview offers practical insight. Dr. Kaneider is President of the Austrian Society for a Humane End of Life (ÖGHL) and is active in education, training and politics.

The interview shows that the StVfG establishes a legal framework for AS in Austria, but shortcomings remain, particularly practical implementation remains problematic. There is a strong need for a professionalized support during AS. This includes appropriate support for people who wish to die, mandatory training and continuing education for all professional groups who may be involved in AS, and a timely involvement of relatives. Improvements are needed in the regulation of the advertising-prohibition, in harmonising the laws on post-mortem examination across all federal states, and in the handling of dispensed lethal preparations. Professional counselling services for people who wish to die and for their relatives would also be desirable. Decriminalising Medical Assistance in Dying (MAiD), which is prohibited in Austria, should not be a goal in the future.

This thesis shows that the StVfG provides a sound basis for dealing with AS in Austria. At the same time, the existing legal framework must be reviewed regularly and developed further considering practical experience. Future developments should focus on professionalising the support given during assisted suicide, improving cooperation among the professional groups involved, and creating publicly available support services for those willing to die and their relatives. This creates a framework that respects self-determination, while also making high-quality support possible for people who wish to die and for their relatives.

Eigenleistung

Die vorliegende Diplomarbeit wurde vom Autor vollständig eigenständig erarbeitet. Auch das Exposé wurde selbstständig verfasst.

Der theoretische Teil der Arbeit basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche, die eigenständig vom Autor durchgeführt wurde.

Der Interviewleitfaden wurde eigenständig konzipiert und verfasst. Das anschließende Interview mit der Expertin wurde vom Diplomanden selbstständig über die Onlineplattform „Zoom“ durchgeführt. Die Aufzeichnung wurde anschließend mithilfe des Online-Tools „transcribe.org“ transkribiert und im weiteren Verlauf wissenschaftlich aufbereitet und ausgewertet.

Auch die Diskussion sowie die daraus abgeleiteten Erkenntnisse wurden eigenständig vom Diplomanden erarbeitet und verfasst.

Zur sprachlichen und stilistischen Unterstützung wurde das digitale KI-Werkzeug „ChatGPT“ (OpenAI, zuletzt GPT-5.6 Luna) eingesetzt. Die Verwendung beschränkte sich dabei auf die Verbesserung von Formulierungen und des sprachlichen Ausdrucks. Die inhaltlichen Überlegungen, Aussagen und Schlussfolgerungen wurden eigenständig vom Autor entwickelt und durch die Verwendung des Tools nicht inhaltlich verfälscht.

Die Verantwortung für sämtliche in dieser Diplomarbeit dargestellten Inhalte, Bewertungen und Schlussfolgerungen liegt beim Autor. Alle verwendeten Quellen wurden ordnungsgemäß und nachvollziehbar angegeben. Die gesamte Arbeit wurde unter Einhaltung der Grundsätze wissenschaftlicher Arbeiten erstellt.

1 Einleitung

Das Sterbeverfügungsgesetz ist in Österreich seit dem 01.01.2022 in Kraft und schafft den rechtlichen Rahmen für den assistierten Suizid. Es legt rechtliche Voraussetzungen und Verfahrensabläufe fest und wirft zugleich medizinische, ethische und gesellschaftliche Fragen auf. Die Möglichkeit, das eigene Lebensende unter bestimmten Voraussetzungen selbstbestimmt zu gestalten, berührt grundlegende Aspekte wie Autonomie, Menschenwürde, Fürsorge und den Schutz vulnerabler Personen. Gleichzeitig stellt sich die Frage nach der Verantwortung der beteiligten Gesundheitsberufe und einem angemessenen Umgang mit dem assistierten Suizid. Das Thema Sterben ist häufig mit Unsicherheit und Ängsten verbunden. Gespräche über die eigene Endlichkeit werden oftmals vermieden oder erst bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung geführt. Für Medical Professionals bedeutet die Begleitung sterbender Menschen daher eine besondere Verantwortung. Neben der medizinischen Versorgung gilt es, individuelle Wertvorstellungen, Wünsche und Ängste der Patient:innen zu berücksichtigen und auch An- und Zugehörige angemessen zu begleiten.

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Diplomarbeit mit den ethischen Fragestellungen rund um den assistierten Suizid in Österreich und setzt sich kritisch mit dem geltenden Sterbeverfügungsgesetz auseinander. Dabei werden unterschiedliche Perspektiven sowie zentrale Kritik- und Diskussionspunkte herausgearbeitet und anhand medizinethischer Grundprinzipien eingeordnet. Im theoretischen Teil werden relevante ethische Konzepte und Prinzipien sowie rechtliche Rahmenbedingungen und Positionen aus der aktuellen Literatur dargestellt.

Der praktische Teil basiert auf einem Expert:inneninterview mit Dr.in Christina Kaneider. Als Palliativmedizinerin und Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) verfügt sie über umfangreiche Erfahrung in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen sowie in der Auseinandersetzung mit Fragen des assistierten Suizids. Ihre Perspektive ergänzt die theoretischen Ausführungen um praktische Einblicke. Im Mittelpunkt des Gespräches stehen die Begleitung von Menschen mit Sterbewunsch, die Herausforderungen denen sich Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe im Rahmen der professionellen Begleitung stellen müssen und welche negativen Auswirkungen eine nicht-professionelle Begleitung haben können, sowie Ideen zur Verbesserung von Schwachstellen im StVfG, die erst durch die erlangte klinische Praxis sichtbar geworden sind.

Auf Grundlage der theoretischen und rechtlichen Aspekte, ausgewählter Fallbeispiele sowie der Ergebnisse des Expert:inneninterviews werden die gewonnenen Erkenntnisse mit den in der Literatur beschriebenen Positionen verglichen und kritisch diskutiert. Ziel ist es,

bestehende Spannungsfelder und mögliche Schwachstellen im Umgang mit assistiertem Suizid in Österreich aufzuzeigen und Impulse für mögliche Lösungsansätze zu geben.

2 Ethische Grundlagen

2.1 Beste medizinische Versorgung

Jeder Mensch möchte – egal wie krank, egal wie alt – die beste medizinische Versorgung erhalten. Was versteht man aber nun unter *bester medizinischer Versorgung*? In einem Land wie Österreich, in dem derzeit (immer noch) alle medizinischen Behandlungen verfügbar sind, die ärztlich indiziert werden, werden häufig verfügbare Therapien undifferenziert mit der einzigen Begründung der technischen Machbarkeit angewendet, um das ärztliche Gewissen zu beruhigen*, „nichts versäumt zu haben“* und damit nicht dem Vorwurf der Unterlassung ausgesetzt zu sein. Dabei wird vernachlässigt, dass jede medizinische Maßnahme einer klaren Indikation bedarf, die sich über ein klares Therapieziel definieren und sich stets am Wohl der Patient:innen orientieren muss. (1) Gerade in der letzten Lebensphase werden nicht selten Therapien eingeleitet, die darauf abzielen, das Leben um jeden Preis zu verlängern und ein Sterben hinauszuzögern, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt ist. Eine nicht (mehr) indizierte Therapie fortzusetzen, nur weil sie machbar ist, ohne dass sie noch einen Nutzen für eine:n fortgeschritten erkrankte:n Patient:in hat, ist Körperverletzung. Es ist daher wichtig, dass sich ärztliche Entscheidungsfindung im Rahmen eines *shared decision makings* neben dem medizinisch definierten Therapieziel gleichzeitig auch immer an den Wünschen und Wertvorstellungen eines erkrankten Menschen orientiert. (2) Nicht alles technisch Machbare entspricht immer noch den Bedürfnissen und dem Wohl von fortgeschritten kranken Patient:innen. Beste medizinische Versorgung bedeutet daher nicht, alle verfügbaren medizinischen Optionen auszuschöpfen, sondern auch, abhängig davon, ob es noch ein vorhandenes Therapieziel für Maximaltherapie gibt, Entscheidungen im Rahmen einer differenzierten Therapiezieländerung Richtung Palliation zum richtigen Zeitpunkt zu treffen, um ein möglichst *gutes Leben am Ende des Lebens* trotz schwerer Erkrankung mit dem Fokus auf Wohltun und Symptomlinderung zu ermöglichen. Die schwierige Entscheidungsfindung bei oft hochkomplexen medizinischen Fällen kann anhand von ethischen Modellen erleichtert werden, welche in diesem Kapitel näher beschrieben werden. (3)

2.2 Ethische Prinzipien

2.2.1 Prinzipienethik *(„Georgetown Mantra“)*

Das Georgetown Mantra ist ein medizinethisches Modell, das Ärzt:innen bei der Entscheidungsfindung unterstützt. Es wurde von den Medizinethikern Tom I. Beauchamp und James F. Childress an der Georgetown University entwickelt und beinhaltet vier grundlegende Prinzipien, die im Anschluss näher beschrieben werden. (4)

2.2.1.1 Autonomie – respect for autonomy

Das Recht auf Selbstbestimmung ist auch in der Europäischen Menschenrechtskonvention festgelegt und gesteht jedem Menschen individuelle Freiheits- und Autonomierechte zu, die ihm allein aufgrund seines Menschseins zustehen. (5) Autonomie ist von Autarkie zu unterscheiden: Ein Mensch wäre autark, wenn er rational, selbstständig und ohne Einfluss anderer über sich entscheidet. Da Menschen jedoch in der Regel eingebettet in einem sozialen Umfeld leben, das über gegenseitige Beziehungen und Abhängigkeiten definiert ist, sprechen wir von einem interdependenten, autonomen Selbst. Das Leben in Gemeinschaft erreicht damit erst durch Relationalität und Kontextualität Sinn und Tragfähigkeit, was dem Konzept der r*elationalen Autonomie* entspricht, das im medizinethischen Kontext die gegenseitige Verbundenheit und auch Angewiesenheit von Hilfebedürftigen (*Caretaker*: Patient:innen, Kinder, Pflegebedürftige) und Hilfegebenden (*Caregiver*: Ärzt:innen, Pflegende, Sozialdienst) beschreibt. (6)

Respekt vor der Autonomie bedeutet für Ärzt:innen das Bemühen den Willen einer Patient:in herauszufinden und diesen anzuerkennen. Dabei dürfen Patient:innen Therapien (ohne Angabe von Gründen) ablehnen, auch wenn diese medizinisch indiziert wären. Dies bedeutet, dass Patient:innen ein *„Recht auf Unvernunft“* (besser: Recht auf autonome Entscheidungen) haben. Die Aufgabe von Ärzt:innen besteht darin, Patient:innen bestmöglich und nachvollziehbar über mögliche Konsequenzen einer abgelehnten indizierten medizinischen Maßnahme aufzuklären und dies umfassend zeitnah (innerhalb von 24 Stunden) schriftlich zu dokumentieren. Patient:innen und deren Stellvertreter:innen haben allerdings kein Recht eine nicht indizierte Maßnahme einzufordern. Gibt es keine Indikation, darf die geforderte Maßnahme auch nicht durchgeführt werden. Die Kunst bei der Vermittlung dieser Inhalte liegt in einer mitfühlenden, aber unmissverständlichen Kommunikation. Im Sinne einer optimalen partizipativen Entscheidungsfindung sollte immer gemeinsam mit der Patient:in oder deren Stellvertreter:innen nach einer angemessenen Lösung gesucht werden.

2.2.1.2 Nicht-Schaden – nonmaleficence

Das Prinzip der Schadensvermeidung ist ein sehr komplexes Prinzip. Der Medizinethiker Giovanni Maio beschreibt es als *„Resultat einer Anerkennungspflicht“* gegenüber den Grundrechten, da anderen einen Schaden zuzufügen bedeutet, deren Grundrechte zu verletzen. Es handelt sich dabei um eine negative, passive Pflicht. (7) Für Mediziner:innen muss sich daher immer die Frage stellen, ob eine Therapie tatsächlich indiziert ist, denn die Durchführung einer nicht-indizierten Therapie (eventuell sogar gegen den Willen einer Patient:in) wäre eine Körperverletzung. Da jede medizinische Maßnahme mit einem gewissen Risiko verbunden ist, auch Schaden zufügen zu können (Beispiele: Nadelstich, Operation, Chemotherapie etc.), müssen Ärzt:innen immer den Nutzen gegen das mögliche Risiko

abwägen. Beim Prinzip der Schadensvermeidung befindet man sich daher häufig in einem Dilemma. Wie bereits im Zusammenhang mit dem Prinzip der Autonomie beschrieben, ist es ärztliche Verantwortung, gute Aufklärungsarbeit zu leisten und die Patient:in umfassend über mögliche Nebenwirkungen und Risiken zu informieren, um schlussendlich gemeinsam zu einem *informed consent* zu kommen. (8)

2.2.1.3 Wohltun – beneficence

Bei diesem Prinzip handelt es sich um eine Tugendpflicht – eine positive Pflicht. (7) Beauchamp und Childress betonen, dass Schaden aktiv verhindert werden soll. Ärzt:innen sollen Gutes im Sinne der von ihnen betreuten Patient:innen tun. (4) Insbesondere auch in Notfallsituationen muss zum Wohle der Patient:innen gehandelt werden. Da die vier Prinzipien gleichwertig nebeneinanderstehen, müssen sie im Entscheidungsprozess situationsabhängig gegeneinander abgewogen werden. Wohltun im Sinne der Patient:innen sollte bei gelungener Kommunikation ebenso das Wohlergehen ihrer Angehörigen bedeuten (*relationale Autonomie*). Besonders im Bereich der Palliativversorgung und letztendlich auch im Rahmen der Betreuung Sterbender zählen menschliche Begleitung der Trauernden und Seelsorge ebenso zu diesem Prinzip. Auch das Prinzip der *self-care* kann in der modernen Interpretation der Prinzipienethik dem Prinzip des Wohltuns zugeordnet werden, mit dem Gedanken, dass Medical Professionals anderen Menschen nur Gutes tun können, wenn sie auch gut für sich selbst sorgen.

Im Notfall können – für den Fall, dass die Patient:in nicht für sich selbst sprechen kann – indizierte Behandlungen im Sinne des Wohltuns zunächst ohne Einverständnis der Patient:in oder deren Stellvertreter:in durchgeführt werden, wenn sie indiziert erscheinen, da man davon ausgeht, dass Patient:innen mit indizierten Behandlungen meist einverstanden sind und bei vitaler Indikation zunächst ein Schaden an Leib und Leben abgewendet werden muss, bevor es dann für jede weitere Behandlung im nicht-mehr-Notfall die Einwilligung der Patient:in oder ihrer Stellvertreter:in benötigt.

2.2.1.4 Gerechtigkeit – justice

Die Gerechtigkeit gehört schon seit sehr langer Zeit zu den heiß diskutierten Themen unserer Gesellschaft. Zahlreiche Ethiker:innen, Philosoph:innen und Jurist:innen thematisieren Gerechtigkeit und versuchen diese zu definieren. Auch im medizinethischen Kontext ist Gerechtigkeit ein vielschichtiges und anspruchsvolles Prinzip. Giovanni Maio beschreibt vier Modelle: Gleichheits-, Freiheits-, Effizienz- und Fairnessmodell, die in den Gesundheitssystemen verschiedener Länder relevant sind. Teils werden diese auch vermischt. (7)

- Das Gleichheitsmodell betrachtet alle Menschen als gleich. Das heißt, alle Menschen sollten unabhängig von Herkunft, sozialem Status oder Gesundheitszustand gleiche

Rechte und Chancen, also prinzipiell auch gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung haben. Es können dabei unterschiedliche Aspekte (Komorbiditäten, Alter, Bedürftigkeit, Wunsch- und Wertvorstellungen) für die Vergleichbarkeit herangezogen werden.

- Das Freiheitsmodell betont die individuelle Wahlfreiheit. Jede:r kann aussuchen, welche Versorgung in Anspruch genommen werden soll. Es erinnert in seiner Ausprägung an privat organisierte Gesundheitssysteme (Privatversicherung). Dabei sollte berücksichtigt werden, dass es nicht jedem Menschen möglich ist, finanziell für alle medizinischen Behandlungen aufzukommen. Durch dieses Modell allein ist die Gefahr groß, dass eine Zweiklassenmedizin entsteht, welche ungerecht ist.
- Das Effizienzmodell stellt Kosten-Nutzen-Abwägung in den Vordergrund. Ressourcen werden gezielt eingesetzt für Patient:innen, die davon den größten Nutzen haben. Es besteht die Gefahr, dass Menschen vernachlässigt werden, weil eine Behandlung nicht *„effizient genug“* erscheint, wenn z. B. die Kosten höher als der Nutzen einer Therapie sind.
- Das Fairnessmodell stellt die Menschen in den Mittelpunkt, die am stärksten auf Unterstützung angewiesen sind. Hierbei rücken Nutzen und Effizienz in den Hintergrund, weil es denjenigen, denen medizinische Ressourcen bevorzugt zugestanden werden sollen, gesundheitlich am schlechtesten geht. Dieses Modell ist angesichts drohender Rationierung sehr schwer bzw. unrealistisch anwendbar, da dann Menschen mit einer guten Outcome-Wahrscheinlichkeit eine Therapie, die indiziert und sinnvoll wäre, aufgrund der beschränkten Ressourcen nicht bekommen würden.

Das Prinzip der Gerechtigkeit sagt aus, dass alle ein gleiches Recht auf beste medizinische Versorgung haben sollen, wobei beste medizinische Versorgung nicht für alle Menschen das Gleiche bedeutet und sich bei einem Menschen mit der Zunahme der Schwere der Erkrankung, mit zunehmendem Alter oder aufgrund geänderter Lebensumstände ändert. In der Medizinethik spielt daher das Prinzip des *ius suum* eine zentrale Rolle. Die Indikation für eine medizinische Behandlung muss also individuell geprüft und auf die Wünsche und Wertvorstellungen sowie die individuelle medizinische Situation einer Patient:in angepasst werden. Im medizinischen Kontext geht es bei der Beurteilung der Gerechtigkeit um eine gleiche Zugangsmöglichkeit zur Ressource, wobei nicht alles was machbar ist, für jede:n Patient:in auch nützlich und wirksam (= angemessen) ist. Dies hängt neben den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patient:in gleichermaßen vom jeweiligen individuellen Therapieziel ab, über das sich die Indikation für eine technisch machbare Behandlung ableitet oder eben nicht. Selbst wenn Patient:innen die gleiche Krankheit (z. B. histologisch gleicher Tumor) im gleichen Stadium hätten, wären sie dennoch in ihren Komorbiditäten, ihrer

Gebrechlichkeit, ihren Wünschen und Wertvorstellungen unterschiedlich, sodass es ungerecht wäre, die gleiche Behandlung für eine nicht gleiche Situation einzuleiten. Generell gilt daher immer abzuwägen, ob eine technisch machbare Behandlung angemessen bzw. verhältnismäßig ist (für die Patient:in und auch in Bezug auf das Gesundheitssystem und die jeweils vorhandenen Ressourcen). Verteilungsgerechtigkeit bedeutet, dass vorhandene Ressourcen eines Medizinsystems möglichst gerecht verteilt werden sollen. Wenn im Sinne des *ius suum* mögliche medizinische Handlungen streng indiziert werden um Übertherapie im Rahmen der Durchführung technisch machbarer, aber nicht indizierter Behandlungen zu vermeiden, dann ist – zumindest derzeit noch – automatisch auch der Verteilungsgerechtigkeit in einem reichen Medizinsystem Rechnung getragen.

Insbesondere in Zeiten, in denen die Ressourcen zunehmend knapp werden – etwa die Verfügbarkeit von Intensivbetten, Beatmungsgeräten, Herz-Lungen-Maschinen, medizinisches Personal während der COVID-19-Pandemie – wurde das Prinzip der Gerechtigkeit durch die Notwendigkeit zur Rationierung gestresst. Dem Denkmodell des Utilitarismus folgend müssen im Rahmen einer Ressourcenallokation medizinische Entscheidungen im Sinne des bestmöglichen Outcomes der Mehrheit getroffen werden, wobei die individuelle Indikationsstellung unter Umständen in den Hintergrund treten muss, was Medizin dann auf die einzelne Patient:in bezogen ungerecht machen kann.

Es bleibt bei der Betrachtung der Gerechtigkeit also immer entscheidend, dass Ärzt:innen individuelle Bedürfnisse von Patient:innen so gut wie möglich berücksichtigen sollten, dabei jedoch streng an einem realistischen, individuellen Therapieziel orientiert indizieren sollten, um damit auch automatisch gesellschaftlich verantwortlich zu entscheiden und zu handeln, damit unser derzeit noch solidarisches Gesundheitssystem möglichst lange erhalten werden kann.

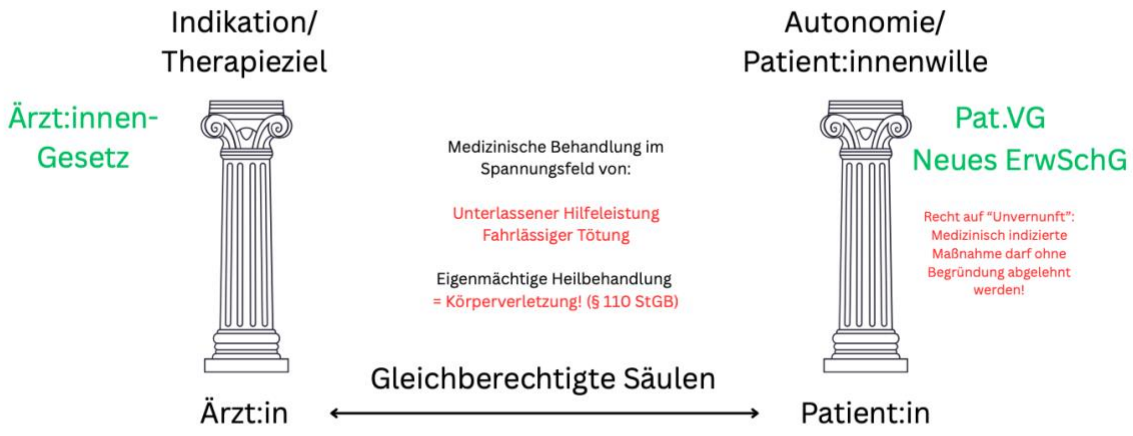
2.2.2 Zwei-Säulen-Modell

Dieses Modell basiert auf zwei gleichberechtigten Säulen. Die erste Säule ist die *„Säule der Indikation“*. Sie beschreibt die Perspektive der Ärzt:innen, welche verpflichtet sind, für jede medizinische Behandlung ein individuelles Therapieziel zu definieren, aus dem sich die Indikation für eine technisch machbare Behandlung ableitet oder eben nicht. Das ist unabhängig davon, ob es sich dabei um eine therapeutische (z. B. Medikation), diagnostische (z. B. Bildgebung) oder sonstige medizinische Fragestellung handelt. Führt man eine nicht-indizierte Therapie (kein Therapieziel!) durch, nur weil sie technisch machbar ist, schadet man der Patient:in und begeht eine Körperverletzung. Daher ist es unerlässlich, die Indikation streng und klar an einem realistischen Therapieziel festzumachen und diese Überlegungen auch schriftlich zu dokumentieren.

Die zweite Säule, die *„Säule der Autonomie“*, steht für den Willen, die Wünsche und Wertvorstellungen einer Patient:in. Wie bereits erwähnt, haben Patient:innen ein *„Recht auf Unvernunft“* (besser: Recht auf autonome Entscheidungen) und können Therapien trotz gegebener Indikation ablehnen, wobei Ärzt:innen verpflichtet sind unmissverständlich über die Konsequenzen bis hin zum Tod aufzuklären und dies nachweislich schriftlich zu dokumentieren. Patient:innen dürfen auf eine ausführliche ärztliche (und auch pflegerische) Aufklärung verzichten (Recht auf Nicht-Wissen). Auch in diesem Fall empfiehlt es sich, das Gespräch mit einer Gesprächszeug:in zu führen (z. B. ärztliche Kolleg:in, Pflegeperson) und das Besprochene schriftlich zu dokumentieren. Das Patient:innenrecht auf Nicht-Wissen steht im Konflikt mit der gesetzlichen ärztlichen Verpflichtung zur Aufklärung. Dieses Dilemma kann jedenfalls nur über eine nachvollziehbare schriftliche Dokumentation gelöst werden, um spätere medikolegale Konsequenzen zu vermeiden.

Ihre Wünsche und Wertvorstellungen inklusive der Ablehnung nicht erwünschter Behandlungen können Patient:innen in einer Patient:innenverfügung schriftlich festhalten (Abwehrrecht).

Zusammenfassend gilt: Damit eine ärztliche (oder pflegerische) Behandlung durchgeführt werden darf, müssen Indikation und Patient:innenwille übereinstimmen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die im Zwei-Säulen-Modell zudem eine Rolle spielen, werden im Kapitel 3, näher erläutert. (2)



Abkürzungen: Pat.VG - Patient:innenverfügungsgesetz; ErwSchG - Erwachsenenschutzgesetz

Abbildung 2.1: Zwei-Säulen-Modell (Eigenanfertigung mit canva.com)

2.3 Biopsychosoziales Modell

Das Biopsychosoziale Modell nach Engel ist ein international anerkanntes Modell, das uns hilft, Gesundheit und Krankheit zu definieren. Es bezieht sich dabei auf biologische (z. B. Organfunktionen, Infektionen), psychologische (z. B. Gefühle, Gedanken, Stress) und soziale (z. B. Familie, Beruf, Finanzlage, Lebensumstände) Faktoren. Der Mensch wird ganzheitlich betrachtet, nicht nur als ein Körper mit Symptomen. Für Ärzt:innen ist es bei der Wahl einer geeigneten Therapie (Indikationsstellung) entscheidend, alle drei Ebenen zu berücksichtigen. Dabei geht es nicht nur darum, Symptome zu lindern, sondern auch die zugrunde liegenden Ursachen zu erkennen und diese ebenfalls gezielt ganzheitlich in das Konzept der Behandlung miteinzubeziehen. (9)

2.4 Kommunikation

Kommunikation zählt zu den zentralen Themen unserer Gesellschaft. Kommunikation bedeutet: Verständigung untereinander – verbal oder nonverbal. Wir Menschen müssen kommunizieren, um Beziehungen zu pflegen, Wissen zu teilen und unseren Willen auszudrücken.

Von gelungener Kommunikation profitieren im medizinischen Alltag alle. Nicht nur das Gespräch mit Patient:innen und ihren Angehörigen, sondern auch die teaminterne sowie die multiprofessionelle und interdisziplinäre Kommunikation prägen den beruflichen Alltag im Gesundheitswesen. Insbesondere bei Menschen am Lebensende ist gute Kommunikation essenziell. Es gilt empathisch, einfühlsam und dabei authentisch und unmissverständlich zu sein. Es ist wichtig, Patient:innen einen geschützten Raum zu eröffnen, in dem sie sich wohlfühlen und Vertrauen entwickeln können. Über schwere Krankheit und den kommenden Tod zu sprechen, stellt eine große kommunikative Herausforderung dar. An herausfordernden Tagen, wenn die eigene Energie fehlt oder die Situation kein einfühlsames Gespräch zulässt, sollte ein solches Gespräch lieber auf einen passenderen Zeitpunkt verschoben werden, um es mit neuer Klarheit, Wahrhaftigkeit und dem entsprechenden Einfühlungsvermögen führen zu können. (10)

Ein Kommunikationsmodell ist das Eisbergmodell. Es teilt Kommunikation in eine Sach- und Beziehungsebene und verdeutlicht, dass wir beim Sprechen nicht nur verbale Informationen weitergeben. Auf Sachebene stehen Dinge, die wir direkt sagen, das inkludiert alle Fakten, Zahlen und Daten, die dem Gegenüber verbal mitgeteilt werden. Die auf Sachebene kommunizierten Inhalte kommen nach diesem Modell allerdings nur mit etwa 20 % beim Gegenüber wirklich an. Der viel größere Teil findet auf Beziehungsebene statt. Hier spielen Gefühle, Wertvorstellungen, Persönlichkeit, frühere Erfahrungen oder Erwartungshaltungen der Kommunikationspartner:innen eine Rolle. Deshalb deuten Menschen das Gesagte oft

unterschiedlich und auf ihre eigene Art und Weise. Besonders Mimik, Gestik und Tonlage prägen, wie eine Botschaft verstanden und reflektiert wird. (11)

Für Ärzt:innen kommt es deswegen in einem komplexen Aufklärungsgespräch nicht nur auf die Weitergabe der Informationen in Form von Daten und Fakten an, sondern noch viel wichtiger ist es, dass Medical Professionals ihren Patient:innen empathisch, offen, einfühlsam – fürsorglich, aber unmissverständlich – und unter Akzeptanz ihrer Andersartigkeit begegnen.

2.5 Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls

Als Basis für die Besprechung von komplexen klinischen Fällen wird in der studentischen Ethikpflichtlehre an der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) das *Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls* verwendet, das die oben besprochenen ethischen Basics als integralen Bestandteil einer komplexen Fallbesprechung vorgibt. (12)

1. Nach einer kurzen Falldarstellung müssen die Interessen und Konflikte der betroffenen handelnden Personen analysiert werden. Grundlage ist dabei das biopsychosoziale Modell nach Engel und es muss die Rolle der Kommunikation thematisiert werden.
2. Bei der zweiten Frage wird das Georgetown Mantra zur Besprechung des Falls angewendet, um zu identifizieren, welche der vier Prinzipien betroffen sind und wie diese miteinander in Konflikt stehen – eine Balance der Prinzipien soll erwogen werden.
3. Die dritte Frage sieht das Zwei-Säulen-Modell als Besprechungsgrundlage mit speziellem Fokus auf die ärztliche Indikationsstellung und die Patient:innenautonomie vor. Bei dieser Frage sind auch die gesetzlichen Grundlagen (Patient:innenverfügungsgesetz, Erwachsenenschutzgesetz, Ärzt:innengesetz und Sterbeverfügungsgesetz) zu diskutieren.
4. Als letzter Punkt der Fallbesprechung soll eine kritische Reflexion stattfinden. Es wird hinterfragt, welche Entscheidungen und Abläufe sich bewährt haben und an welchen Stellen Optimierungsbedarf besteht. Daraufhin werden Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert. Dabei sollen die Studierenden – wo möglich – das Konzept der *besten medizinischen Versorgung*, moderne Kommunikationskonzepte wie *klinisches Ethik Komitee*, *Advance Care Planning* oder *klinische Perspektivenkonferenz* diskutieren, um den Lösungsvorschlag theoretisch zu untermauern.

2.6 Übertherapie und deren Folgen

Der Begriff Übertherapie bedeutet, dass eine technisch machbare Therapie durchgeführt wird, obwohl sie für Patient:in bei weit fortgeschrittener Erkrankung keinen Nutzen mehr bringt –

eventuell sogar gegen den Willen einer Patient:in, und damit keine Indikation hat. Cardona Morell et al. berichten, dass 40 % der Behandlungen in den letzten sechs Lebensmonaten (33 % nicht sinnvolle Chemotherapien in den letzten sechs Lebenswochen) *non-beneficial treatments*, also Behandlungen sind, von denen Patient:innen keinen positiven Effekt mehr haben und der Schaden größer als der Nutzen ist. (13) In vielen Fällen findet Übertherapie auch auf der Intensivstation statt – insbesondere am Lebensende. Dadurch wird das Leiden verlängert und das Sterben von Patient:innen hinausgezögert, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt ist und ein *Sterben in Würde* verhindert. (14) Dies belastet die Patient:innen selbst am meisten (sie werden chronisch kritisch krank) (15), kann aber auch zu erheblichen Belastungen von Angehörigen führen (posttraumatisches Stresssyndrom) (16) und ist der häufigste Grund für Burnout bei intensivmedizinischem Personal. (17) Außerdem entstehen für die Gesellschaft durch Übertherapie immense, eigentlich vermeidbare Kosten. In wohlhabenden Ländern wie Österreich ist (derzeit noch) eine gerechte medizinische Versorgung finanzierbar. Angesichts ungebremst stattfindender Übertherapie sowie steigender Kosten für Medikamente und Therapien gerät das solidarische Gesundheitssystem jedoch zunehmend an die Grenzen des Leistbaren. Eine Rationierung wird dadurch mittel- bis langfristig notwendig, was einer Mehrklassenmedizin weiter Vorschub leistet. Strenge ärztliche Indikationsstellung kann angesichts weiter zunehmender Machbarkeit moderner Medizin dazu beitragen, Übertherapie zu vermeiden und einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken. Bei fortgeschrittener Erkrankung ist es daher wichtig, unter dem Gedanken des „Sterben zulassen" rechtzeitig eine Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation und schlussendlich eine *Comfort Terminal Care* (CTC) im Rahmen der Sterbebegleitung zu erwägen, um die Entstehung von *„chronisch kritisch kranken Patient:innen"* zu vermeiden und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. (18)

2.7 Therapieziel/Therapiezieländerung

Therapeutische Entscheidungen müssen für jede:n Patient:in nach einem individuell zu definierenden Therapieziel getroffen werden. Der Begriff Therapiezieländerung (TZÄ) bezeichnet den Übergang von einer kurativen zu einer palliativen Versorgung. Die zwei Hauptgründe für eine Therapiezieländerung können über das Zwei-Säulen-Modell abgeleitet werden. Zum einen ist dies die fehlende Indikation, weil eine kurative Therapie für eine Patient:in nicht mehr angemessen ist (obwohl dies unter Umständen technisch noch möglich wäre), zum anderen kann die Ablehnung einer kurativen Therapie durch eine Patient:in selbst der Grund für eine TZÄ sein. Im Folgenden werden zentrale Begrifflichkeiten erläutert, die bei der Dokumentation der Therapiezieländerung einheitlich verwendet werden sollten. (2,19)

DNR – do not resuscitate / DNAR – do not attempt resuscitation: Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes wird auf mechanische, elektrische und/oder pharmakologische Maßnahmen zur

Wiederbelebung verzichtet. Auf andere laufende Therapien bzw. andere diagnostische Maßnahmen hat DNR keinen Einfluss.

DNE – do not escalate: Bereits laufende Therapien sollen nicht weiter gesteigert werden. Das beinhaltet Dosissteigerungen von lebenserhaltenden Medikamenten wie z. B. Katecholaminen oder Steigerung/Neubeginn einer Antibiose. Intensivmedizinische Maßnahmen wie Intubation oder Nierenersatztherapie können im Rahmen der DNE abgelehnt werden. Sollte sich der Zustand von Patient:in weiter verschlechtern, so könnte im Rahmen eines WITHDRAW (s. u.) laufender (intensiv-) medizinischer Maßnahmen ein Wechsel auf CTC (s. u.) indiziert sein.

RID – reevaluate indication and deescalate: Die angesetzten Therapien müssen täglich evaluiert werden – längstens alle 24 Stunden. Noch laufende Therapien mit inzwischen fehlender Indikation bei fortschreitender Erkrankungsschwere sind abzusetzen.

CTC – comfort terminal care: Die getroffenen Maßnahmen im Rahmen einer CTC haben das Patient:innenwohl zum Ziel. Dabei steht die symptomorientierte Therapie im Vordergrund, nicht die lebenserhaltende. Bestmögliche Symptomlinderung im Rahmen der CTC soll Patient:innen ein möglichst gutes Leben am Ende des Lebens und bei schwerer Krankheit ermöglichen. Klassische Medikamente aus der CTC für die Sterbebegleitung sind Opioide (Schmerzen, Atemnot), Benzodiazepine (Angst, Unruhe), Neuroleptika (Halluzinationen), Anticholinergika (Rasselgeräusche, Schleim). Vor allem pflegerische Maßnahmen (Befeuchten der Schleimhäute, Comfortpflege) treten in den Vordergrund bei der Betreuung sterbender Menschen. (20)

WITHDRAW: Eine laufende Therapie beenden (medikamentös und maschinell). (21)

WITHHOLD: Eine technisch machbare Therapie nicht beginnen (medikamentös und maschinell). (21)

PST – palliative Sedierungstherapie ist eine palliativmedizinische Maßnahme, die bei unerträglichem, refraktärem Leid indiziert sein kann. Die Patient:in wird dabei mittels Benzodiazepinen, Neuroleptika oder Anästhetika sediert. Die Sedierungstiefe sollte dabei so gewählt werden, dass die Patient:in mit dem geringstmöglichen Medikamentenaufwand ausreichend symptomgelindert ist, um bei intraktablem Leiden ein Sterben in Würde bestmöglich palliativmedizinisch zu begleiten. Die Dosis darf schrittweise in Abhängigkeit der schriftlich zu dokumentierenden Symptomlast gesteigert werden, auch wenn dadurch eine Lebensverkürzung durch Minderung der Schutzreflexe (Husten, Schlucken) eintreten sollte. (22) Im Gegensatz zum assistierten Suizid, bei dem eine entscheidungsfähige Patient:in ihr Leben aktiv durch Einnahme einer tödlich wirksamen Substanz zu einem selbstbestimmten Zeitpunkt beendet (sog. „terminisiertes Sterben“), handelt es sich bei der PST im Rahmen

einer CTC (20) um einen nicht terminisierten, natürlichen Sterbeprozess, der palliativmedizinisch mit dem Ziel der Symptomlinderung begleitet ist. (23,24)

3 Gesetzliche Grundlagen

Das Wissen um die ethischen Grundlagen kann für Ärzt:innen zusammen mit dem Wissen um die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen ärztlichen Handelns eine sichere Basis für die oft komplexe ärztliche Entscheidungsfindung sein und gibt Sicherheit für nachfolgend ärztliches Handeln. Welche Pflichten und welche Rechte Ärzt:innen sowie Patient:innen in unterschiedlichen Situationen haben, wird in Österreich vor allem in drei zentralen Gesetzen geregelt: **Ärzt:innengesetz**, **Patient:innenverfügungsgesetz** und **Erwachsenenschutzgesetz**. Diese drei Gesetze werden in diesem Kapitel erläutert. Im Bereich des assistierten Suizids (AS) und nachfolgender Palliativversorgung spielen sie zusammen mit dem vierten Gesetz, dem **Sterbeverfügungsgesetz**, eine bedeutende Rolle für die ärztliche Entscheidungsfindung. Letzteres wird im nächsten Kapitel zusammen mit den Grundlagen des assistierten Suizids ausführlich besprochen.

3.1 Ärzt:innengesetz (ÄG)

Das österreichische Ärzt:innengesetz (22), welches in seiner Fassung am 01.01.1999 in Kraft getreten ist, beschreibt den ärztlichen Beruf in umfassender Weise. Seither wurde es mehrfach novelliert, etwa im Zuge der Digitalisierung, während der Covid-19-Pandemie oder auch im palliativmedizinischen Kontext. Das Gesetz regelt zentrale Bereiche wie die Ausbildung, Berufsausübung und Zulassung von Ärzt:innen sowie die damit verbundenen Rechte und Pflichten. In § 49 wird die Pflicht von Ärzt:innen beschrieben, *„jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen*.“ Zudem ist es ärztliche Pflicht *„das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“*. Im weiterführenden Text des § 49a wird thematisiert, wie Ärzt:innen sich im Umgang mit Sterbenden verhalten sollen. Ärzt:innen sind angehalten, Sterbenden *„unter Wahrung ihrer Würde beizustehen.“* Das ÄG fordert deshalb für jede:n Ärzt:in grundlegendes Wissen in palliativmedizinischer Versorgung, um am Lebensende bestmöglich Symptome wie Schmerzen, Atemnot und Angst zu lindern (§ 2 österr. ÄG). Gleichzeitig bedeutet dies nicht, jede medizinische Therapie beginnen oder weiterführen zu müssen, nur weil sie technisch möglich ist. Hierzu muss, wie im Zwei-Säulen-Modell beschrieben, eine eindeutige Indikation bestehen, die auf einem realistischen Therapieziel basieren muss. Die Gesetzeserweiterung von 2018 schafft mehr Rechtssicherheit für Ärzt:innen, die palliativmedizinisch tätig sind: Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn der Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt. Daher wird für schwerkranke Menschen am Ende des Lebens unter „Wohltun“ nicht eine auf Heilung ausgerichtete medizinische Handlung verstanden, sondern auch die Einsicht von Ärzt:innen, rechtzeitig den Sterbeprozess zuzulassen – dabei darf das Sterben weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Sterbende Menschen sind unter Wahrung ihrer Würde zu begleiten.

Die Unterstützung der Angehörigen ist ebenso Teil des ärztlichen Versorgungsauftrages am Ende des Lebens – dies wird durch die Inhalte der *relationalen Autonomie* verdeutlicht. (6)

3.2 Das österreichische Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG)

Das zweite österreichische Erwachsenenschutzgesetz (25,26) ist am 01.07.2018 in Kraft getreten. Es wurde u. a. dafür geschaffen, die Selbstbestimmung von Patient:innen zu stärken und diese auch nach dem Verlust ihrer Entscheidungsfähigkeit zu wahren. Das Gesetz regelt, wer in solchen Situationen berechtigt ist, bei medizinischen Entscheidungen stellvertretend den mutmaßlichen Willen in die medizinische Entscheidungsfindung einzubringen, für den Fall, dass die Patient:in nicht mehr für sich selbst sprechen kann. Dazu gibt es vier Kategorien von Stellvertreter:innen nach dem neuen ErwSchG: **Vorsorgevollbevollmächtigte**, **gewählte Vertretung**, **gesetzliche Vertretung** und **gerichtliche Vertretung** (ehemals: Sachwalter:in). Diese Vertretungsformen ermöglichen, individuelle Wünsche und Wertvorstellungen der Betroffenen dem Behandlungsteam zur Kenntnis zu bringen, mit dem Ziel im Rahmen medizinischer Entscheidungsfindung den Willen der Patient:in bestmöglich zu wahren.

Um einer medizinischen Handlung zustimmen oder diese ablehnen zu können, muss die Patient:in entweder selbst entscheidungsfähig sein oder benötigt eine Stellvertretung. Entscheidungsfähig zu sein heißt, *„die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang zu verstehen, seinen Willen danach zu bestimmen und sich entsprechend zu verhalten.“* Entscheidungsfähigkeit ist die Voraussetzung für Handlungsfähigkeit. (27)

Entscheidungsfähigkeit wird in drei Kategorien eingeteilt: Entscheidungsfähig, fraglich-entscheidungsfähig und nicht-entscheidungsfähig.

Entscheidungsfähig zu sein bedeutet für sich selbst entscheiden zu müssen und dabei Behandlungen zuzustimmen oder diese ablehnen zu können. Patient:innen haben dabei das *„Recht auf Unvernunft“* und können indizierte Behandlungen ohne Angaben von Gründen ablehnen (siehe Kapitel 2.2.2), wobei sie über die Konsequenzen des Nicht-Handelns bis hin zum Tod ärztlich aufgeklärt werden müssen.

Fraglich-entscheidungsfähig sind Patient:innen, die wach und kontaktierbar sind, aber deren Wille nicht klar feststellbar ist. Dabei sollte mindestens eine zweite Person zu einem Aufklärungsgespräch zugezogen werden. Diese Personen können Angehörige, nahestehende Personen oder Personen sein, die im Umgang mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen geübt sind (Pflegefachkräfte, Psycholog:innen, Ethikberatung, Seelsorge etc.). Wenn eine fraglich-entscheidungsfähige Patient:in die Inhalte einer solchen Aufklärung verstanden hat, darf sie einer Behandlung zustimmen oder diese ablehnen und es muss keine Stellvertretung bestellt werden. Dieses Aufklärungsgespräch muss – wie jedes andere

Aufklärungsgespräch – zeitnah schriftlich dokumentiert werden, am besten mit der Unterschrift von Gesprächszeug:innen.

Bei nicht-entscheidungsfähigen Patient:innen, die nicht wach und/oder nicht kontaktierbar sind, muss die Ärzt:in klären, ob eine Patient:innenverfügung besteht oder ob Patient:in eine:n nach dem ErwSchG festgelegte:n Stellvertreter:in hat. Die vier Kategorien der Stellvertretung werden folgend erläutert.

Die **Vorsorgevollmacht** kann nur von der entscheidungsfähigen Patient:in selbst errichtet werden. Es ist deren freie Entscheidung, wem sie die Vorsorgevollmacht überträgt. In der Regel werden enge Vertraute gewählt, die im Falle des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit im Sinne der Wünsche und Wertewelt der Patient:in deren mutmaßlichen Willen in die medizinische Entscheidungsfindung einbringen können. Die Vorsorgevollmacht kann vor einer Notar:in, Rechtsanwält:in oder bei einem Erwachsenenschutzverein errichtet und muss ins Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) eingetragen werden. Die Kosten und die Wartezeiten variieren je nach gewählter Anlaufstelle. Der entscheidende Unterschied zu den anderen drei Vertretungsformen liegt bei einer Vorsorgevollmacht darin, dass es nach gerichtlichem Inkraftsetzen keiner weiteren gerichtlichen Überprüfung bedarf. Nur wenn begründete Zweifel darüber bestehen, dass die vorsorgebevollmächtigte Person wider dem mutmaßlichen Patient:innenwillen entscheidet, kann eine gerichtliche Enthebung in die Wege geleitet werden. Eine Vorsorgevollmacht gilt unbefristet so lange, bis die Patient:in ihre Entscheidungsfähigkeit wiedererlangt.

Die **gewählte Vertretung** wurde vom Gesetzgeber neu eingeführt für Patient:innen, deren Entscheidungsfähigkeit bereits fraglich, aber nicht vollständig aufgehoben ist, die aber deswegen keine Vorsorgevollmacht mehr errichten können. Fragliche Entscheidungsfähigkeit bedeutet, dass diese Patient:innen im jeweiligen Zusammenhang verstehen können, worum es geht und die Konsequenzen ihrer Entscheidung (bis hin zum Tod) verstehen können. (27) Wenn es sich dabei um kognitiv beeinträchtigte Patient:innen handelt (z. B. Demenz, andere Formen der geistigen Beeinträchtigung), sollen diese mit Hilfe von beigezogenen Menschen, die in der Kommunikation mit geistig beeinträchtigten Menschen geübt sind, unterstützt werden. Die gewählte Vertretung wird dabei von der Patient:in selbst bestimmt. In der Regel handelt es sich dabei um eine nahestehende Person. Gleich wie bei der Vorsorgevollmacht wird diese Form der Stellvertretung durch Notar:in, Rechtsanwält:in oder den Erwachsenenschutzverein erstellt und ins ÖZVV eingetragen. Im Unterschied zur Vorsorgevollmacht unterliegt die gewählte Erwachsenenvertretung jedoch einer regelmäßigen gerichtlichen Kontrolle, insbesondere bei weitreichenden Entscheidungen.

Die **gesetzliche Vertretung** kommt dann zum Tragen, wenn die Patient:in ihre Entscheidungsfähigkeit vollständig verloren hat und weder eine Vorsorgevollmacht noch eine

gewählte Vertretung besteht oder möglich ist. Eine der Patient:in nahestehende Person muss sich dabei bereiterklären, die Stellvertretung zu übernehmen. *„Nächste Angehörige sind die Eltern und die Großeltern, volljährige Kinder und Enkelkinder, Geschwister, Nichten und Neffen der volljährigen Person, ihr Ehegatte oder eingetragener Partner und ihr Lebensgefährte, wenn dieser mit ihr seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt lebt, sowie jede andere von der volljährigen Person in einer Erwachsenenvertreter-Verfügung bezeichnete Person."* (25) Auch diese Vertretung muss von Notar:in, Rechtsanwält:in oder vom Erwachsenenschutzverein ins ÖZVV eingetragen werden. Die gesetzliche Vertretung wird regelmäßig gerichtlich kontrolliert, um sicherzustellen, dass die Interessen der vertretenen Person gewahrt bleiben.

Die **gerichtliche Vertretung** entspricht der alten *„Sachwalter:in"*. Eine gerichtliche Vertretung muss bei längerfristigem Verlust der Entscheidungsfähigkeit vom zuständigen Bezirksgericht errichtet werden, wenn keine Vorsorgevollmacht, keine gewählte Vertretung und auch keine gesetzliche Vertretung möglich sind. Auch die gerichtliche Stellvertreter:in muss für die Überbringung des mutmaßlichen Willens der Patient:in in die medizinische Entscheidungsfindung einbezogen werden. Sie unterliegt einer strengen gerichtlichen Kontrolle und muss für unterschiedliche Bereiche der Stellvertretung (finanzielle, rechtliche, medizinische etc. Belange) separat errichtet werden. Diese Art von Vertretung entspricht im Wesentlichen den Aufgaben der früheren *„Sachwalterschaft"*.

3.3 Patient:innenverfügungsgesetz (Pat.VG)

Das österreichische Patient:innenverfügungsgesetz (28) ist in seiner aktualisierten Form seit dem 1. Juni 2006 in Kraft und wurde zuletzt im Juli 2024 aktualisiert. Ebenso wie das Erwachsenenschutzgesetz verfolgt es das Ziel, Autonomie und Selbstbestimmung von Patient:innen zu wahren, insbesondere in Situationen, in denen sie nicht mehr selbst über medizinische Maßnahmen entscheiden können. Die Patient:innenverfügung (PV) begründet im Wesentlichen ein *„Abwehrrecht"* und *„kann den Willen eines Patienten, eine medizinische Behandlung abzulehnen, verbindlich festlegen".* So kann vermieden werden, dass unerwünschte (z. B. lebenserhaltende) medizinische Maßnahmen gegen den ausdrücklichen Willen der betroffenen Person durchgeführt werden. Es gibt zwei Formen der Patient:innenverfügung.

Die **verbindliche Patient:innenverfügung** kann nur unter bestimmten Voraussetzungen erstellt werden:

- Die betroffene Person sollte mindestens 14 Jahre alt sein.
- Sie muss zum Zeitpunkt der Errichtung entscheidungsfähig sein.
- Die Person muss die PV höchstpersönlich erstellen und darf nicht besachwaltet sein.

Zudem muss die betroffene Person umfassend von der Ärzt:in aufgeklärt werden. Dabei sollen persönlich und ausführlich mögliche Folgen und Risiken der Ablehnung medizinischer Maßnahmen besprochen werden. Dieses Gespräch muss schriftlich dokumentiert werden. Eine verbindliche Patient:innenverfügung wird dann vor einer Notar:in, Rechtsanwält:in oder Mitarbeitenden eines Erwachsenenschutzvereins oder der Patient:innenvertretung errichtet. Die PVs sollten – wie schon jahrelang geplant und immer noch nicht möglich – ein eigenes Register erhalten und in der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) gespeichert werden. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass behandelnde Ärzt:innen im Ernstfall rasch und unkompliziert auf diese Informationen zugreifen können. Derzeit sind verbindliche (und auch *„andere“* Verfügungen), wenn überhaupt, bei den Notariaten und Rechtsanwaltskammern der Bundesländer hinterlegt und dort nur kompliziert und eher zeitaufwändig zugänglich. Daher gilt für die Überbringung einer PV derzeit immer noch eine *„Bringschuld“* der Patient:in. Solange eine PV nicht in schriftlicher Form vorliegt, gilt sie als nicht vorhanden (wobei stellvertretende An- und Zugehörige selbstverständlich den mutmaßlichen Willen immer auch mündlich überbringen können). Seit der Gesetzesnovelle von 2019 ist die verbindliche Patient:innenverfügung acht Jahre lang gültig (zuvor fünf Jahre). Sie kann und sollte jederzeit inhaltlich angepasst werden (*„dynamische Patient:innenverfügung“*), wenn sich der Gesundheitszustand der Person so ändert, dass dies Auswirkungen auf die Wünsche und Wertvorstellungen der Patient:in hat. Eine Patient:innenverfügung kann widerrufen, abgeändert (es muss dann wieder die aktualisierte Gesamtversion vorliegen) oder durch erneute Unterschriften verlängert werden.

Wenn eine oder mehrere für die Verbindlichkeit notwendigen Voraussetzungen einer PV nicht erfüllt sind, wird diese automatisch zu einer ***„anderen“* Patient:innenverfügung**. Diese ist zwar rechtlich nicht bindend, muss aber im Rahmen der medizinischen Entscheidungsfindung zur Feststellung des Willens der betroffenen Person in jedem Fall berücksichtigt werden. Je konkreter, aktueller und nachvollziehbarer eine *„andere“* Verfügung ist, desto stärker soll sie von Ärzt:innen in die Entscheidung einbezogen werden. Eine Patient:innenverfügung ist umso beachtlicher, je

- häufiger die Verfügung unterzeichnet wurde,
- je näher die letzte Unterschrift am Ereignis liegt,
- je besser die Verfügung zur konkreten medizinischen Situation passt.

In lebensbedrohlichen Situationen darf die medizinische Notfallversorgung auch ohne Zustimmung der Patient:in (oder deren Stellvertreter:innen) durchgeführt werden, sofern der mit dem Warten auf eine Patient:innenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit der Patient:in ernstlich gefährdet (Notfallklausel). Das bedeutet: Ärzt:innen dürfen und sollen in Notfällen nach bestem Wissen und Gewissen entscheiden und handeln. Ihre

Entscheidung sollte sich dabei allein nach der medizinischen Indikation sowie nach einem realistisch erreichbaren Therapieziel richten. Dies kann bedeuten: Die Behandlung fortzusetzen und zu versuchen, das Leben zu retten oder aber das Sterben zuzulassen und palliativmedizinische Maßnahmen zur Symptomlinderung zu ergreifen. Im Zweifel (unklare Situation, Zeitmangel, zu wenig Wissen, unklarer Patient:innenwillen etc.) sollte immer erst für das Leben entschieden werden (*„in dubio pro vita“*). Wenn die Notfallmaßnahmen erfolgreich waren und sich der Zustand der betroffenen Person stabilisiert hat, sind alle weiteren medizinischen Maßnahmen in Übereinstimmung mit dem Patient:innenwillen (entweder anhand einer mittlerweile bekannt gewordenen Patient:innenverfügung oder anhand des mutmaßlichen Willens überbracht durch An- und Zugehörige bzw. Stellvertreter:innen) entweder weiterzuführen oder auch im Rahmen einer Therapiezieländerung zu beenden und auf eine CTC im Rahmen der Sterbebegleitung umzustellen, falls die notfallmäßig eingeleiteten Maßnahmen nachvollziehbar nicht von der Patient:in gewünscht wurden.

Zur Beendigung einer nicht mehr indizierten medizinischen Maßnahme, weil es kein realistisches Therapieziel mehr für die Fortführung einer z. B. noch technisch machbaren medizinischen Handlung gibt, müssen weder Patient:in noch deren Stellvertreter:innen zustimmen (Säule der Indikation bricht weg). Es ist oftmals eine große kommunikative Herausforderung, die Änderung des Therapieziels von Heilung auf Palliation mit Angehörigen zu besprechen und damit deren Forderungen auf *„Weitermachen“* nicht zu entsprechen. Hier ist eine unmissverständliche, aber gleichzeitig auch fürsorgliche und einfühlsame Kommunikation geboten, um unberechtigte Vorwürfe der *„unterlassenen Hilfeleistung“* (bis hin zur *„fahrlässigen Tötung“*) zu vermeiden, die häufig aufgrund einer unzureichenden ärztlichen Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit im Rahmen von Therapiezieländerungen mit den An- und Zugehörigen, aber auch innerhalb der medizinischen Teams entstehen. (10)

4 Assistierter Suizid

4.1 Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Österreich

4.1.1 Begriffsdefinitionen

Um mit den Begrifflichkeiten rund um die verschiedenen Situationen am Lebensende, die im weiteren Verlauf der Diplomarbeit Verwendung finden werden, korrekt umzugehen, werden entsprechend der Nomenklatur (19) die wichtigsten Definitionen folgend angeführt:

Suizid: Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und wird übersetzt mit *„Selbsttötung“*, ist also eine selbstausgeführte Handlung, die den Tod herbeiführt.

Assistierter Suizid (AS): Bezeichnet die Suizidhandlung einer sterbewilligen Person im Beisein einer helfenden (= dritten) Person, wobei die sterbewillige Person die letzte, zum Tode führende Handlung selbst durchführen muss (z. B. das Präparat selbst einnehmen, die Perfusorspritze mit Augenblinken selbst starten, den Dreiwegehahn selbst umlegen etc.). Ein extra dafür geschaffenes, neues Gesetz, das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), stellt den assistierten Suizid seit 01.01.2022 in Österreich straffrei, während die Tötung auf Verlangen weiterhin strafbar bleibt.

Tötung auf Verlangen: Einem Menschen wird auf seinen Willen hin ein Präparat durch eine dritte, Beihilfe leistende Person verabreicht (z. B. über eine intravenöse Leitung, Magensonde etc.), mit der Absicht, den Tod herbeizuführen (z. B. Barbiturate, Muskelrelaxanzien, Propofol etc.). Die Tötung auf Verlangen ist in Österreich verboten.

Euthanasie: In englischsprachigen Ländern wird die Tötung auf Verlangen als *„euthanasia“* bezeichnet. Der Begriff kommt aus dem Griechischen und hatte ursprünglich die positive Bedeutung *„der schöne Tod“*. In deutschsprachigen Ländern ist der Begriff der Euthanasie stark negativ konnotiert, da damit häufig der systematische Mord an Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus assoziiert wird. Er wird daher in deutschsprachigen Ländern nicht verwendet.

Die englischsprachigen Begriffe Physician Assisted Suicide (PAS) und Medical Assistance in Dying (MAiD) passen oft in ihrer inhaltlichen Verwendung nicht mit den Inhalten des in Österreich gesetzlich klar geregelten assistierten Suizids zusammen:

Physician Assisted Suicide (PAS): Kommt aus dem angloamerikanischen Raum und entspricht am ehesten der ärztlichen Aufklärung und der erlaubten ärztlichen Beihilfe zum AS laut dem derzeit gültigen StVfG in Österreich. Für diese Begrifflichkeit ist in Österreich die Frage nach der Garantenstellung von Ärzt:innen, nach der unterlassenen Hilfeleistung und dem Berufsethos noch nicht ausreichend geklärt.

Medical Assistance in Dying (MAiD): Darunter wird die aktive Gabe von tödlich wirkenden Substanzen durch eine dritte Person (Ärzt:in, Person aus den Gesundheitsberufen) verstanden, was z. B. in Belgien, in den Niederlanden, in Kanada und in Spanien erlaubt ist. Dies entspricht in Österreich am ehesten dem Begriff *„Tötung auf Verlangen“* und ist laut österreichischer Rechtsprechung verboten.

Alte Begrifflichkeiten wie aktive, passive, indirekte und direkte Sterbehilfe sollten generell keine Anwendung mehr finden, da sie irreführend und missverständlich sind. (21,29) Dies wird von der ARGE Ethik gleichermaßen wie auch von der Bioethik Kommission des österreichischen Bundeskanzleramtes so empfohlen.

Passender als Sterbehilfe ist der Begriff Sterbebegleitung. (29) Ärzt:innen begleiten Menschen in der terminalen Phase des Lebens und versuchen bestmöglich das Leiden der Patient:innen zu verringern, indem sie im Sinne von CTC Symptome wie Schmerzen, Angst, Atemnot etc. lindern. *„Sterbehilfe“* sollte also nicht als Hilfe zum Sterben verstanden werden, sondern als palliative Begleitung in dieser letzten Phase des Lebens und stellt immer ein Handeln zum Wohle der Patient:in dar.

4.1.2 Weg zur Sterbeverfügung – Gesetzgebung

2020 erklärte der Verfassungsgerichtshof den § 78 im Strafgesetzbuch, welcher die Beihilfe zum Suizid verbot, für verfassungswidrig. Daraufhin ist das Sterbeverfügungsgesetz (30) in Österreich am 01.01.2022 in Kraft getreten und schafft einen rechtlichen Rahmen für den assistierten Suizid. Es bietet sterbewilligen Menschen die Möglichkeit, selbstbestimmt zu sterben und den helfenden, dritten Personen Rechtssicherheit.

Für die Erstellung einer Sterbeverfügung gibt es Voraussetzungen: Die sterbewillige Person muss volljährig und zweifelsfrei entscheidungsfähig sein. Sie muss frei und selbstbestimmt entschieden haben, ihr Leben beenden zu wollen. Sie darf dabei nicht beeinflusst werden. Außerdem muss die sterbewillige Person entweder an einer unheilbaren lebenslimitierenden Krankheit leiden oder von einem anderen, subjektiv empfundenen schweren und dauerhaften Leidenszustand betroffen sein. Eine Sterbeverfügung darf nur errichtet werden, wenn die sterbewillige Person die österreichische Staatsbürgerschaft besitzt oder *„ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat“*. Die Sterbeverfügung muss höchstpersönlich beantragt und darf nicht in Vertretung errichtet werden.

Das Sterbeverfügungsgesetz sieht bei der Erstellung einer Sterbeverfügung einen genauen Ablauf vor: Die sterbewillige Person muss durch zwei Ärzt:innen aufgeklärt werden, von denen eine:r eine palliativmedizinische Qualifikation vorweisen muss. In den Aufklärungsgesprächen wird besonders auf die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Personen geachtet und muss von beiden Ärzt:innen unabhängig voneinander beurteilt werden. Nach dem ersten

ärztlichen Gespräch gibt es eine Wartefrist von zwölf Wochen, um die Dauerhaftigkeit des Entschlusses sicherzustellen und eine Kurzschlussreaktion auszuschließen. Diese Wartefrist kann, sollte sich Patient:in in der terminalen Phase des Lebens (Lebenserwartung unter sechs Monaten) befinden, auf zwei Wochen verkürzt werden. Im Anschluss an die Wartefrist kann in einem Notariat bzw. bei Patient:innenanwält:innen eine Sterbeverfügung errichtet werden, sollten alle rechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. Die Sterbeverfügung muss in das Sterbeverfügungsregister eingetragen werden. Mit dieser Verfügung ist die sterbewillige Person berechtigt ein tödlich wirksames Präparat, Natrium-Pentobarbital (15 g), in der Apotheke abzuholen. Sollte die sterbewillige Person aufgrund von z. B. Bettlägerigkeit nicht mehr fähig sein persönlich in die Apotheke zu gehen, darf eine in der Sterbeverfügung namentlich genannte Person das Präparat abholen. Bei Erhalt des Präparats verpflichtet sich die Person, das Präparat sicher aufzubewahren und vor Missbrauch zu schützen. Die Art der Einnahme des Präparats, welche oral als Trinklösung, parenteral über eine Magensonde, eine durch eine perkutane endoskopische Gastrostomie angelegte Sonde (PEG-Sonde) oder intravenös als Infusion möglich ist, ist freigestellt, und hängt von den Komorbiditäten der sterbewilligen Personen ab. Die Art der Verabreichung sollte im Rahmen des ärztlichen Aufklärungsgesprächs festgelegt werden.



Abbildung 4.1: Grafik der ÖGHL zu den 4 Verfahrensschritten zum assistierten Suizid (31)

Allgemein gilt: In der Sterbeverfügung kann prinzipiell jede Person als beihelfende Person benannt werden (auch Medical Professionals). Ärzt:innen, die das Aufklärungsgespräch im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes führen, dürfen bei diesen sterbewilligen Personen dann selbst keine Beihilfe leisten. Das Sterbeverfügungsgesetz verpflichtet niemanden Beihilfe zum Suizid zu leisten. Es darf weder für beihelfende Personen noch für Personen, die keine Beihilfe leisten wollen, ein beruflicher Nachteil entstehen. Ebenso bleibt es auch Apotheker:innen überlassen, das Präparat auszuhändigen oder nicht und Notar:innen eine Sterbeverfügung zu errichten oder nicht. Der § 2 des Sterbeverfügungsgesetzes wird daher auch als sog. „Gewissensklausel" bezeichnet. (30,32)

4.1.3 Gesetzesänderungen im StVfG vom Dez. 2024: Werbeverbot und Gültigkeit der Sterbeverfügung

Der Verfassungsgerichtshof hat am 12.12.2024 über das Werbeverbot und die Gültigkeit der Sterbeverfügung verhandelt und hat am 20.12.2024 folgende Beschlüsse veröffentlicht: Beihilfe anbieten oder ankündigen ist nicht verboten. Die Wortfolge *„ankündigt, anbietet oder"* wurde als verfassungswidrig erklärt, weil es gegen das Recht auf freie Meinungsäußerung verstößt, und daher gestrichen. Das *„Anpreisen"* von assistiertem Suizid bleibt weiterhin verboten.

Bislang verlor die Sterbeverfügung automatisch nach einem Jahr ihre Wirksamkeit. Sterbewillige Personen mussten nach Ablauf eines Jahres den gesamten Prozess (siehe Abbildung 2) erneut durchlaufen, um die Sterbeverfügung wieder wirksam zu machen. Das erklärte der Verfassungsgerichtshof ebenfalls für verfassungswidrig und strich die Wortfolge *„sowie nach Ablauf eines Jahres nach ihrer Errichtung"* aus dem Gesetz. (33)

Am 29.07.2026 wurde im Bundesgesetzblatt eine weitere Gesetzesnovellierung des StVfG herausgegeben (StVfG, BGBl. I Nr. 242/2021), die die Gültigkeit einer Sterbeverfügung gesetzlich neu regelt. Sterbeverfügungen waren bisher nur ein Jahr gültig. In der neuen Regelung (neuer § 8a) bleiben sie zwar weiterhin ein Jahr gültig, dürfen aber erneuert werden. Das heißt, nach Ablauf eines Jahres, können Patient:innen die Sterbeverfügung bei einer Ärzt:in erneuern lassen, indem diese:r den Sterbewillen und die Entscheidungsfähigkeit erneut feststellt. Patient:innen können die Sterbeverfügung im Laufe von fünf Jahren jährlich erneuern, bis die Sterbeverfügung nach fünf Jahren endgültig abläuft. (34)

4.1.4 Unterschied Sterbeverfügung – Patient:innenverfügung

Oftmals werden Sterbeverfügung (30) und Patient:innenverfügung (28) miteinander verwechselt. Das Sterbeverfügungsgesetz bildet ein gesetzliches Grundgerüst für den assistierten Suizid und gibt der dritten, beihelfenden Person die nötige Rechtssicherheit. Es ist entscheidend, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und das auch bis zur

Einnahme des Präparates bleibt. Denn im Falle des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit verliert die Sterbeverfügung ihre Wirksamkeit. In diesem Fall greift die Patient:innenverfügung, welche den Willen der Patient:in nach Verlust der Entscheidungsfähigkeit zum Ausdruck bringen soll. Im besten Fall hat die Patient:in in der Verfügung festgehalten, welche medizinischen Maßnahmen nicht gewünscht sind. Eine Patient:innenverfügung kann im Gegensatz zur Sterbeverfügung, welche an viele gesetzliche Voraussetzungen gebunden ist (siehe Kapitel 4.1.2), immer erstellt werden, sofern die Person entscheidungsfähig und nicht besachwaltet ist. Die Wünsche von z. B. fraglich entscheidungsfähigen (z. B. besachwalteten) Personen sind trotzdem zu beachten, sofern sie diese verständlich äußern können (auch durch Mimik und/oder Gestik). Die Gültigkeitsdauer einer Patient:innenverfügung ist acht Jahre, während die Sterbeverfügung ihre Gültigkeit automatisch mit dem Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder nach einem Jahr nach Ausstellung verliert – aktuell mit der Möglichkeit der mehrmaligen jährlichen Verlängerung über maximal fünf Jahre nach Erstausstellung. Die Erneuerung vor einer ärztlichen Person nach § 8a ist erst ab 01.02.2027 zulässig. (34) Laut ARGE Ethik der ÖGARI ist die Errichtung einer nicht-verbindlichen, *„anderen“* Patient:innenverfügung in Zusammenhang mit einer Vorsorgevollmacht empfehlenswert.

4.2 Ländervergleich in Europa

4.2.1 Niederlande

Die Niederlande sind die erste Nation überhaupt, die mit ihrem seit 2002 in Kraft getretenen Gesetz namens *„wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“* (35) (deutsch: Gesetz zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung) Tötung auf Verlangen und den ärztlich assistierten Suizid rechtlich geregelt hat. Für eine:n Ärzt:in ist es nicht strafbar, ein zum Tode führendes Präparat zu injizieren, sofern die sogenannten Sorgfaltspflichten, welche im Gesetz verankert sind, beachtet und eingehalten werden. Die Ärzt:in muss sicherstellen, dass der Wunsch nach der Beendigung des Lebens von der Patient:in höchstpersönlich, freiwillig und wohlüberlegt ist. Die Patient:in muss an einer Krankheit leiden, welche keine Aussicht auf Besserung hat. Dabei kann es sich um somatische, aber auch psychiatrische Krankheiten handeln. Die Patient:in muss ärztlich aufgeklärt werden und zusammen muss der Entschluss gefasst werden, dass die Lebensbeendigung der einzige für die Patient:in leidenslösende Schritt ist. Das alles muss, ähnlich wie auch in Österreich, von mindestens einer weiteren Ärzt:in überprüft werden und schriftlich nachvollziehbar dokumentiert werden.

Ein weiterer großer Unterschied zum österreichischen Sterbeverfügungsgesetz ist die Minderjährigkeitsregelung. In den Niederlanden ist es für Menschen ab zwölf Jahren möglich, Beihilfe zum Suizid unter strengen Bedingungen zu erbitten. Im Alter von zwölf bis fünfzehn

Jahren ist die Zustimmung der Erziehungsberechtigten obligat, ab sechzehn Jahren sollen Erziehungsberechtigte in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, die Zustimmung ist allerdings nicht erforderlich. (36) Seit 2024 ist es Ärzt:innen erlaubt, lebensbeendende Maßnahmen bei Kindern unter zwölf Jahren ohne rechtliche Strafverfolgung durchzuführen, sofern diese Kinder unerträglich leiden und eine Besserung des Zustandes durch medizinisches Handeln ausgeschlossen ist. Die Eltern müssen zustimmen. (37)

In den Niederlanden ist es möglich, den Willen zur Beihilfe zum Suizid in einer Patient:innenverfügung festzuhalten. Im Falle des Verlustes der Entscheidungsfähigkeit ist es damit möglich, eine Tötung auf Verlangen auszuführen. In Österreich muss ein:e Patient:in entscheidungsfähig sein, sowohl zum Zeitpunkt der Beantragung der Sterbeverfügung bis hin zum Zeitpunkt der Einnahme des Präparates. (30)

4.2.2 Schweiz

Ein in Bezug zum assistierten Suizid oft erwähntes Land ist die Schweiz. Die Schweiz hat kein eigenes Sterbeverfügungsgesetz. In der Schweiz ist laut § 114 des Schweizer Strafgesetzbuches Tötung auf Verlangen strikt verboten, assistierter Suizid hingegen erlaubt, sofern die assistierende Person, laut § 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches, nicht aus *„selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet“*. (38) Die Voraussetzungen sind wie in Österreich ähnlich: Die Patient:in muss volljährig, urteilsfähig und sich der Entscheidung selbst bewusst sein, darf also nicht durch dritte Personen beeinflusst werden. Die Dauerhaftigkeit der Entscheidung soll auch festgestellt sein, wird aber in der Schweiz *nicht* – wie in Österreich – durch eine festgelegte Wartefrist abgesichert.

Der große Unterschied im Hinblick auf Österreich liegt in der Umsetzung des AS durch die Sterbehilfevereine. Um die sog. *„Freitodbegleitung“* kümmern sich in der Schweiz zumeist Vereine wie z. B. Dignitas oder EXIT, der größte Verein, auf welchen sich die folgenden Aussagen beziehen werden: Nur Schweizer Staatsbürger:innen bzw. Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz können sich bei EXIT registrieren. Die Mitgliedschaft setzt einen bestimmten Jahresbeitrag voraus. Damit können Beratungsgespräche und die Sterbebegleitung in Anspruch genommen werden. Nach persönlicher Kontaktaufnahme gibt EXIT zunächst Auskunft über alle erforderlichen Dokumente für den assistierten Suizid. Eine Begleitperson besucht die sterbewillige Person und spricht – am besten auch in Anwesenheit der Angehörigen – über das Sterben und klärt alle Fragen. Sind dabei die Voraussetzungen für einen assistierten Suizid erfüllt, kann ein:e Ärzt:in das Rezept für das tödlich wirksame Präparat ausstellen. Das Präparat kann von der EXIT-Begleitperson mit einer Vollmacht abgeholt werden und zum Sterbedatum mitgebracht werden. Bis zur Einnahme des Präparats kann eine EXIT-Mitarbeiter:in die sterbewillige Person unterstützen und auch die Angehörigen

begleiten. Die Einnahme des Präparats (per Infusion oder Trinklösung) ist aber, wie in Österreich auch, der Patient:in selbst überlassen. Am Tag des assistierten Suizids müssen zwei Zeug:innen anwesend sein, das heißt neben der EXIT-Begleitung muss idealerweise ein:e weitere:r Angehörige:r dabei sein. Gibt es keine:n infrage kommende:n Angehörige:n, so stellt EXIT eine weitere Person als Zeug:in zur Verfügung. (39)

4.2.3 Missbrauch und Kontrollsysteme am Beispiel Niederlande

In den Niederlanden wurden im Jahr 2002 die rechtlichen Grundlagen für die Legalisierung der Tötung auf Verlangen und des assistierten Suizids geschaffen. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes wurde das **Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE)** eingerichtet. Dabei handelt es sich um ein System regionaler Überprüfungskommissionen, das der Kontrolle und Bewertung der ärztlichen Sorgfaltspflichten dient. Ziel dieser Kommissionen ist es, die Einhaltung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten zu gewährleisten und einen möglichen Missbrauch des Gesetzes zu verhindern. Insgesamt existieren fünf solcher Komitees im Land. Ärzt:innen sind verpflichtet, nach der Durchführung einer Tötung auf Verlangen oder eines assistierten Suizids den Fall zu melden und nachzuweisen, dass sie alle Sorgfaltskriterien erfüllt haben. Das RTE überprüft anschließend, ob diese Kriterien eingehalten wurden. Bestehen Zweifel an der Sorgfalt, kann die Kommission den Fall an die Staatsanwaltschaft weiterleiten, die eine zusätzliche rechtliche Prüfung vornimmt. (40)

Eine Studie über den Zeitraum von 2012 bis 2016 identifizierte insgesamt 33 Fälle, in denen die Sorgfaltskriterien als nicht vollständig erfüllt bewertet wurden. Von diesen wurden 32 Fälle veröffentlicht. In der Mehrzahl dieser Fälle handelte es sich um prozedurale Fehler von Ärzt:innen, etwa fehlerhafte Verabreichung von Medikamenten oder unzureichende Dosierungen. In anderen Fällen wurde die gesetzlich vorgeschriebene ärztliche Konsultation nicht korrekt durchgeführt oder unvollständig dokumentiert. Darüber hinaus fanden sich Fälle, in denen die Freiwilligkeit des Patient:innenwunsches oder die Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen nicht ausreichend nachvollziehbar war. Die Studie zeigt, dass insbesondere psychiatrische Erkrankungen häufig zu Diskussionen über die Zulässigkeit und die Auslegung der Kriterien führen. Bemerkenswert ist, dass keine der festgestellten Sorgfaltsverletzungen strafrechtlich geahndet wurde. Die Autor:innen der Studie sprechen von einem *„vertrauensbasierten, retrospektiven Kontrollsystem“* in den Niederlanden. Es wird eher überprüft, ob ein:e Ärzt:in sorgfältig gearbeitet hat, nicht, ob ein:e Patient:in überhaupt die Kriterien für Tötung auf Verlangen oder assistierten Suizid erfüllt hat. Ob dieses System ausreichend vor zukünftigem Missbrauch schützt, insbesondere bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, wird somit infrage gestellt. (41)

Ein besonders bekannter Fall ereignete sich im Jahr 2016 und führte zu einem Gerichtsverfahren. Eine Ärztin hatte bei einer 74-jährigen Frau, die an fortgeschrittener

Demenz litt, Tötung auf Verlangen durchgeführt. Die Patientin hatte Jahre zuvor eine schriftliche Patient:innenverfügung verfasst, in der sie festlegte, dass sie im Falle schwerer Demenz sterben wolle. Als die Patientin schließlich nicht mehr entscheidungsfähig war, besprach sich die Ärztin mit den An- und Zugehörigen und konsultierte verschiedenste medizinische bzw. psychologische Kolleg:innen. Alle Beteiligten kamen zu dem Schluss, dass der Wunsch der Patientin respektiert werden solle. Die Ärztin verabreichte der Patientin ein Beruhigungsmittel in ihren morgendlichen Kaffee und injizierte ihr anschließend das tödlich wirksame Präparat. Die Patientin war sich in diesem Moment nicht bewusst, was geschah, und zeigte während des Vorgangs Anzeichen von Widerstand. Der Fall wurde von der RTE als nicht sorgfältig eingestuft und 2019 als erster seiner Art vor Gericht verhandelt. Die Ärztin wurde freigesprochen, da das Gericht anerkannte, dass sie im Sinne des schriftlich festgelegten Willens der Patientin gehandelt hatte. (42,43)

Dieser Fall verdeutlicht die Komplexität und ethische Sensibilität von Entscheidungen am Lebensende, insbesondere wenn Patient:innen nicht mehr selbst entscheidungsfähig sind. Er zeigt zugleich, wie wichtig die Einbindung von An- und Zugehörigen, der Austausch mit Kolleg:innen sowie eine lückenlose Dokumentation sind, um Entscheidungen nachvollziehbar und rechtlich wie ethisch vertretbar zu treffen.

4.3 Umgang mit dem Sterbewunsch

Ein zentraler Aspekt im Umgang mit Sterbewünschen besteht darin, dass Ärzt:innen die Fähigkeit entwickeln müssen, offen über Tod und Sterben zu sprechen. Eine vertrauensvolle Beziehung zu schwerkranken Patient:innen zeichnet sich durch Empathie, gegenseitige Offenheit und die Bereitschaft aus, auch Themen wie Vergänglichkeit und Lebensende anzusprechen. Gerade im medizinischen Alltag wird dieses Gespräch jedoch häufig vermieden – aus Zeitmangel, aber unter Umständen auch aus Angst, mit der eigenen Sterblichkeit und den damit verbundenen Todesängsten konfrontiert zu werden. (10) Dadurch droht in der modernen Medizin der Tod als medizinisches *„Versagen“* anstatt als letztlich unvermeidbarer Teil des Lebens verstanden zu werden. (44) Die Angst vor medikolegalen Konsequenzen (Vorwurf *„nicht alles getan zu haben“*) oder vor dem Gefühl des ärztlichen *„Versagens“* kann eine der Ursachen für die beobachtete Übertherapie (siehe Kapitel 2.6) sein, wodurch Leiden hinausgezögert und der Sterbeprozess in die Länge gezogen wird. (3) Sowohl Patient:innen als auch Ärzt:innen neigen dazu, Gedanken an den Tod zu verdrängen – Ärzt:innen um ihre Patient:innen vermeintlich nicht zu belasten, aber auch um eigene Ängste nicht thematisieren zu müssen und Patient:innen um ihre Angehörigen (und auch Ärzt:innen) nicht mit der Traurigkeit und den Belastungen rund um das Thema Tod und Sterben zu konfrontieren und um nicht mit der eigenen Endlichkeit konfrontiert zu sein. Erst wenn einerseits diese gegenseitige Schonhaltung überwunden wird, und andererseits der Tod

wieder als unausweichlicher Bestandteil unseres Lebens trotz aller Möglichkeiten der modernen Medizin von allen Seiten akzeptiert wird, kann eine echte Begegnung und damit wahrhaftige Kommunikation stattfinden. (44)

Wird ein Sterbewunsch geäußert, so ist es wichtig, diesen sorgfältig zu explorieren. Ärzt:innen sollten sich intensiv mit den Beweggründen auseinandersetzen, die zu diesem Wunsch führen, anstatt ihn vorschnell zu bewerten. Eine offene und empathische Haltung ermöglicht es, gemeinsam zu erkunden, wie gefestigt und konsistent dieser Wunsch tatsächlich ist. Dafür braucht es Zeit, Aufmerksamkeit und eine tragfähige Ärzt:in-Patient:in-Beziehung, in der Vertrauen wachsen kann. In einem solchen Rahmen lässt sich auch die innere Dynamik hinter einem Sterbewunsch erfassen. Die Aufgabe von Mediziner:innen besteht nicht darin, eine Position für oder gegen den assistierten Suizid einzunehmen, sondern darin, den Prozess, den eine Person mit Sterbewunsch durchläuft, einfühlsam zu begleiten und dabei Klarheit und Sicherheit zu vermitteln. Dazu gehört auch, mögliche Alternativen aufzuzeigen – etwa palliativmedizinische Behandlungsangebote oder andere Formen der Leidenslinderung.

Ein Sterbewunsch bedeutet nicht zwangsläufig, dass ein Mensch unmittelbar und sofort sterben möchte. Solche Wünsche sind häufig ambivalent und können von inneren Schwankungen zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben geprägt sein. So kann es vorkommen, dass Patient:innen trotz eines bereits kommunizierten Sterbewunsches eine medizinische Behandlung – etwa bei einer Infektion – wünschen. Entscheidend ist, diese Ambivalenz nicht zu werten, sondern sie als Ausdruck eines inneren Spannungsfeldes zu verstehen. Man spricht dabei vom *Doppeleffekt* und es ist wichtig zu verstehen, dass eine gewisse Ambivalenz im Rahmen des Sterbewunsches (gleichzeitig leben zu wollen, aber auch über den AS nachzudenken und diesen zu planen) nicht gleichzusetzen mit Entscheidungsunfähigkeit ist. Im gemeinsamen Gespräch können Ärzt:innen, Patient:innen und An- und Zugehörige gemeinsam herausfinden, welche therapeutischen Schritte den Bedürfnissen und Werten der Patient:innen zu welchem Zeitpunkt am besten entsprechen.

Übertragung und Gegenübertragung können wesentlich dazu beitragen, einen Sterbewunsch differenziert zu verstehen. Unter *Übertragung* versteht man, dass Patient:innen unbewusst Gefühle, Erwartungen oder Beziehungsmuster aus früheren Erfahrungen in die aktuelle therapeutische Beziehung einbringen. *Gegenübertragung* bezeichnet die emotionalen Reaktionen, die dadurch bei Ärzt:innen entstehen. Werden diese Reaktionen bewusst wahrgenommen und reflektiert, können sie wertvolle Hinweise auf verborgene Ängste, Bedürfnisse oder innere Konflikte geben. Dadurch wird eine präzisere Einschätzung des Sterbewunsches möglich und die Begleitung kann professionell und klar ausgerichtet erfolgen. (45)

4.4 ASCIRS – Daten

ASCIRS ist eine von der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) eingerichtete Dokumentationsplattform. Personen, die direkt mit einem assistierten Suizid in Kontakt waren – etwa Angehörige, Freund:innen und Medical Professionals – können dort ihre Erfahrungen eintragen. Die OPG sammelt und analysiert diese Berichte und Daten, um Wissen über die Praxis des AS in Österreich zu erlangen, diese auch statistisch auszuwerten, mögliche Probleme zu erkennen und so die Praxis der Suizidbeihilfe kontinuierlich zu verbessern. Im Gegensatz zum offiziellen Sterbeverfügungsregister, das nur Zahlen enthält, verfügt das ASCIRS auch über qualitative Daten zum AS.

Im folgenden Abschnitt werden die aktuell verfügbaren ASCIRS-Daten näher besprochen. Ein besonderer Dank gilt **Frau Angelika Feichtner, MSc** für die Bereitstellung dieser Daten. Die folgende Zusammenstellung basiert auf 392 Berichten zum Thema AS aus dem ASCIRS (Stand: Januar 2026), welche überwiegend von medizinischem Personal eingereicht wurden: Es handelt sich bei 183 Berichten um Anfragen zum AS, bei 183 Berichten um vollendete AS und bei 26 Berichten um abgebrochene AS. Das Alter der Patient:innen liegt in einer Spanne von 20 bis 97 Jahren. 204 der Fälle sind weiblich, 184 männlich, zwei divers und zwei weitere blieben ohne Angabe des Geschlechts.

4.4.1 Häufige Diagnosen

Der Großteil der assistierten Suizide wurde von Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen durchgeführt. Neurologische Erkrankungen stellen die zweithäufigste Diagnosegruppe dar. An dritter Stelle – noch vor pulmologischen Erkrankungen, Herzinsuffizienz und chronischen Schmerzsyndromen – finden sich psychiatrische Erkrankungen als Auslöser für eine Anfrage zum AS. Seit 2026 gibt es eine wachsende Gruppe von Patient:innen mit ME-CFS.

4.4.2 Gründe für AS

Als Hauptmotive für die Durchführung eines assistierten Suizids nennen Betroffene vor allem das Erleben von Leid sowie körperliche Symptome, die mit der Grunderkrankung einhergehen. Darüber hinaus spielen die Angst vor zukünftigem Schmerz, psychische Belastungen, die Furcht vor dem Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung und Lebenssattheit eine wesentliche Rolle bei der Entstehung eines Sterbewunsches. Die Sorge, für Angehörige eine Belastung zu sein, wird ebenfalls genannt, tritt jedoch im Vergleich zu den anderen Beweggründen in den Hintergrund.

4.4.3 Bevorzugter Sterbeort

Die Mehrheit der Personen, die einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen, entscheidet sich dafür, diesen im privaten Umfeld durchzuführen (so wie im StVfG vorgesehen). 140 der dokumentierten Fälle ereigneten sich in der eigenen Wohnung oder im Haus der sterbewilligen

Person. Damit ist der häusliche Bereich der mit Abstand häufigste Ort, an dem ein assistierter Suizid stattfindet. Deutlich seltener wird der assistierte Suizid in Pflegeheimen durchgeführt (26 Fälle), gefolgt von Hospizeinrichtungen (7 Fälle) und Krankenhäusern (8 Fälle, 3 davon auf der Palliativstation). Diese Einrichtungen stellen somit nur einen kleineren Anteil der dokumentierten Durchführungsorte dar. Zwei Fälle blieben ohne Angabe.

4.4.4 Anwesende Personen

In den meisten dokumentierten Fällen sind Angehörige während des assistierten Suizids anwesend (165 Fälle) und begleiten die sterbende Person. In einem kleineren Anteil sind Freund:innen vor Ort (28 Fälle), gar nicht so selten Ärzt:innen (90 Fälle) und Pflegepersonen (46 Fälle) und manchmal auch Psycholog:innen (7 Fälle). Selten werden jedoch auch Fälle beschrieben, in denen die betroffene Person bewusst entschieden hat, allein zu sterben und niemanden über ihren Entschluss zu informieren (8 Fälle). Ein Fall wurde ohne Angabe berichtet.

4.4.5 Erwähnte Probleme

Da gesetzlich der private Bereich für den AS vorgesehen ist, sind sterbewillige Personen oftmals allein mit ihren Angehörigen bei der Durchführung des AS. Das führt zu Angst der Angehörigen, da die Sterbesituation im privaten Bereich sowieso ein unsicheres Gefühl verursacht und die meisten Menschen damit wenig Erfahrung haben sowie auch meist über kein/wenig Wissen im Bereich Palliativmedizin verfügen, sodass sie sich ohne professionelle Hilfe überfordert fühlen. Außerdem werden auch im Vorfeld des AS häufig administrative Probleme beklagt: die Suche nach aufklärenden Ärzt:innen ist schwierig, der Prozess zur Errichtung einer Sterbeverfügung ist lang, die Suche nach der Apotheke, welche das Präparat ausgibt, ist oft mühsam. Oftmals heimlich durchgeführte AS in Pflegeheimen stellen betreuende Menschen vor große Herausforderungen, wenn sie völlig plötzlich und unvorbereitet mit dem Thema konfrontiert werden. Sterbewillige Menschen haben oft Angst vor Ablehnung, wenn sie ihren Sterbewunsch offen mit den medizinischen Betreuer:innen ansprechen, die häufig nicht oder nicht ausreichend in der Führung solcher Gespräche geschult sind. Es bestand gerade in der ersten Zeit nach Inkrafttreten des StvfG durch die teilweise stark ablehnende Haltung verschiedener Gesundheitseinrichtungen gegenüber dem Thema AS die begründete Sorge, dass versucht werden könnte, die Durchführung eines AS zu verhindern.

Laut einem Vortrag von Dr. Michael Halmich, Vorsitzender der österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin (öGERN), sind mit Stand 02.09.2026 entsprechend den Daten des Gesundheitsministeriums 1281 Sterbeverfügungen errichtet worden, 1025 Präparate ausgegeben worden, 148 Präparate an Apotheken

zurückgegeben worden und 352 – durchgeführte AS über die Totenbeschau gemeldet worden. (46)

Aus der großen, unerklärten Lücke in diesen Zahlen lässt sich eindeutig erkennen, dass die Dunkelziffer im offiziellen Dokumentationssystem des Sterbeverfügungsregisters sehr hoch ist. Dies trifft auch für die Zahlen des ASCIRS zu, bei dem die Meldungen eines AS freiwillig erfolgen und zusätzlich wohl einige vollzogene AS nicht als solche erkannt und damit gar nicht registriert werden. Es ist auch ungewiss, was mit den ausgegebenen Präparaten passiert, wenn Patient:innen vor Durchführung des AS versterben. Die Rückgabe der Präparate wird derzeit nicht kontrolliert oder verpflichtend eingefordert. Die Totenbeschau-Dokumente (in den Krankenhäusern und Notarztprotokollen) haben fast alle noch keine eigene Rubrik für den assistierten Suizid, sodass ein lege artis durchgeführter AS unter Umständen von den totenbeschauenden Ärzt:innen nicht ordnungsgemäß dokumentiert und mangels Schulung nicht immer ans Sterbeverfügungsregister gemeldet wird. Berichte zeigen ebenso, dass es ein schweres Ausbildungsdefizit bei der Exekutive gibt, da Polizist:innen öfter nicht wissen, was ein AS ist und was von einem Polizeieinsatz bei einem AS erwartet wird. Nicht alle Medical Professionals und Exekutivbeamt:innen wissen, wie eine Sterbeverfügung aussieht.

5 Herausforderungen beim assistierten Suizid

5.1 Der Ort

Der Gesetzgeber sieht vor, dass ein assistierter Suizid im *„privaten Rahmen“* durchgeführt werden soll. Die ASCIRS-Daten zeigen, dass die Mehrheit der Menschen die häusliche Umgebung als bevorzugten Ort für ihr Sterben angibt und dies dem institutionellen Umfeld wie Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern vorzieht. In einer systematischen Analyse von 210 Studien präferierten in 75 % der Studien die meisten Befragten den häuslichen Sterbeort. (47) Es versterben tatsächlich aber nur etwa 15–26 % zu Hause, während rund 50 – 60 % der Menschen im Krankenhaus sterben. (48) Das bedeutet, dass Menschen mit der Betreuung sterbender Angehöriger zu Hause oft wenig Erfahrung haben. Da zusätzlich auch das terminisierte Sterben eine ungewöhnliche und neue Situation darstellt, ist bei der Betreuung des AS zu Hause schnell mit einer erheblichen Überforderung der Angehörigen zu rechnen. Dies hat dann häufig einen Notarzteinsatz zur Folge. (49)

Der Fall des AS in der Toilette der Innsbrucker Universitätsklinik ist ein Beispiel dafür, was passieren kann, wenn Menschen Angst davor haben, zu Hause allein und ohne professionelle Begleitung einen AS zu vollziehen (siehe Kapitel 6.2). Die ÖGHL fordert deshalb die Professionalisierung der Suizidbegleitung. (50)

5.2 Die Komplikationen

Im Rahmen der Durchführung eines assistierten Suizids werden Komplikationen geschildert. In einer Studie aus den Niederlanden (51), in den es seit vielen Jahren Erfahrung mit dem assistierten Suizid gibt, wird von Komplikationen berichtet, die sowohl für die sterbewillige Person als auch für Angehörige und beteiligte Fachpersonen sehr belastend sein können: Dazu gehören sowohl ein sehr schneller als auch ein verzögerter Wirkungseintritt nach Zufuhr des tödlichen Präparates mit einem protrahierten, unter Umständen auch leidbehafteten Sterbeverlauf. Ursache kann dabei die mangelnde Resorption des Präparates sein. Da die in Österreich gesetzlich vorgesehene Trinkmenge relativ groß ist (200 ml) und fortgeschritten kranke Menschen z. B. bei bestehenden Schluckschwierigkeiten (z. B. bei hohem Alter, allgemeine Schwäche, neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose, ALS etc.) oft nicht so schnell größere Mengen schlucken können, kann die zunehmende Schläfrigkeit während der Einnahme des Präparates dazu führen, dass nicht die vorgesehene Menge zugeführt werden kann. Auch Übelkeit mit nachfolgendem Erbrechen – bedingt durch den bitteren Geschmack – kann eine verzögerte Resorption mit einem verzögerten Wirkeintritt und protrahiertem Sterbeverlauf verursachen. Um Erbrechen zu verhindern ist vorgesehen 3 x 10 mg Metoclopramid jeweils im Abstand von acht Stunden vor der geplanten Einnahme des Präparates einzunehmen. (52) Zu beachten ist, dass Metoclopramid bei Morbus Parkinson

kontraindiziert ist, da es zu Verstärkung der Dyskinesien und aller anderen Symptome des Parkinson-Syndroms führen kann.

Neben dem zu langsamen Wirkeintritt, der einen protrahierten Sterbeverlauf nach Einnahme des Präparates verursacht, ist auch der zu schnelle Eintritt des Todes als belastende Komplikation beschrieben.

In seltenen Fällen wird berichtet, dass sterbewillige Personen nach Einnahme des Präparates und eingetretenem Bewusstseinsverlust wieder aufwachen, was für alle Anwesenden eine erhebliche psychische Belastung darstellt. Auch neurologische Symptome wie Myoklonien oder unwillkürliche Muskelspasmen sind nach der Einnahme von Natrium-Pentobarbital beschrieben. (51)

Bei einem assistierten Suizid, der eine intravenöse Medikamentengabe erfordert, können technische Schwierigkeiten auftreten. Dazu zählen Probleme beim Legen eines venösen Zugangs, etwa aufgrund schlechter Venenverhältnisse, bei Dehydratation oder vorausgegangener Chemotherapie oder der Verlust der liegenden Leitung durch motorische Unruhe, Myoklonien etc., die dann nicht neu gelegt und die Infusion nicht umgehängt werden darf, sollte die Patient:in bereits bewusstlos sein. Dies wäre eine Tötung auf Verlangen, die in Österreich verboten und strafbar ist. Es sind nur Maßnahmen im Rahmen der CTC zur palliativen Begleitung des weiteren Sterbeverlaufs erlaubt. In Kanada und in den Niederlanden stellt die intravenöse Verabreichung derzeit den bevorzugten Weg des assistierten Suizids dar, während die orale Applikation des tödlich wirksamen Präparats zunehmend seltener genutzt wird. Die orale Einnahme hat den Vorteil, Patient:innen ein höheres Maß an Autonomie zu ermöglichen, da eine ärztliche Begleitung dann nicht unbedingt notwendig ist. (53) Die intravenöse Verabreichung hat den Vorteil, dass der Wirkeintritt besser vorhersehbar ist, sofern es keine Komplikationen mit der Lage der intravenösen Verweilkanüle gibt.

Insgesamt zeigen die beschriebenen Komplikationen, dass assistierter Suizid kein vollständig kontrollierbarer oder immer komplikationsfreier Vorgang sein kann/muss. Eine sorgfältige Aufklärung und professionelle Begleitung sind daher zentrale Voraussetzungen, um Risiken zu minimieren, Belastungen für alle Beteiligten möglichst gering zu halten und im Falle von Komplikationen professionell reagieren zu können.

5.3 Das Präparat

Der österreichische Gesetzgeber sieht für den assistierten Suizid ein gesetzlich festgelegtes, tödlich wirksames Präparat vor. Es handelt sich dabei um 15 g Natrium-Pentobarbital, ein langwirksames Barbiturat, welches in hoher Dosierung zu Atem- und Herzstillstand führt. (54) Aufgrund seiner hohen Toxizität darf dieses Präparat keinesfalls in unbefugte Hände gelangen, und insbesondere nicht von Kindern erreicht werden. Die Verantwortung für eine sichere und

sachgerechte Aufbewahrung liegt bei der sterbewilligen Person selbst oder bei der dafür in der StVfG festgelegten, beihelfenden Person. (30)

Problematisch ist in diesem Zusammenhang in Österreich das Fehlen einer staatlich kontrollierten, lückenlosen Dokumentation dessen, was mit den ausgegebenen Präparaten, deren Zahl man genau kennt, schlussendlich passiert – eine vollständige Nachverfolgung ist derzeit nicht möglich, sodass unklar bleibt, wo sich bereits ausgehändigte Präparate befinden – z. B. wenn eine sterbewillige Person, die das Präparat zu Hause hat, vor dem geplanten AS verstirbt. (55)

5.4 Unsicherheiten im Umgang mit assistiertem Suizid

In verschiedenen Fallbeispielen wird beschrieben, wie häufig sich Menschen, die mit assistiertem Suizid konfrontiert sind, alleingelassen fühlen und sich deshalb an Medical Professionals aus ihrem näheren Umfeld wenden, um Unterstützung zu erhalten. Da aber viele Medical Professionals im Umgang mit assistiertem Suizid bislang nicht ausreichend geschult sind, kann auch diese Situation erheblichen Stress auslösen. Der innere Zwiespalt zwischen dem Wunsch zu helfen und der Unsicherheit darüber, welche Form der Unterstützung angemessen oder möglicherweise sogar illegal ist, erschwert die Situation für die helfenden Personen zusätzlich. (49) Besonders Anfang 2022, als das Sterbeverfügungsgesetz in Kraft getreten ist, waren Medical Professionals oft überfordert. In einer Umfrage, in der ärztliche Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) befragt wurden, gaben weitaus mehr als die Hälfte der befragten Mitglieder an, unzureichend informiert worden zu sein. (56)

Wie mit Komplikationen bei sterbewilligen Personen im Rahmen des assistierten Suizids umzugehen ist, ist sowohl eine ethische als auch eine rechtliche Frage. In Ländern wie Kanada oder den Niederlanden wird bei einem protrahierten Sterbeverlauf das tödlich wirksame Präparat durch eine beihelfende, sog. *„dritte“* Person nachdosiert, um den Todeseintritt zu beschleunigen. (51) Diese Vorgehensweise stellt eine Tötung auf Verlangen dar und ist in Österreich gesetzlich verboten.

Treten nach der Einnahme des vorgesehenen Präparats Komplikationen auf, wie etwa Erbrechen, Myoklonien oder ist der protrahierte Sterbeverlauf qualvoll und symptombelastet, dürfen in Österreich ausschließlich palliative, symptomorientierte Maßnahmen im Rahmen einer Comfort Terminal Care gesetzt werden. Ziel ist es, der betroffenen Person ein würdevolles Sterben zu ermöglichen, ohne aktiv in den Sterbeprozess einzugreifen und diesen aktiv zu beschleunigen. (57)

Ergänzend zur Sterbeverfügung wird empfohlen, eine zumindest nicht-verbindliche Patient:innenverfügung zu errichten, in der lebensverlängernde Maßnahmen und

insbesondere eine Reanimation, abgelehnt werden. Eine Reanimation im Rahmen eines AS ist nur aus drei Gründen zulässig: wenn die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person zum Zeitpunkt der Einnahme nicht gegeben ist, wenn es Zweifel an der Identität der Person gibt oder der Verdacht auf eine illegale Situation besteht. In Österreich ist die erhaltene Entscheidungsfähigkeit sowohl bei der Errichtung der Sterbeverfügung als auch zum Zeitpunkt der Durchführung des assistierten Suizids zwingend erforderlich. (57)

Ebenfalls jeder medizinischen Einrichtung empfohlen eine schriftliche Standard Operating Procedure (SOP) für den Fall zu errichten, wenn Mitarbeitende mit einem assistierten Suizid konfrontiert werden. Mitarbeiter:innen sollten geschult werden, wie man sich korrekt im Falle eines assistierten Suizids verhält. (57) In einer Umfrage für österreichische Palliativfachkräfte wird verdeutlicht, dass die Schulung im Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid als essenziell wichtig erachtet wird. (58)

5.5 Institutionelle Verantwortung

Das Sterbeverfügungsgesetz sieht als primären Ort für die Durchführung eines assistierten Suizids den *privaten Rahmen* vor. Für den Fall, dass sterbewillige Personen den assistierten Suizid in einer Einrichtung oder in einem Krankenhaus durchführen wollen, haben einzelne Institutionen schriftliche SOPs ausgearbeitet, um den Umgang mit dem Thema AS für Mitarbeitende klar zu regeln. Im Folgenden sollen SOPs verschiedener österreichischer medizinischer Institutionen zum Thema AS vorgestellt werden.

Pflegeeinrichtungen und Altenheime mit öffentlicher Finanzierung unterliegen generell einer sogenannten *Duldungspflicht*. Menschen mit Sterbewunsch müssen die Möglichkeit haben, Informationen zum AS zu bekommen. Institutionen ist es nicht gestattet, Bewohner:innen die Durchführung eines assistierten Suizids in ihren Räumlichkeiten zu untersagen, wenn die Institution *zum privaten Rahmen* geworden ist, d. h. die sterbewillige Person zu krank ist, um zum Vollzug des AS nach Hause entlassen werden zu können. Es ist daher für öffentlich geförderte Institutionen nicht legal, in der Hausordnung festzulegen, dass die Durchführung eines AS in ihren Räumlichkeiten verboten ist, mit einer Kündigung oder dem Verlust des Wohnplatzes zu drohen, falls jemand einen AS plant. (59)

Jeder Einrichtung wird dringlich empfohlen eine schriftliche SOP zum assistierten Suizid zu erstellen. Außerdem sollte es in jedem Haus geschulte Ansprechpersonen geben, die bei unklaren Situationen mit ihrer Expertise unterstützen können. (57)

5.5.1 SOP Tauernkliniken GmbH

Die SOP der Tauernkliniken GmbH sieht für Patient:innen aus Ihrem Einzugsgebiet vor, Menschen mit Sterbewunsch eine professionelle Sterbebegleitung zu ermöglichen. Patient:innen dürfen die Räumlichkeiten des Krankenhauses zur Durchführung eines

assistierten Suizids nutzen, sofern dieser aus *„gewichtigen Gründen“* nicht in privaten Räumlichkeiten durchgeführt werden kann.

Mitarbeitende haben das Recht, selbst zu entscheiden, ob sie Beihilfe im Rahmen des assistierten Suizids leisten möchten oder nicht. Aus dieser Entscheidung dürfen keinerlei berufliche Nachteile entstehen („Gewissensklausel“). Mitarbeitenden des Klinikums in Zell am See und des Klinikums in Mittersill ist es zudem gestattet, Beihilfe während der Dienstzeit zu leisten.

Im Falle von Komplikationen nach stattgehabtem AS (protrahierter Verlauf) muss die sterbewillige Person nach Überprüfung der vorliegenden Dokumente (gültige Sterbeverfügung, Patient:innenverfügung) entsprechend den Vorgaben der CTC im Rahmen des Sterbeprozesses begleitet werden. Auch wenn ein:e Patient:in einen assistierten Suizid ohne vorherige Absprache mit dem Behandlungsteam durchgeführt hat, ist eine Reanimation ausschließlich dann zulässig, wenn keine gültige Sterbeverfügung vorhanden ist, wenn begründete Zweifel an der Identität oder der Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person zum Zeitpunkt der Einnahme des Präparates bestehen oder wenn es den Verdacht auf eine illegale Situation gibt.

Zur Aufbewahrung des tödlich wirksamen Präparats stellen die Tauernkliniken eine Verwahrungsmöglichkeit im Suchtgiftschrank zur Verfügung, obwohl die Verantwortung für die sichere Aufbewahrung grundsätzlich bei der sterbewilligen Person selbst oder bei der in der Sterbeverfügung namentlich genannten Beihilfe leistenden Person liegt. (siehe Anhang 2)

5.5.2 SOP Wiener Gesundheitsverbund (WiGeV)

Der WiGeV war einer der ersten Krankenhausverbände, die eine SOP zum Sterbeverfügungsgesetz errichtet haben. Die SOP des WiGeV zum assistierten Suizid sieht vor, dass Patient:innen im Rahmen ihres Selbstbestimmungsrechts einen assistierten Suizid im Haus nur dann durchführen dürfen, wenn sie aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht nach Hause transportiert werden können. Mitarbeitenden des WiGeV ist es jedoch ausdrücklich untersagt, Patient:innen in der Dienstzeit Beihilfe zum assistierten Suizid zu leisten. Außerhalb der Dienstzeit kann medizinischem Personal grundsätzlich nicht verboten werden, Beihilfe beim AS zu leisten. Der WiGeV betont jedoch, dass der laufende Betrieb der Einrichtungen dadurch in keiner Weise beeinträchtigt werden darf.

Für Patient:innen, die einen assistierten Suizid in Räumlichkeiten des WiGeV durchführen möchten, gelten strenge Voraussetzungen. So müssen sowohl eine gültige Sterbeverfügung als auch eine Patient:innenverfügung vorliegen, in der lebensrettende Maßnahmen abgelehnt werden. Das tödlich wirksame Präparat ist von der beihelfenden Person außerhalb der Häuser des WiGeV aufzubewahren. Darüber hinaus sind die Patient:innen verpflichtet, sämtliche

anfallenden Kosten, darunter jene für die Nutzung der Räumlichkeiten, die Reinigung des Zimmers, die Totenbeschau sowie die Leichengebarung, selbst zu tragen. Zudem muss die privat beihelfende Person während der Durchführung des assistierten Suizids anwesend sein.

Eine Einbindung des ärztlichen oder pflegerischen Personals bei der Durchführung des AS ist grundsätzlich verboten. Im Notfall (z. B. protrahierter Verlauf mit hoher Symptomlast) dürfen Mitarbeiter:innen Hilfe im Sinne einer Notfallversorgung im Rahmen der CTC leisten.

Es zeigt sich, dass der Wiener Gesundheitsverbund den assistierten Suizid zwar im Sinne des Selbstbestimmungsrechts anerkennt, diesen jedoch durch klare organisatorische, personelle und rechtliche Abgrenzungen streng reguliert und bewusst aus dem regulären Versorgungsauftrag der Einrichtungen ausklammert. (siehe Anhang 3)

5.5.3 Hausordnung und Stellungnahme Tiroler Hospizgemeinschaft (THG)

Die Tiroler Hospizgemeinschaft (THG) positionierte sich zu Beginn der Einführung des österreichischen Sterbeverfügungsgesetzes ausgesprochen kritisch. In einer veröffentlichten Hausordnung wurde ausdrücklich festgehalten, dass Patient:innen mit einer gültigen Sterbeverfügung weder das tödliche Präparat in den Räumlichkeiten der Einrichtung lagern noch einen assistierten Suizid dort durchführen dürfen. (siehe Anhang 4)

Auch ein zu dem damaligen Zeitpunkt veröffentlichtes Positionspapier der THG machte deutlich, dass der assistierte Suizid aus ethischen und institutionellen Gründen abgelehnt wird. In den Räumlichkeiten der Tiroler Hospizgemeinschaft war der assistierte Suizid somit ausdrücklich untersagt. Die Einrichtung verstand sich klar als Ort der Hospiz- und Palliativbegleitung und grenzte sich bewusst von der Durchführung eines assistierten Suizids in ihren Räumlichkeiten ab. (siehe Anhang 6)

In der erweiterten Stellungnahme des Menschenrechtsbeirat (59) wird deutlich, dass öffentlich finanzierte Einrichtungen den assistierten Suizid in ihren Räumlichkeiten nicht verbieten können. Aus diesem Grund entfernte die THG Punkt 1.5 aus ihrer Hausordnung und veröffentlichte die entsprechend angepasste Form auf der Homepage. (siehe Anhang 5) Auch das Positionspapier wurde angepasst. (siehe Anhang 7)

In der neuen Stellungnahme von HOSPIZ Österreich gemeinsam mit der OPG wird der assistierte Suizid weiterhin kritisch gesehen und eigentlich nicht als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung verstanden. Gleichzeitig wurde jedoch klargestellt, dass ein assistierter Suizid in den Räumlichkeiten einer Hospiz-Einrichtung nicht grundsätzlich verboten werden darf. Zudem wird betont, wie wichtig es ist, Mitarbeitende im Umgang mit Sterbewünschen und dem Thema assistierter Suizid zu schulen. Die Stellungnahme zeigt, dass sich HOSPIZ Österreich zunehmend aktiv mit dieser Thematik auseinandersetzt und konkrete Maßnahmen

fordert, um schwer kranken Menschen am Lebensende ein würdiges Leben, umfassende Betreuung und Unterstützung zu ermöglichen. (60)

6 Fallbeispiele

Das Sterbeverfügungsgesetz ist seit 01.01.2022 in Österreich in Kraft. Seither wurden in verschiedenen Medien einige Berichte und Interviews mit sterbewilligen Menschen veröffentlicht. Diese Berichte geben Einblicke in persönliche Beweggründe, individuelle Lebenssituationen sowie in die Herausforderungen, mit denen Betroffene konfrontiert sind. Im Folgenden werden vier ausgewählte Fallbeispiele vorgestellt, die aus unterschiedlichen Perspektiven zeigen, wie komplex das ethische Spannungsfeld um den assistierten Suizid ist.

6.1 Ernst Ellinger – ein Pfarrer aus Kufstein (61)

In einem Beitrag der *Tiroler Tageszeitung* wurde Ernst Ellinger interviewt, der zu diesem Zeitpunkt 87 Jahre alt war. Aufgrund seiner ausgeprägten Immobilität sowie mehrerer chronischer Erkrankungen erlebt er seinen Alltag als stark eingeschränkt und belastend. Vor diesem Hintergrund äußert er den Wunsch, assistierten Suizid in Anspruch nehmen zu wollen. Ellinger beschreibt, dass er es leid sei, in seinem derzeitigen Zustand weiterzuleben. Er sei *„lebenssatt“*. Er warte gewissenermaßen Tag für Tag auf das Sterben. Er empfinde jedoch eine gewisse Erleichterung in dem Wissen, nun selbst entscheiden zu können, wann er sein Leben beenden möchte. Für ihn stellt die Möglichkeit des assistierten Suizids einen Ausdruck von Selbstbestimmung und Autonomie dar. Nach eigenen Aussagen habe er seine Entscheidung sowohl mit sich selbst als auch mit seinem Glauben vereinbart. Als katholischer Priester könnte die Durchführung eines AS zusätzliches Konfliktpotenzial bergen, da die ablehnende Haltung der Kirche gegenüber dem assistierten Suizid bekannt ist, aber *„dies spiele für ihn dabei keine wesentliche Rolle“.* Er betont, dass *„Ideologien und Besserwisserei“* nicht dazu führen dürften, Menschen die Freiheit zu nehmen, selbst zu entscheiden, wann für sie ein Punkt erreicht sei, an dem das Leben beendet werden solle. Besonders wichtig erscheint ihm, dass auch andere Menschen künftig die Möglichkeit haben sollten, so eine Entscheidung selbstbestimmt zu treffen. Ernst Ellinger verstarb schließlich am 07.11.2024 durch assistierten Suizid.

Der Fall von Ernst Ellinger zeigt das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach persönlicher Selbstbestimmung, religiösen Vorstellungen und kirchlicher Haltung am Lebensende. Während er seine Entscheidung mit seinem eigenen Glauben vereinbar sah, steht dies im Gegensatz zur ablehnenden Haltung der Kirche gegenüber assistiertem Suizid. Dadurch wird deutlich, dass individuelle Überzeugungen und religiöse Positionen nicht immer im Einklang stehen – und durchaus für Konfliktpotenzial bzw. ethische Dilemmata sorgen können. Pfarrer Ellinger hat sein Recht auf Autonomie genutzt und seine eigene Entscheidung getroffen.

6.2 Patientin mit Multipler Sklerose aus Tirol (62)

Im April 2023 berichtete die *Kronen-Zeitung* über eine Patientin, die an der neurodegenerativen Erkrankung Multiple Sklerose litt. Sie beschreibt ihre Krankheit als einen

„Holzwurm“, der ihren Körper nach und nach zersetzt. Aus dieser Erfahrung heraus entstand in ihr der Wunsch, selbst bestimmen zu können, wann sie ihr Leben beenden möchte. Deshalb entschied sie sich dazu, eine Sterbeverfügung zu errichten. Im Gespräch mit der *Krone* schildert sie jedoch auch die erheblichen Hürden, die ihr auf diesem Weg begegneten. Zahlreiche Ärzt:innenpraxen habe sie aufsuchen müssen, wobei sie vielerorts auf Unsicherheit, Irritation und Überforderung seitens der Ärzt:innen gestoßen sei. Während ihre Krankheit Tag für Tag weiter fortschritt und sie zunehmend fühlte, dass ihre Kräfte ihren Körper mehr und mehr verließen, entwickelte sich die Suche nach Unterstützung für die Durchführung eines AS zu einem Wettlauf gegen die Zeit. Die vielen Absagen führten zu Verzweiflung und der Frage, ob das Sterbeverfügungsgesetz seinem Anspruch auf ein selbstbestimmtes Sterben tatsächlich gerecht wird.

Dieser Artikel verdeutlicht, wie schwierig es für Patient:innen ist, geeignete Anlaufstellen zu finden. Insbesondere in der Anfangsphase nach Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes waren Unwissenheit und Unsicherheit unter Mediziner:innen groß und die Bereitschaft der Ärztekammern enden wollend, Informationen zu Ärzt:innen, die Aufklärung nach § 7 StVfG durchführen, einfach auffindbar zu machen. Ebenso war es schwierig über die Apothekerkammern Apotheken zu finden, die das Präparat ausgeben – wobei es auch heute noch in vielen österreichischen Bundesländern für sterbewillige Personen schwierig ist, an diese Informationen selbst und unkompliziert heranzukommen. Hier besteht in den meisten Bundesländern noch großer Handlungsbedarf, diese Informationen einfach für sterbewillige Personen zugänglich zu machen und gerade deshalb ist auch eine umfassende Schulung von Medical Professionals im Umgang mit sterbewilligen Menschen von großer Bedeutung. Nur so kann gewährleistet werden, dass schwerkranke oder schwer beeinträchtigte Menschen mit Sterbewunsch kompetente Begleitung und verlässliche Unterstützung am Lebensende erhalten. Einer Patientin wie dieser Frau blieben die Verzweiflung und Einsamkeit am Ende ihres Lebens nicht erspart, die aus der Schilderung der endgültigen Durchführung ihres assistierten Suizids auf einer Toilette in den Räumlichkeiten der medizinischen Universität Innsbruck hervorgeht:

Aus der persönlichen Befragung von Mitgliedern des Notfallteams der Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin der medizinischen Universität Innsbruck, die zu diesem AS gerufen wurden, geht hervor, dass an einem späten Nachmittag im April 2023 das innerklinische Notfallteam von der regionalen Leitstelle alarmiert wurde, die einen externen Anruf vom Sohn der sterbewilligen Person erhalten hatte: *„…Verdacht auf assistierten Suizid in der Toilette der chirurgischen Ambulanz; Anrufer nicht vor Ort…“.* Nach sieben Minuten intensiver Suche fiel dem Notfallteam der Klinik eine Behindertentoilette auf, die von innen versperrt war. Nach Türöffnung fand das Notfallteam die verstorbene Frau vornübergebeugt in einem Rollstuhl sitzend auf, auf ihrem Schoß lagen eine notariell beglaubigte Sterbeverfügung

und eine Patient:innenverfügung, in der eine Reanimation abgelehnt wurde. Die Glasflasche mit der tödlichen Substanz (15 g Natrium-Pentobarbital) lag auf ihrem Schoss und war leer. Die Frau wurde vom Notfallteam und anschließend offiziell von der totenbeschauenden Notärztin für tot erklärt. Gemäß dem standardisierten Suizidprotokoll des Krankenhauses war gleichzeitig mit der Alarmierung des Herzalarmteams auch die Polizei und – weil die verstorbene Frau zu diesem Zeitpunkt keine Patientin des Krankenhauses war – auch die Amtsärztin alarmiert worden (Patientin war nicht stationär). Die anwesenden Polizeibeamt:innen hatten keine Vorstellung davon, was *„assistierter Suizid“* bedeutet. Gemeinsam mit der zuständigen Totenbeschauärztin konnten alle Formalitäten korrekt erledigt werden (Feststellung des Todes durch assistierten Suizid, Überführung an die Rechtsmedizin, Meldung an das österreichische Sterbeverfügungs-Register für Todesfälle durch assistierten Suizid).

Der unbegleitete Tod dieser Patientin an der Klinik Innsbruck zeigt einige der Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung eines neuen Gesetzes auf, das den privaten Rahmen als Sterbeort vorsieht, der aber von vielen Menschen aus Angst abgelehnt wird und dann zu einer solchen Verzweiflungstat und einem Tod ohne menschliche Begleitung und Beistand führt.

6.3 Niki Glattauer – Journalist und Autor (63)

Der Fall Niki Glattauer aus dem Jahr 2025 gilt als einer der prominentesten im Kontext des österreichischen Sterbeverfügungsgesetzes. Glattauer, der als Autor, Journalist, Lehrer und Sonderpädagoge tätig war, litt an einer schweren Krebserkrankung sowie an weiteren gesundheitlichen Einschränkungen. In einem Interview mit dem *FALTER* und *Newsflix* sprach er offen über seine Entscheidung für einen assistierten Suizid. Dabei betonte er insbesondere den Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende sowie die Bedeutung für ihn, die gesetzliche Möglichkeit des assistierten Suizids öffentlich bekannt zu machen. Sein Anliegen war es, über die rechtlichen und praktischen Abläufe aufzuklären und seine persönliche Entscheidungsfindung transparent zu machen. In dem Interview schilderte er zudem seine letzten Lebenswochen, die von bewusster Abschiednahme geprägt waren, insbesondere im Hinblick auf seine Familie. Dr.in Christina Kaneider und eine diplomierte Krankenschwester begleiteten Niki Glattauer an seinem selbstgewählten Todestag, dem 04.09.2025. (63)

Dieser Fall sorgte vor allem in Österreich, aber auch in Ländern wie Deutschland für hohe mediale Aufmerksamkeit. Die Expertin dieser Diplomarbeit, Dr.in Kaneider, gab auf *news.at* ein Interview und beschreibt den Gegen- aber auch den Rückenwind, den sie bekommen hat. *„Es gibt nicht das richtige und das falsche Sterben“* ist ein Zitat, um zu verdeutlichen, dass sich unsere Sterbekultur ändern muss. Es sollte keinen strikt vorgegebenen Plan geben, wie jeder Mensch zu sterben hat. Jeder Mensch sollte diesen Weg autonom und selbstbestimmt gehen können, auch wenn dieser Weg über den assistierten Suizid führt. (64)

In mehreren Artikeln wird vor den Auswirkungen des Interviews von Niki Glattauer gewarnt. Es wird von Warnung vor Werbung gesprochen. (65,66) In verschiedenen Artikeln wird scharfe Kritik an der medialen Berichterstattung geübt. *„Falter ging zu weit“* (67) sagte die Innsbrucker Medizinethikerin Claudia Paganini und kritisiert dabei, dass es im Artikel zu wenig Gegenstimmen geben würde. Sie befürchtet dabei einen großen Nachahmungseffekt. Die katholische Kirche Österreich bemängelte dies ebenfalls und befürchtet, dass der assistierte Suizid zu einer „*normalen Lösung*“ (lt. Wording der katholischen Kirche) werden könnte. (68)

Dieses Interview mit Niki Glattauer, das auch auf YouTube veröffentlicht wurde und dem AS dadurch noch mehr persönliche Nähe und ein Gesicht verlieh, entfachte eine breite Diskussion über das Sterbeverfügungsgesetz. Kritiker:innen meldeten sich verstärkt zu Wort und äußerten über verschiedene Medien ihre Bedenken und Sorgen. Als Reaktion auf diese ablehnenden Haltungen verfassten Kaneider und Crepaldi eine Kontroverse, in der sie die unterschiedlichen Kritikpunkte aufgreifen und argumentieren. Darin setzen sie sich kritisch mit den Einwänden auseinander und bedauern, dass, anstatt über Verbesserungen der Suizidhilfe zu sprechen, vor allem darüber diskutiert werde, das Sterbeverfügungsgesetz wieder abzuschaffen. (69)

6.4 Missbrauchsfall? Steirischer Winzer vor Gericht (70)

Einem 58-jährigen Winzer aus der Steiermark wird vorgeworfen, am 07.03.2025 einer 71-jährigen wohlhabenden Frau Natrium-Pentobarbital ohne deren Information verabreicht zu haben. Laut Anklage soll er das Mittel in ein Glas eingerührt und der Frau gegenüber angegeben haben, es handle sich um ein Magenschutzmittel.

Belastet wird der Beschuldigte durch die Aussagen zweier Zeug:innen, die als 24-Stunden-Pfleger:innen der Frau tätig waren. Beide schilderten, dass ihnen die Geschehnisse in jener Nacht verdächtig erschienen seien. Einer der Pfleger:innen gab zudem an, Angst vor dem 58-jährigen Mann gehabt zu haben. Auch eine Freundin der verstorbenen Frau äußerte, dass ihr die Umstände merkwürdig erschienen. Zudem habe die Verstorbene ihr telefonisch zugesichert, sich am Tag nach ihrem Todestag melden zu wollen.

Als mögliches Motiv wird Habgier genannt. Medienberichten zufolge soll das Weingut des Winzers insolvent gewesen sein, zudem habe er sich in finanziellen Schwierigkeiten befunden und immer wieder den Kontakt zu wohlhabenden Frauen gesucht. Die verstorbene Frau habe ihn bereits 2022 als Alleinerben eingesetzt. (70)

Am 11. Mai 2026 wurde der 58-jährige Winzer am Landgericht St. Pölten freigesprochen. Er habe korrekt nach dem Sterbeverfügungsgesetz gehandelt, so entschieden die Geschworenen. Der Sterbewille der 71-jährigen Frau lässt sich dabei nicht genau klären. Der Verteidiger des Winzers, Michael Dohr, sprach Lücken im Gesetz an und forderte, dass eine dritte Person als Zeug:in im Rahmen der Durchführung des AS Pflicht werden sollte. (71,72)

Dieser Fall zeigt, wie komplex die Situationen rund um den AS sein können, wie komplex es unter Umständen auch sein kann, Missbrauch im Zusammenhang mit dem Sterbeverfügungsgesetz zu verhindern beziehungsweise rechtlich zu beurteilen. Dadurch, dass die Sterbebegleitung gesetzlich im privaten Rahmen vorgesehen ist, werden die Kontrolle und Nachvollziehbarkeit immer schwierig sein.

7 Methodik

7.1 Forschungsdesign

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es eine fachlich fundierte Einschätzung zum Sterbeverfügungsgesetz in Österreich durch ein Expert:inneninterview mit einer Person zu erhalten, die sowohl große medizinethische Expertise als auch praktische Erfahrung mit dem Thema assistierter Suizid hat, um damit Möglichkeiten für Verbesserungen in der praktischen Umsetzung herauszuarbeiten. Daher wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, da die Fragestellung auf das Verstehen und die differenzierte Analyse der fachlichen Einschätzung, der persönlichen Erfahrungen und einer kritischen persönlichen Bewertung ausgerichtet ist.

7.2 Auswahl der Expertin

Nach Gläser und Laudel ist ein:e Expert:in *„die Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“* (73)

Für das im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Expert:inneninterview wurde Dr.in Christina Kaneider ausgewählt: Sie war von 2014 bis 2024 als Palliativmedizinerin in der Tiroler Hospizgemeinschaft tätig und verfügt somit über langjährige Erfahrung in der Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen. Seit 2022 begleitet sie sterbewillige Personen im Kontext des assistierten Suizids und konnte dadurch umfassende praktische Erfahrungen im Umgang mit den Regeln des Sterbeverfügungsgesetzes sammeln. Seit 2024 ist sie als Wahlärztin selbstständig tätig.

Seit 2025 ist Dr.in Kaneider Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL). In dieser Funktion setzt sie sich intensiv mit der Weiterentwicklung der praktischen Umsetzung des Sterbeverfügungsgesetzes auseinander und erarbeitet konkrete Verbesserungsvorschläge mit dem Ziel, Menschen mit Sterbewunsch ein möglichst würdevolles Lebensende zu ermöglichen – dabei ist für sie der Gedanke leitend, dass Menschen mit Sterbewunsch am Ende des Lebens nicht schlechter behandelt werden dürfen als Menschen ohne Sterbewunsch. Die ÖGHL engagiert sich insbesondere in den Bereichen Information, Aufklärung und Unterstützung rund um ein humanes Lebensende. Sie erstellt und verbreitet Informationsmaterialien, organisiert Informationsveranstaltungen, fördert den gesellschaftlichen Dialog und vernetzt relevante Stakeholder. Zudem bietet sie umfassende Beratung und Unterstützung im Rahmen der Aufklärung zum Sterbeverfügungsgesetz und beteiligt sich an Aus- und Fortbildungsmaßnahmen zur Förderung einer Sterbekultur, die auch sterbewilligen Menschen bei der Durchführung eines AS eine würdevolle Begleitung zugesteht.

Neben ihrer langjährigen praktisch-palliativmedizinischen Erfahrung hat Dr.in Kaneider seit Inkrafttreten des StVfGs mit zahlreichen Menschen Sterbeverfügungen errichtet und ist eine der Personen, die in Österreich große Erfahrung mit der Begleitung sterbewilliger Personen bei der Durchführung des AS haben. Zusätzlich hat Dr.in Kaneider aufgrund ihrer aktuellen Tätigkeit im Bereich der Interessenvertretung sterbewilliger Personen (ÖGHL) und der Weiterentwicklung des StVfG (Verfassungsklagen der ÖGHL) einen besonders fundierten und vielschichtigen Einblick in die rechtlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen. Damit eignet sich Dr.in Kaneider exzellent als Expertin für das Interview im Rahmen dieser Diplomarbeit.

7.3 Durchführung des Interviews

Die Grundlage des Gesprächs bildete ein im Vorfeld erstellter Interviewleitfaden in Form eines Fragebogens. Der Fragebogen beinhaltete 18 Fragen rund um das Thema Assistierter Suizid. Ziel des Interviews ist es, durch gezielte Fragen möglichst umfangreiche und relevante Informationen zum Thema AS zu gewinnen. (73) Das Interview wurde über die Onlineplattform „zoom.com“ durchgeführt und fand in einem ungestörten Rahmen statt. Mit Einverständnis der Expertin wurde das Gespräch digital aufgezeichnet, um eine möglichst genaue und vollständige Offline-Auswertung im Anschluss zu gewährleisten.

7.4 Datenaufbereitung

Nach der Aufzeichnung des Interviews wurde die Audiodatei mithilfe des KI-gestützten Transkriptionstools „transcribe.org“ transkribiert. Das entstandene Transkript wurde anschließend sorgfältig manuell überprüft und hinsichtlich der Transkriptionsfehler korrigiert. Worte aus dem Dialekt wurden in Standardsprache übertragen, um eine einheitliche sprachliche Darstellung zu gewährleisten. Darüber hinaus wurden grammatikalische und syntaktische Unstimmigkeiten ausgebessert, um die Lesbarkeit und den sprachlichen Fluss des Interviews zu verbessern, ohne den inhaltlichen Aussagegehalt zu verändern. Anschließend wurde der Expertin das überarbeitete Transkript per E-Mail übermittelt mit der Bitte, inhaltliche Überprüfung vorzunehmen, notwendige Korrekturen anzubringen und fehlende Inhalte zu ergänzen. Die Aufzeichnung wurde nach der Bearbeitung gelöscht.

Zur Auswertung des Expert:inneninterviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Diese Methode zeichnet sich durch eine systematische Analyse aus, indem sie den Text schrittweise mit theoriegeleiteten, am Material entwickelten Kategoriensystemen bearbeitet. (74) Für die vorliegende Untersuchung wurde ein induktiver Ansatz gewählt. Das bedeutet, dass die Kategorien direkt aus dem Interviewmaterial entwickelt wurden. Die Kategorienbildung erfolgte somit materialgestützt und orientierte sich an den inhaltlich relevanten Aussagen der Expertin. Ziel dieses Vorgehens war es, neue Erkenntnisse zu

gewinnen und die inhaltlichen Perspektiven der Befragten möglichst offen und unverfälscht abzubilden.

Im Analyseprozess wurden zunächst die relevanten Textstellen identifiziert. Anschließend wurden inhaltlich zusammenpassende Aussagen gebündelt und zu Kategorien zusammengefasst. Durch die schrittweise Verdichtung des Ausgangsmaterials konnten zentrale Themen und wiederkehrende Muster herausgearbeitet werden. Die entwickelten Kategorien bilden die Grundlage für die anschließende Interpretation der Ergebnisse und die Beantwortung der Forschungsfrage.

8 Resultate

8.1 Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertung des Interviews erfolgt durch ein Kategoriensystem. Dabei wurden aus den Antworten fünf Hauptkategorien gebildet. Manche Kategorien wurden nochmals in Subkategorien aufgeteilt. Die genauen Bezeichnungen und Zugehörigkeiten der Kategorien und Subkategorien sind in der folgenden Abbildung dargestellt:



Abbildung 8.1: Kategoriensystem zur Auswertung des Interviews mit Dr.in Christina Kaneider (Eigenanfertigung mit ChatGPT)

8.2 Arbeit der Expertin

8.2.1 Arbeit mit sterbewilligen Patient:innen

In dieser Subkategorie soll aufgezeigt werden, was es heißt als Sterbebegleiter:in tätig zu sein. Dabei wurde die Expertin dazu befragt, wie ihre Arbeit mit Patient:innen aussieht, die eine Sterbeverfügung errichten möchten. Ihr Vorgehen orientiert sich an den Bedürfnissen der sterbewilligen Personen. Den ersten Kontakt beschreibt sie so:

„Dann mach ich mir zuerst mal einen Überblick, um was es genau geht: die Patient:innen kommen mit unterschiedlichem Wissensstand und zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer Erkrankung zu mir. Häufig geht es zu Beginn um das Formalrechtliche. Ich erkläre anhand der

Grafik der ÖGHL den konkreten Ablauf bis zur Errichtung einer Sterbeverfügung. Viele denken, das ist meine ganze Arbeit – den Menschen das Gesetz erklären. Aber meine Arbeit ist sehr viel mehr – ich möchte gleichzeitig auch Ansprechpartnerin für den Sterbewunsch sein."

Wie Patient:innen reagieren, ist oft sehr unterschiedlich:

„Es gibt schon von Anfang an eine klare Idee von Patient:innen, weil sie meistens schon eine hohe Symptomlast haben. Diese Patient:innen möchten schnell das Organisatorische abhandeln. Das ist der häufigste Fall. Aber man merkt jedes Mal, dass dieses Zu-mir-Kommen und jeder einzelne Schritt, den die Patient:innen für die Errichtung der Sterbeverfügung machen, einen innerpsychischen Konflikt auslösen kann."

„Sobald die Sterbeverfügung errichtet ist, agieren sterbewillige Personen dann wieder sehr unterschiedlich: Die einen, die schon bei der Eingangstür einen Termin zum assistierten Suizid ausmachen möchten. Die anderen, die aus meiner Praxis gehen und froh sind, dass das Organisatorische hinter ihnen liegt und sich dann aber lange nicht mehr bei mir melden. Und dann gibt es noch die Menschen, die sich nicht sicher sind."

Schwerkranke Patient:innen sind sich in ihrem Sterbewunsch nicht immer eindeutig sicher. Häufig gehen damit verschiedene innere Konflikte und unklare Gefühle einher. Um den Sterbewunsch genauer zu verstehen, zu konkretisieren und sorgfältig zu explorieren, beschreibt die Expertin ihr Vorgehen wie folgt:

„Das merkt man, sobald man sterbewillige Menschen nach ihrer konkreten Vorstellung der Sterbeszene fragt. Diese Patient:innen antworten nicht präzise. Sie haben diese Szene noch nicht genau in ihrer Vorstellung durchgespielt, was es genau für sie heißt und was es für ihr Umfeld bedeutet AS durchzuführen. Die Patient:innen selbst gewinnen erst durch die Imagination der persönlichen Sterbeszene ein Bild von sich. Mir stellt sich die Frage: Kann ein:e Patient:in über ihr Vorhaben reflektiert sprechen? Kann ein:e Patient:in die Angehörigen mit in das Sterbeszenario einbinden? Wenn Angehörige aus Sicht der Patient:innen nicht einbezogen werden sollen oder können, versuche ich die Gründe dafür zu verstehen. Dahinter können oft ungelöste familiäre Konflikte stehen. Meine Aufgabe ist dann das Gesamtbild zu zeichnen und den Patient:innen die Möglichkeiten aufzuzeigen hier noch rechtzeitig nachzuarbeiten."

„Ich frage Patient:innen auch nach dem gewünschten Sterbedatum. Patient:innen haben oft ein genaues Datum vor sich. Wenn ich zum Beispiel aus terminlichen Gründen genau an diesem Tag nicht kann, stoßen Patient:innen dann auf eine emotionale oder innerpsychische

Schwelle. Ein Sterbedatum auszusuchen, ist kulturell natürlich auch noch gar nicht etabliert und daher manchmal schwierig für sterbewillige Personen. Je schwieriger es für Patient:innen ist, ein Datum festzulegen, desto eher ist dies für mich ein Anlass, mögliche Ambivalenzen nochmals genauer zu explorieren. Da merkt man oft, dass es noch ein bisschen Zeit braucht. Da geht es um das Phänomen der *„Double Awareness*“, dass Gedanken an Leben und Tod gleichwertig nebeneinander bestehen können und gleichzeitig gemanagt werden müssen und können. Das ist ein Spannungsfeld, welches Patient:innen spüren.“

Die Expertin berichtet über eine konkrete Patientin und warnt dabei davor, innerpsychische Konflikte mit einem Mangel an Entscheidungsfähigkeit zu verwechseln:

„Ich hatte vor kurzer Zeit eine Patientin. Bei ihr ist dieses Spannungsfeld der *Double Awareness* wahnsinnig stark ausgeprägt. Sie hat gekämpft für diese Sterbeverfügung, aber sie ist noch jung und will eigentlich leben. Gleichzeitig will sie aber nicht „SO“ leben, weil ihre Krankheit sie sehr belastet. Sie ist innerlich völlig zerrissen, aber entscheidungsfähig und konsistent in ihrem Sterbewunsch. Entscheidungsfähigkeit und dieser bestehende innerpsychische Konflikt werden nämlich oft verwechselt, sind aber sicher nicht dasselbe.“

8.2.2 Politische Begegnungen

Als Präsidentin der ÖGHL nimmt die Expertin eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung des Sterbeverfügungsgesetzes ein. Ihr ist es ein großes Anliegen, bestehende Regelungen kritisch zu reflektieren und das Gesetz durch Novellierungen kontinuierlich zu verbessern. Zu ihrer politischen Arbeit macht sie folgende Aussagen:

„Sicher könnte ich nur in Tirol wirksam sein und dort Patient:innen betreuen, aber ohne die politische Arbeit geht es nicht. Das Sterbeverfügungsgesetz ist jetzt gekommen und de facto gibt es keine etablierte praktische Struktur.“

„In der ÖGHL übernehme ich in der Funktion der Präsidentin die Öffentlichkeitsarbeit und die politische Arbeit. Das heißt, Ideen zur Verbesserung der praktischen Umsetzung des StVfG kommen von mir. Peter Gowin, Gründer des Vereins, und einige Menschen in der ÖGHL unterstützen mich dabei sehr.“

Bei Problemen oder institutionellen Fehlentwicklungen spricht die Expertin diese offen an und weist auf bestehende Missstände hin:

„Anlaufstelle Nummer eins, was institutionelle Hürden und Barrieren im Zusammenhang mit dem Sterbeverfügungsgesetz anbelangt, ist die Volksanwaltschaft. Die Volksanwaltschaft ist eine Institution des Staates, die kontrolliert, ob andere Institutionen korrekt arbeiten."

„Auch mit dem Bundesministerium für Justiz halte ich Kontakt."

Im Interview schildert sie zwei konkrete Fälle aus ihrer beruflichen Praxis, in denen sie die Volksanwaltschaft einschaltete. Aus ihrer Sicht wurde in diesen Situationen die institutionelle Verantwortung gegenüber den betroffenen Personen nicht ausreichend wahrgenommen. Anhand dieser Beispiele verdeutlicht sie, welche Folgen strukturelle Versäumnisse haben können und weshalb sie es als wichtig erachtet, auf Missstände aufmerksam zu machen und diese an die zuständigen Stellen heranzutragen:

„Das erste Mal, als ich mit der Volksanwaltschaft in Kontakt gekommen bin, war wegen der neu veröffentlichten Hausordnung meines Ex-Arbeitgebers. Das hat mich als damals noch Mitarbeiterin unmittelbar auch persönlich und in meiner Arbeit mit sterbewilligen Menschen betroffen."

„Ein zweiter Fall war ein Patientenanwalt, welcher die Sterbeverfügung für eine Patientin nur errichten wollte, wenn auch die hilfeleistende Person persönlich bei ihm anwesend ist. Das steht im Gesetz so nicht. Dieser Fall ging zur Volksanwaltschaft und sogar bis zum Bundesministerium für Justiz, weil der Patientenanwalt nicht nachgegeben hat. Diesen Fall haben wir gewonnen, da niemand fordern kann, dass die hilfeleistende Person bei der Erstellung der Sterbeverfügung anwesend sein muss. Nur die sterbewillige Person muss höchstpersönlich anwesend sein."

8.3 Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz

8.3.1 Meinung zum aktuellen Gesetz

Die Expertin wurde nach ihrer Einschätzung des bestehenden StVfG gefragt und insbesondere danach, ob sie darin Vorteile sieht, dass für diesen sensiblen Bereich überhaupt ein gesetzlicher Rahmen geschaffen wurde. In dieser Subkategorie werden ihre Ansichten zum aktuellen Gesetz beleuchtet. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, welche Auswirkungen die gesetzliche Regelung auf die Praxis des AS und die beteiligten Personen hat:

„Grundsätzlich ist das österreichische Sterbeverfügungsgesetz ganz okay und einen gesetzlichen Rahmen zu haben ist gut, weil es vor allem Dritte, also mich und alle anderen, die beteiligt sind, schützt."

„Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit ist z. B. im Rahmen von psychiatrischen Erkrankungen oft hochkomplex und eröffnet immer wieder ein Spannungsfeld zwischen Medizin und Recht. Da gibt es keinen Algorithmus, den man einfach und unhinterfragt anwenden kann. Das österreichische Gesetz ist deshalb gut, weil die Verantwortung für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit einer sterbewilligen Person auf mehrere Schultern aufgeteilt wird."

8.3.2 Verbesserungen

Die Expertin bewertet grundsätzlich positiv, dass überhaupt ein gesetzlicher Rahmen geschaffen wurde, da dieser Orientierung und rechtliche Sicherheit bietet. Gleichzeitig weist sie jedoch auf verschiedene Schwierigkeiten und Unklarheiten hin, die sich in der praktischen Umsetzung ergeben. Neben ihrer Kritik benennt sie auch konkrete Verbesserungsmöglichkeiten und Reformansätze, die aus ihrer Sicht dazu beitragen könnten, bestehende Probleme zu verringern und die Regelung für alle Beteiligten besser auszugestalten.

Im Hinblick auf eine Vereinheitlichung des StVfG auf Ebene der Bundesländer, insbesondere hinsichtlich der Totenbeschau, führt sie Folgendes aus:

„Beteiligte Personen (Ärzt:innen, Pflegekräfte, Exekutive) wissen oft nicht, wo sie nachschauen können, um sich zu informieren. Besonders kompliziert ist es im österreichweiten Vergleich auch deswegen, weil die Totenbeschau in jedem Bundesland unterschiedlich juristisch geregelt ist. Ich merke auch immer wieder, dass die medizinischen Professionals aber auch die Exekutive, die mit dem StVfG in Berührung kommen, sich oft nicht gut auskennen und leidtragend ist schlussendlich immer die Patient:in."

„Mittlerweile gibt es ein von der ÖGHL erarbeitetes Modellkonzept für die Praxis guter Suizidhilfe mit dem Namen „Fürsorge zur Autonomie". Das beschriebene Konzept für den Umgang mit sterbewilligen Personen soll österreichischer Standard werden, mit der Option, europaweit Gültigkeit zu erlangen."

„Polizei, Behörden und Gerichte sollen österreichweit wesentlich besser geschult werden, um sicherer und gut begründet handeln und entscheiden zu können."

„Die Gesetzgebung zur Totenbeschau sollte bundesländerübergreifend vereinheitlicht werden, damit das Prozedere überall gleich ablaufen kann: Ein nachweislich gesetzeskonform durchgeführter assistierter Suizid sollte bei eindeutiger Totenbeschau und ohne konkrete Hinweise auf eine Straftat weder kriminalpolizeiliche Ermittlungen noch eine gerichtliche Obduktion nach sich ziehen."

Zum Thema Professionalisierung der Sterbebegleitung hat die Expertin ebenfalls eine klare Haltung:

„Es braucht eine Professionalisierung im Umgang mit dem assistierten Suizid, das ist unabdingbar. Im Gesundheitswesen tätige Menschen, die dazu bereit sind, müssen geschult werden, um dann korrekt Suizidassistenz leisten zu können."

„Also es geht mir um die Professionalisierung und Qualitätssicherung beim selbstbestimmten Sterben."

„Suizidhilfe sollte nicht nur privat organisiert werden, sondern durch darauf spezialisierte Menschen (medizinische Professionist:innen, evtl. innerhalb von Organisationen) begleitet werden. Dadurch sollte Qualität, Sicherheit und Missbrauchschutz verbessert werden."

„Vereine wie die ÖGHL sollten offiziell (staatlich) anerkannt und unterstützt werden, damit Betroffene und Angehörige professionelle Beratung und Begleitung erhalten könnten."

„Gesundheitsberufe sollten flächendeckend spezielle Schulungen zum Thema assistierter Suizid, Ethik, Kommunikation und Krisenmanagement erhalten."

Die Professionalisierung der Sterbebegleitung durch Vereine wie die ÖGHL ist ein Thema, das die Expertin mehrfach hervorhebt. Anhand eines konkreten Fallbeispiels erläutert sie, weshalb sie eine fundierte Ausbildung und professionelle Begleitung für unerlässlich hält und warum das beteiligte Personal entsprechend geschult sein sollte:

„Vor kurzer Zeit bekam ich einen Anruf von Angehörigen einer Patientin, ich solle schnell kommen, da die Patientin sehr schwach sei. Im Hintergrund hörte ich die Patientin vor Schmerzen schreien. Also haben wir einen Termin ausgemacht. Wir, eine Krankenpflegerin, mit der ich eng zusammenarbeite, und ich, kamen dort an und es waren viele Angehörige anwesend. Die Situation war total angespannt. Ich habe den Willen der Patientin mit ihr erhoben, die Unterlagen gecheckt und Alternativen wie die Palliativstation erneut angeboten. Die Angehörigen hatten eine Erwartungshaltung an uns, dass der AS schnell und schmerzfrei durchgeführt wird, und das übte immensen Druck auf mich aus. Beim Leitung legen habe ich mir schwergetan. Ich habe eine Dreiviertelstunde gebraucht, um diesen venösen Zugang vernünftig zu legen und der geschwächten Patientin zu erklären, dass sie diese Infusion selbst aufdrehen muss. Die Familiensituation war zudem auch sehr kompliziert. Diese gesamte Situation war angespannt und aus meiner Sicht sehr anstrengend. Aus so einem Fall, der kein Einzelfall ist, merkt man, wie wichtig eine Professionalisierung ist!"

Das Werbeverbot stellt für die Expertin einen besonders wichtigen Aspekt im Rahmen der aktuellen Regelungen des StVfGs dar. Im Zusammenhang mit diesem Thema machte sie mehrere interessante Aussagen:

„Das Werbeverbot sollte klarer definiert werden! Es herrscht ganz viel Unwissenheit zu diesem Thema. Wenn ich jetzt an die Klinik Innsbruck denke: die wissen genau, dass ich sterbewillige Menschen begleite, und trotzdem werden die Patient:innen mir nicht zugewiesen. Das ist ein Riesenproblem."

„Mit Erkenntnis vom 12. Dezember 2024 hat der VfGH das zuvor sehr weitreichende Werbeverbot teilweise aufgehoben. Sachliche Hinweise auf die Bereitschaft zur Hilfeleistung dürfen nicht verboten werden; untersagt bleibt das Anpreisen von Suizidhilfe."

„Menschen mit Sterbewunsch sollten nicht benachteiligt werden, etwa in Pflegeheimen oder Hospizen. Ihnen sollten Information und Unterstützung auf Nachfrage frei verfügbar gewährt und nicht verweigert werden dürfen."

„Jede Person hat ein gesetzlich abgesichertes Recht auf Informationen über Suizidhilfe und sollte auch eine professionelle Begleitung haben."

„Krankenhäuser und andere öffentliche Einrichtungen sollten verpflichtet werden, sachliche Informationen zum Sterbeverfügungsgesetz bereitzustellen."

Wichtig ist Frau Dr.in Kaneider eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit und zwischen Institutionen und Vereinen:

„Es sollte dazu eine Kooperation geben zwischen den Institutionen: Palliativmediziner*innen, ÖGHL und die unterschiedlichen medizinischen Einrichtungen."

„Ansonsten habe ich mittlerweile einen besseren Kontakt zur österreichischen Palliativgesellschaft und zum Dachverband HOSPIZ Österreich. Man zeigt sich hier langsam gesprächsbereiter und offener in Bezug auf eine mögliche Kooperation."

Auch die Problematik mit den nicht-verwendeten Präparaten wird von Dr.in Kaneider angesprochen:

„Für nicht verwendete, potenziell tödlich wirksame Präparate sollten klare Regeln gelten, etwa sichere Verwahrung bis zur Durchführung des AS und Rückgabepflicht an Apotheken bei Nicht-Verwendung: In der Praxis findet eine Rückgabe oft nicht statt bzw. wird die Rückgabe auch sehr unzureichend kontrolliert."

Um Sterbebegleitung auszuweiten und die Wartezeiten für Patient:innen zu verkürzen, gibt die Expertin folgenden Verbesserungsvorschlag:

„Neben Fachärzt:innen für Psychiatrie und klinischen Psycholog:innen sollten auch entsprechend qualifizierte Psychotherapeut:innen im Rahmen einer gesetzlich neu zu treffenden Regelung in die Abklärung der Entscheidungsfähigkeit einbezogen werden können. Dadurch stünde eine größere Zahl entsprechend qualifizierter Fachpersonen für die Evaluierung der Patient:innen zur Verfügung."

8.3.3 Meinung zur Tötung auf Verlangen

Die Expertin wurde nach ihrer Haltung zur Tötung auf Verlangen befragt. Diese Form der Sterbehilfe ist in einigen Ländern, beispielsweise in den Niederlanden, unter bestimmten gesetzlichen Voraussetzungen erlaubt. Im Rahmen des Interviews äußerte sie sich zu den verschiedenen Aspekten dieses Themas und erläuterte ihre persönliche Einschätzung. Die folgenden Aussagen geben einen Einblick in ihre Sichtweise und die damit verbundenen Überlegungen:

„Wir haben seit 01.01.2022 das Sterbeverfügungsgesetz und sollten uns erstmal intensiv damit beschäftigen, korrekt und menschlich mit dem AS umgehen zu lernen und dafür eine praxisnähere Struktur schaffen, bevor wir die Frage stellen, wie wir in Zukunft mit der Tötung auf Verlangen, insbesondere auch bei Menschen, die ihre Entscheidungsfähigkeit verloren haben (siehe Tötung auf Verlangen bei sterbewilligen Personen mit Demenz in den Niederlanden) umgehen sollten."

„Die Tötung auf Verlangen bleibt in Österreich nach § 77 StGB strafbar."

„Meiner Meinung nach braucht es die Tötung auf Verlangen nicht, weil Patient:innen, die motorisch nicht in der Lage sind, den letzten zum Tode führenden Schritt selbst durchzuführen (wie z. B. Patient:innen mit neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose, hoher Querschnitt etc.) mit technischen Hilfsmitteln (z. B. durch Augenbewegung gesteuerte Perfusoren) ermöglicht werden kann, die Zufuhr des tödlich wirksamen Präparates selbst zu initiieren. Der Zugang zu dieser Technik kann unter Umständen in geografisch abgelegenen Regionen Österreichs erschwert sein, sollte aber dennoch überall möglich gemacht werden."

„Die Entscheidung letztendlich das tödlich wirksame Präparat selbst zuzuführen, ist für die sterbewillige Person eine essenzielle Herausforderung („Schaffe ich das wirklich? Will ich das

wirklich?“), sodass diese letzte, zum Tode führende Handlung daher auch durch niemanden anderen durchgeführt werden sollte.“

„Die Regelung, wie sie in den Niederlanden besteht, halte ich für sehr, sehr bedenklich. Ich bin normalerweise ein Mensch, der sich gerne erst ein Bild macht, bevor ich urteile. Aber hier muss ich definitiv sagen, dass das nicht das ist, wofür wir als Verein kämpfen.“

8.3.4 Praxisvergleich zur Schweiz

Die Expertin wurde zu ihrer Meinung zur schweizerischen Sterbebegleitung befragt:

„In Teilen der Schweizer Vereinspraxis nehme ich eine stärkere Konzentration auf die Beurteilung der Urteilsfähigkeit und der Fokus auf formaljuristische Voraussetzungen wahr. Mir ist darüber hinaus aber die begleitende Exploration der Entwicklung des Sterbewunsches über die Zeit sowie die Erfassung der innerpsychischen Bedeutung des Sterbewunsches jeder einzelnen sterbewilligen Person besonders wichtig.“

8.4 Umgang mit sterbewilligen Personen

Die Betreuung von sterbewilligen Patient:innen stellt für die Expertin einen zentralen Aspekt ihrer Arbeit dar. In ihren Aussagen betont sie wiederholt die Bedeutung einer sorgfältigen, empathischen und professionellen Begleitung von Menschen, die einen Sterbewunsch äußern. Sie äußert auch Kritik an bestehenden Strukturen und am gesellschaftlichen sowie institutionellen Umgang mit sterbewilligen Personen. Die folgenden Aussagen verdeutlichen ihre Sichtweise mit der Forderung nach einer angemessenen und professionellen Betreuung sterbewilliger Personen und zeigen auf, welche Veränderungen sie in diesem Bereich für notwendig hält.

8.4.1 Versorgung und ergebnisoffene Begleitung

Zur Versorgung und Suizidassistenz bei sterbewilligen Personen äußert sich die Expertin folgendermaßen:

„Es wird oft von Medical Professionals, die sich mit dem Lebensende beschäftigen, festgestellt: „Wir lassen niemanden allein“. Diesen Satz kann ich aber für die Begleitung sterbewilliger Personen nicht so einfach unterschreiben. Menschen mit Sterbewunsch werden eben doch häufig allein gelassen, weil nicht alle Mediziner:innen und Palliativmediziner:innen bereit sind, Menschen mit Sterbewunsch professionell zu begleiten, aber gleichzeitig sterbewillige Personen auch nicht an Kolleg:innen weiterleiten, die sich professionell mit dem assistierten Suizid beschäftigen. Sie marginalisieren und delegitimieren damit diese Gruppe von

Patient:innen, was unakzeptabel ist. Ich erlebe bei großen Teilen der Kolleg:innen, die in der Palliative Care tätig sind, dass eine normative Vorentscheidung ihr Handeln beeinflusst, nach der der assistierte Suizid grundsätzlich als der „schlechtere Weg" des Sterbens empfunden wird und sie daher die Anzahl der assistierten Suizide möglichst geringhalten wollen. Eine ethische Begründung dafür gibt es meines Wissens nicht."

„Selbstverständlich werden allein durch die Legalisierung der Suizidassistenz assistierte Suizide zunehmen. Wenn etwas rechtlich möglich wird, was zuvor nicht möglich war, ist dies zunächst eine logische Konsequenz und nichts, was als solches problematisch oder unerwartet wäre. Das ist aber nicht nur ein numerisches, sondern auch ein inhaltliches Problem: Wir sollten Sterbewünsche, die nach Inkrafttreten des StVfG sichtbarer werden, wahrnehmen und würdigen und sie nicht mit aller Gewalt unterdrücken wollen."

„Wir als Ärzt:innen sollten eine ergebnisoffene Haltung einnehmen und nicht primär nur in schwarz und weiß denken – das StVfG ist nicht ungeschehen zu machen."

„Mehr noch als für die sterbewillige Person selbst ist es für das begleitende Umfeld (an- und zugehörige Personen) wichtig, selbst noch am Tag der geplanten Durchführung ergebnisoffen zu agieren. Sterbewillige Personen müssen bis zur tatsächlichen Durchführung des assistierten Suizids die Möglichkeit haben, zurücktreten zu dürfen und das muss für die sterbewillige sowie für alle anderen anwesenden Personen durch die hilfeleistende Person offen kommuniziert werden. Somit hat die sterbewillige Person keinen Handlungszwang und kann jederzeit die Möglichkeit wahrnehmen von der Durchführung des assistierten Suizids zurückzutreten."

„Der Umgang mit dem AS spiegelt auch grundsätzlich unser Verhältnis zum Tod wider. Dieser darf einfach immer noch nicht sein. Das Sterben und der Tod werden gerade in der modernen Medizin immer noch als Niederlage erlebt und der bewusste und offene Umgang damit oft abgelehnt."

„Auch wenn es wenige sind, sollten Menschen mit einem Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende die gleiche qualitativ hochwertige Versorgung innerhalb dieses medizinisch begleiteten Prozesses erhalten wie Menschen ohne Sterbewunsch am Ende ihres Lebens."

8.4.2 Abgrenzung von akuter Suizidalität

Dr.in Kaneider spricht auch über die häufige Verwechslung des assistierten Suizids mit dem gewaltsamen Suizid:

„Sterbewünsche bei schwer kranken Menschen und akute Suizidalität dürfen weder inhaltlich gleichgesetzt noch vorschnell voneinander getrennt werden. Entscheidend ist eine sorgfältige Klärung von Akuität, Entscheidungsfähigkeit, Beständigkeit des Sterbewunsches, möglicher Beeinflussung und Behandlungsbedarf. Für Menschen, die erwägen selbstbestimmt im Rahmen eines AS zu sterben, brauchen wir einen völlig anderen medizinischen Zugang als für Menschen nach (oder auch vor) einem gewaltsamen Suizid."

„Wir müssen das Thema Lebenssattheit neu denken. Menschen in hohem Alter äußern oftmals: „Ich will nicht mehr, ich kann nicht mehr". Hier immer den ernsthaft hinterlegten Suizidgedanken herunterzuspielen und medikamentös antidepressiv zu behandeln, ist sicherlich nicht adäquat. Die tiefgründige Exploration des Sterbewunsches durch professionell ausgebildete medizinische Mitarbeiter:innen wäre hier essenziell. Es ist wichtig, sterbewilligen Menschen zuzuhören und herauszufiltern wie der Sterbewunsch zu verstehen ist und nicht rein Suizidalgorithmus-getriggert (gleich wie beim gewaltsamen Suizid) zu agieren."

8.4.3 Medialer und gesellschaftlicher Diskurs

Im Interview wurde auch auf die Sterbebegleitung von Niki Glattauer eingegangen, welchen die Expertin selbst beim assistierten Suizid begleitet hat. Der mediale Aufschrei war groß und es wurden Gegenüberstellungen mit dem gewaltsamen Suizid getätigt:

„Im Fall Niki Glattauer wurden von den Gegnern des assistierten Suizids Sorgen hinsichtlich des Werther-Effekts thematisiert: Es wurde befürchtet, dass die mediale Aufarbeitung des Falls viele Nachahmer:innen finden würde, so wie wir das beim klassisch gewaltsamen Suizid kennen. Es wurde argumentiert, dass im Sinne der Suizidprävention zur Verhinderung dieses Effekts, die Zahl der AS möglichst kleingehalten und diese ebenso medial keine Aufmerksamkeit finden sollten. Die Personengruppen, an denen der Werther-Effekt untersucht wurde, betreffen gewaltsame Suizide und unterscheiden sich stark von jenen unheilbar erkrankten Menschen, die das formalrechtlich aufwändige Verfahren zur Errichtung von Sterbeverfügungen durchlaufen. Die undifferenzierte inhaltliche Übertragung allgemeiner Erkenntnisse zum Werther-Effekt beim gewaltsamen Suizid auf schwer kranke Menschen, die vor ihrem selbstbestimmten Sterben ein formaljuristisches Verfahren nach dem StVfG durchlaufen müssen, halte ich für problematisch."

8.5 Praxisvignetten: Herausforderungen in der Begleitung assistierter Suizide

Um ihre Tätigkeit als Sterbebegleiterin nachvollziehbar zu machen, griff die Expertin im Interview mehrfach persönliche Erfahrungen aus ihrer beruflichen Praxis auf. Anhand

konkreter Beispiele schilderte sie Situationen, die sie selbst begleitet oder miterlebt hat, und verdeutlichte dadurch die Herausforderungen, Besonderheiten und emotionalen Aspekte ihrer Arbeit. Die folgenden Subkategorien fassen diese Erfahrungen zusammen.

8.5.1 Grenzen

Auf die Frage nach persönlichen Grenzen in der Sterbebegleitung erklärt die Expertin zwei Situationen, in denen sie keine Sterbebegleitung mehr durchführen würde:

„Ich war einmal bei einer Patientin, bei der ein Angehöriger mich beim Vorgespräch schon so beleidigt hat, dass ich ihn aus dem Zimmer bitten musste. Die Patientin hatte mir daraufhin versprochen, dass dieser Angehörige am Tag der Durchführung des assistierten Suizids nicht anwesend sein werde. Er war dann aber trotzdem dabei. Dieser Fall hat mich sehr viele Nerven gekostet und ein paar Supervisionen notwendig gemacht, um das zu verarbeiten. Wenn ich das Gefühl habe, dass Angehörige mich fertig machen, werde ich in Zukunft keine Begleitung mehr mitmachen. Das ist eine Grenze, die ich mir selbst gesetzt habe."

„Die zweite Grenze ist, wenn mir der Sterbewunsch nicht klar ist. Die sterbewillige Person kann formal alle Dokumente haben, aber wenn ich in dem Moment merke, dass irgendetwas nicht stimmt und der Sterbewunsch nicht eindeutig ist, dann werde und darf ich keine Beihilfe leisten. Gerade auch für die Abschätzung und das richtige Entscheiden und Handeln in einer solchen Situation braucht es die professionelle Begleitung durch geschultes medizinisches Personal – vor allem auch zum Schutz von Patient:innen mit einem noch nicht ganz klaren Sterbewunsch."

8.5.2 Einbezug und Nicht-Einbezug von Angehörigen

Im Zusammenhang mit der Einbindung von Angehörigen schildert die Expertin einen besonders eindrücklichen Fall aus ihrer Praxis. Die betroffene Patientin hatte klare Vorstellungen darüber, wie mit ihren Angehörigen nach der Durchführung des AS kommuniziert werden sollte:

„Eine Patientin wollte, dass ihre Kinder nicht dabei sind. Daraufhin habe ich nachgefragt, wieso sie das wolle. Ich habe ihr erklärt, dass irgendjemand ihren Kindern sagen müsse, dass sie AS durchgeführt hat und das vermutlich dann ich sein würde. Das hörte sich für mich nicht schlüssig durchdacht an. Das Umfeld war bei ihr sehr kompliziert. Die Patientin beharrte darauf den assistierten Suizid ohne ihre Familie zu vollziehen. Vor allem bei hochaltrigen Menschen, die keine onkologischen Erkrankungen haben, sehe ich da oft Probleme. Diese Patient:innen sind häufig lebenssatt und das hat in unserer Gesellschaft leider wenig Platz und trifft auf

Unverständnis bei den Angehörigen. Da werden oft christlich konnotierte Werte wie Schuld, Strafe und die Frage „Darf ich das überhaupt?“ zum Hindernis den Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod zu akzeptieren. In diesem Fall konnten wir dann eine gute Lösung gemeinsam mit dem Hausarzt der Patientin finden. Sie blieb bei ihrem Entschluss, ihren Kindern vorab nichts zu sagen. Nachdem die Kinder der Patientin und die Patientin denselben Hausarzt hatten, gab es von allen Seiten ein langjähriges vertrauensvolles Verhältnis zum Hausarzt, der aktiv eingebunden werden konnte. Er überbrachte den Angehörigen gemeinsam mit mir telefonisch die Todesnachricht. So konnte sich dann alles positiv auflösen. Interessanterweise waren die Kinder nicht überrascht über diesen selbstbestimmten Weg der Patient:in.“

8.6 Tipps und Appelle

Die Expertin gibt zum Schluss eine Filmempfehlung, bei dem neben der Sterbebegleitung auch die Entscheidungsfähigkeit thematisiert wird:

„Ich lege Ihnen den Film ‚Grünes Licht‘ nahe. Im Mittelpunkt steht der Neuropsychiater Dr. Johann Spittler, der über langjährige Erfahrung in der Begutachtung der Freiverantwortlichkeit von Menschen mit Suizidwunsch verfügt. Der Film hat mich insbesondere wegen seiner Auseinandersetzung mit der Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit fasziniert.“

Weiterführend wurde sie nach Tipps für junge Ärzt:innen gefragt:

„Folgen Sie Ihrem Bauchgefühl. Wenn Sie das Gefühl entwickeln, im System stimmt etwas nicht, dann stimmt es auch nicht. Eine strukturierte Reflexion, Rücksprachen im Team, Supervisionen oder ethische Fallberatungen sind dabei Ansätze, Lösungen für schwierige Situationen zu finden.“

„Ich habe als ganz junge Assistenzärztin auf der Neurologie in Deutschland angefangen. Dort gab es ein Zimmer mit drei hochaltrigen Frauen, alle hatten einen schweren Schlaganfall, eine war vorbestehend dement, eine andere taub und wurde durch den Schlaganfall blind und apathisch. Allen wurde unreflektiert eine PEG-Sonde „verpasst“ und ab ins Heim. Da war mir klar: Nein, da stimmt etwas im Groben nicht. Es ist kein Zufall, dass es mich zur Medizinethik und im Speziellen zur Sterbehilfe hingezogen hat.“

Abschließend betont die Expertin die zentrale Bedeutung der Medizinethik. Sie hebt hervor, dass ethische Überlegungen eine wesentliche Grundlage vor allem auch für den Umgang mit komplexen Entscheidungen am Lebensende darstellen:

„Medizinethik im Lehrplan der Ethikpflichtlehre der Medizinischen Universität Innsbruck ist großartig. Da findet schon das Schaffen von Awareness und die Möglichkeit zur unabhängigen Meinungsbildung basierend auf breiter Information im Studium statt.“

„Wir müssen weg von der Machbarkeitsmedizin. Sterben zulassen ist so schwierig geworden und ich würde mir wünschen, dass die neue Generation von Ärzt:innen und aller anderen Medical Professionals ganz anders auf die Selbstbestimmung am Lebensende blickt. Das wird auch passieren, das liegt schon in der Luft – da bin ich mir ziemlich sicher!“

9 Diskussion

Im folgenden Diskussionsteil der Arbeit werden die Ergebnisse des Expert:inneninterviews mit Dr.in Christina Kaneider den Erkenntnissen aus der Literaturrecherche gegenübergestellt und kritisch eingeordnet. Daraus ergeben sich drei zentrale Diskussionsfelder, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen: die Diskriminierung sterbewilliger Patient:innen, der Verbesserungsbedarf rund um das Sterbeverfügungsgesetz und die Diskussion um die Legalisierung der Tötung auf Verlangen.

9.1 Diskriminierung sterbewilliger Patient:innen

Die Expertin spricht im Interview problembehaftete Situationen an, mit denen sterbewillige Personen sowohl bei der Erstellung der Sterbeverfügung als auch bei der Durchführung des assistierten Suizids konfrontiert sind. Besonders hebt sie das im Sterbeverfügungsgesetz verankerte Werbeverbot hervor, das es sterbewilligen Personen mitunter sehr schwer macht an die nötigen Informationen zu kommen. Ihrer Ansicht nach sollte dieses auch in seiner derzeitigen Form weiter überarbeitet und in Bezug auf die praktische Umsetzung „klarer definiert“ werden. Aus ihrer Sicht sollte jeder Mensch über ein Recht auf eine sachlich fundierte Information zum AS verfügen, die unkompliziert und niederschwellig zugänglich sein sollte. Öffentliche Einrichtungen sollten ihrer Meinung nach verpflichtet sein, Informationen über das StVfG auf Anfrage unkompliziert bereitzustellen. Konservative Kritiker:innen vertreten nach Ansicht der Expertin die Auffassung, dass die Anzahl assistierter Suizide möglichst geringgehalten werden sollte, weshalb sie einen verbesserten Zugang zu Informationen rund um den assistierten Suizid nicht unterstützen und bisweilen sogar aktiv verhindern wollen. Dies verhindert eine gut zugängliche Bereitstellung von Ärzt:innenlisten, die eine Aufklärung nach § 7 StVfG durchführen. Es ist oft für sterbewillige Personen schwierig in einem Gespräch rund um den Sterbewunsch ernsthaft das Thema AS anzusprechen. Ärzt:innen, die eine Aufklärung nach § 7 StVfG durchführen könnten, werden – obwohl bekannt – häufig nicht aktiv einbezogen in Gespräche mit sterbewilligen Personen.

Ein Beispiel für einen medial und öffentlich kritisch diskutierten Umgang mit dem AS ist der Fall von Niki Glattauer, der seine Gedanken und schlussendlich die Entscheidung zum assistierten Suizid mit dem *Falter* und *Newsflix* teilte (63), um auf die Möglichkeit eines selbstbestimmten Sterbens aufmerksam zu machen. Die zahlreichen Medienberichte führten zu einer breiten öffentlichen Debatte. (65,67) Kritiker:innen meldeten sich dabei häufig zu Wort und versuchten, den assistierten Suizid zu delegitimieren. Dabei wird unter anderem vor dem für den gewaltsamen Suizid beschriebenen Nachahmungseffekt, dem sog. *Werther-Effekt* gewarnt, wobei es keine empirische Evidenz gibt, welche es zuließe, die Ansteckungs-Logik des Werther-Effekts, die für gewaltsame Suizide beschrieben ist, gleichermaßen auf den AS zu übertragen. (69)

Stephan Sahm bezeichnet die öffentliche Berichterstattung über den assistierten Suizid von Niki Glattauer als „sensationalistisch“ und kritisiert insbesondere deren mögliche werbende Wirkung für die Suizidhilfe. Diese bewertet er als moralisch problematisch. Darüber hinaus warnt auch Sahm vor möglichen Nachahmungseffekten infolge der medialen Darstellung von Suiziden und plädiert daher für eine zurückhaltende und verantwortungsvolle Berichterstattung durch die Medien. (75) Ein gewaltsamer Suizid entsteht, wenn auch nicht immer, aus einer Krisensituation, in der die betroffene Person stark emotional belastet und in ihrem Denken eingeengt sein kann. (76) Da dies beim assistierten Suizid so nicht der Fall ist, dürfen „Suizid“ und „assistierter Suizid“ nicht allein aufgrund des gemeinsamen benutzten Begriffs „Suizid“ inhaltlich gleichgesetzt werden. Beim assistierten Suizid muss die Entscheidung aufgrund der rechtlichen Vorgaben – vor allem auch wegen der vorgeschriebenen Wartezeit – bewusst getroffen, über einen längeren Zeitraum geplant und reflektiert werden. In den ärztlichen Gesprächen muss beim assistierten Suizid immer eine psychische und vorübergehende Krisensituation ausgeschlossen werden! Die Berichterstattung als sensationalistisch darzustellen und gleichzeitig vor einem möglichen Nachahmungseffekt zu warnen, vermittelt bei einer selbstbestimmten und legalen Handlung wie dem assistierten Suizid von Niki Glattauer ein ungerechtfertigt negatives Bild. Der assistierte Suizid ist keine spontane oder vorschnelle Handlung, weil ihm eine bewusste und meist über einen längeren Zeitraum laufende Reflexions- und Entscheidungszeit vorausgeht. Ein offener gesellschaftlicher Diskurs wäre wünschenswert, gäbe die Möglichkeit für eine wertfreie Information und damit auch zur freien Meinungsbildung für die Menschen in Österreich zu einem Thema, das seit dem 01.01.2022 durch das Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes präsent ist – auch wenn konservative Kreise in Österreich damit ein inhaltliches Problem haben.

Den Begriff „Suizid“ gleichermaßen für den Akt des assistierten Suizids und den gewaltsamen Suizid zu verwenden, ist semantisch verwirrend. Der Begriff Suizid ist bisher gesellschaftlich und auch in der Medizin mit der akuten psychischen Krisensituation des gewaltsamen Suizids verbunden, was für den AS nicht zutrifft, und damit eine Analogie nahelegt, die es inhaltlich so nicht gibt. Deshalb wäre es sinnvoll, zwischen diesen beiden Formen des selbstbestimmten Sterbens sprachlich klar zu unterscheiden, damit sich sowohl das gesellschaftliche als auch das medizinische Verständnis und damit auch der praktische Umgang mit dem Thema der Selbsttötung inhaltlich entsprechend der gesetzlichen Vorgaben des Sterbeverfügungsgesetzes entwickeln und schärfen kann. Begriffe wie *Freitod* oder *Freitodbegleitung* wären für den AS wesentlich inhaltsnäher und würden eine klare Unterscheidung zum gewaltsamen Suizid ermöglichen und damit auch in der Praxis einen klareren gesellschaftlichen wie medizinischen Umgang ermöglichen.

Auch in medizinischen Institutionen, die für viele Menschen am Ende ihres Lebens den Lebensmittelpunkt darstellen (laut StVfG den sog. „privaten Rahmen“), wie etwa Pflege- und

Betreuungseinrichtungen, Palliativstationen und Hospize, wird der assistierte Suizid häufig kritisch betrachtet, da sich beispielsweise Institutionen, die christlich geführt werden, offen gegen den AS aussprechen. Zum Gesetzesentwurf zur Änderung des StVfG äußert sich die katholische Kirche im Juni 2026 erneut sehr kritisch und betont ihre Ablehnung des AS. (77) Dabei ist die Begleitung z. B in der Vorphase (Gespräche, Pflege, Zuwendung und Seelsorge) und auch nach dem Vollzug für die Angehörigen ausdrücklich erwünscht, eine Mitwirkung aber ausgeschlossen. Demnach wird die Anwesenheit bei der Durchführung und selbstverständlich eine Beihilfe explizit abgelehnt. Organisationen wie Caritas und Ordenskonferenz erlauben und fördern beispielsweise Gespräche mit Menschen, die einen Sterbewunsch haben, um diese besser zu verstehen und um Alternativen wie Hospiz- und Palliativversorgung aufzeigen zu können. Ausgeschlossen wird eine Beratung zur Umsetzung, die Bewerbung und das Herstellen von Kontakten zu Anbieter:innen, jede Beteiligung am Sterbeakt selbst und ebenfalls die Anwesenheit ihrer Mitarbeiter:innen bei der Vollziehung des assistierten Suizids. (78)

Die Wahrscheinlichkeit ist daher groß, dass in kirchlich geprägten Einrichtungen lebende, sterbewillige Menschen erschwerte Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit ihrem Sterbewunsch erfahren, speziell dann, wenn es um einen AS geht: Das beginnt beim Zugang zu ausreichender Information, der Möglichkeit offen über den Sterbewunsch inklusive dem AS mit den Mitgliedern eines Behandlungsteams zu sprechen und endet nicht zuletzt bei der Begleitung – falls notwendig auch Beihilfe – im Rahmen der Durchführung eines AS. Am Ende des Lebens sind sterbewillige Menschen am vulnerabelsten und werden dann oft genau zu diesem Zeitpunkt allein gelassen, da eine Begleitung während der Durchführung des AS nicht vorgesehen ist. Manche medizinische Institutionen, darunter auch Pflege- oder Palliativeinrichtungen, haben ihren Bewohner:innen mit Entlassung gedroht, sollten sie ihren Sterbewunsch in die Tat umsetzen wollen. (79) Dies ist nicht rechtmäßig, da es für öffentlich finanzierte Einrichtungen eine sogenannte *Duldungspflicht* gibt, die untersagt, sterbewilligen Personen die Durchführung eines AS in öffentlich finanzierten Einrichtungen zu verbieten. (59)

Anders als die katholische Kirche verbietet die OPG die Anwesenheit von Mitarbeitenden bei der Durchführung eines AS nicht ausdrücklich. Sie hält nur fest, dass die Unterstützung bei der Durchführung eines AS keine Aufgabe der Palliativversorgung ist. Für die Praxis gibt es auf der OPG-Website eine Handreichung zum assistierten Suizid, die von A. Feichtner laufend aktualisiert wird. (80) Angelehnt an die Publikation von Abbott wird folgende Position vertreten: *„Wenn die Verpflichtung der Pflege, an der Seite der Patient:innen zu bleiben, im Widerspruch zur Organisationspolitik steht, bleibt die Verpflichtung der Pflegeperson gegenüber den Patient:innen aufrecht." (81)* Somit ist Mitarbeiter:innen der OPG unter der Voraussetzung, dass die rechtlichen Vorgaben eingehalten werden, die Anwesenheit während der Durchführung eines assistierten Suizids möglich, sofern sie dies wünschen.

Laut der Expertin des Interviews sind medizinische Institutionen wie OPG und HOSPIZ Österreich über die letzten Jahre gegenüber dem AS gesprächsbereiter geworden. Diese Entwicklung zeigt sich auch in einer institutionellen Stellungnahme der OPG und HOSPIZ Österreich, die dem assistierten Suizid in einem differenzierteren und toleranteren Rahmen als zuvor begegnet. Diese sehen zwar weiter den assistierten Suizid nicht als Teil ihres Aufgabenfeldes, aber zumindest den Wunsch zur Durchführung des AS nicht mehr als Ausschlusskriterium für eine Aufnahme an einer Palliativ- oder Hospizeinrichtung. Interessanterweise fordern OPG und HOSPIZ Österreich professionalisierte Anlaufstellen für Personen, die einen AS durchführen wollen, was ebenfalls von der ÖGHL gefordert wird. Alle zusammen wünschen sich begleitende Forschung zum Thema Sterbewunsch und AS, was für eine weitere professionelle Weiterentwicklung sowohl des medizinischen als auch des gesellschaftlichen Umgangs mit Menschen mit Sterbewunsch dringend notwendig ist. (50,60)

Auch hier zeigt sich, dass der Umgang mit sterbewilligen Personen aufgrund unterschiedlicher ethischer und weltanschaulicher Vorstellungen eine Herausforderung darstellt. Organisationen wie die ÖGHL, die OPG und HOSPIZ Österreich verfolgen dabei grundsätzlich das gemeinsame Anliegen, Menschen mit einem Sterbewunsch nicht allein zu lassen, unterscheiden sich jedoch in ihren Ansätzen und Vorstellungen hinsichtlich der konkreten Umsetzung. Umso wichtiger erscheint eine stärkere Kooperation zwischen diesen verschiedenen Parteien. Dadurch könnte gewährleistet werden, dass die individuellen Wünsche und Bedürfnisse sterbewilliger Personen im Mittelpunkt stehen und sie unabhängig von den Wertvorstellungen einzelner Institutionen an geeignete Anlaufstellen und Unterstützungsangebote vermittelt werden.

Aus den Ergebnissen des Interviews und der Literatur wird ein grundlegendes ethisches Spannungsfeld zwischen dem Wunsch, vulnerable Personen zu schützen, und deren Recht auf Zugang zu sachlichen Informationen deutlich. Eine verantwortungsvolle öffentliche Kontrolle des Zugangs zu Informationen rund um den assistierten Suizid kann erforderlich sein, um z. B. unangemessene Einflussnahme zu verhindern. So soll die Einschränkung des Informationszugangs durch medizinische Einrichtungen, die nicht werteneutral an ideologischen Vorstellungen festhalten, verhindert werden. Menschen mit Sterbewunsch darf der Zugang zu für sie relevanten Informationen nicht verwehrt werden, nur weil der assistierte Suizid nicht mit den persönlichen oder institutionellen Wertvorstellungen von Fachkräften oder Einrichtungen übereinstimmt. Mit dem Sterbeverfügungsgesetz wurde der assistierte Suizid rechtlich geregelt. Dieser rechtliche Rahmen sollte von allen Mitwirkenden des Medizinsystems in Österreich eingehalten und akzeptiert werden.

Es wird nicht verhindert werden können, dass ideologisch gefärbte Organisationen weiter versuchen, das StVfG infrage zu stellen und den assistierten Suizid zu delegitimieren.

Deswegen ist es wichtig, dass der Gesetzgeber Expertise von Institutionen wie der ÖGHL würdigt, die durch ihre praktische Arbeit mit sterbewilligen Personen mittlerweile viel Erfahrung gewinnen konnte. Es gilt Unstimmigkeiten, die in der praktischen Anwendung sichtbar werden, zu erkennen, und daraus eine gezielte Verbesserung und Präzisierung des bestehenden Rechtsrahmens zu erwirken.

Unter anderem hat der Verfassungsgerichtshof auf Betreiben der ÖGHL in seinem Erkenntnis vom 12.12.2024 (33) (VfGH in § 12 Abs. 1) beim Werbeverbot die Wortfolge *„anbietet, ankündigt oder“* als verfassungswidrig aufgehoben. Es bleibt daher nur das „Anpreisen“ weiterhin verboten. Obwohl immer schon Hinweise zum AS durch Ärzt:innen, Notar:innen, Patient:innenvertretung und Apotheker:innen (§ 12 Abs. 2) erlaubt waren, gab es auch hier eine klarstellende Ergänzung, dass „sachliche Information über Hilfsangebote“ erlaubt sind. Dies wurde in BGBl. I Nr. 160/2024 kundgemacht und gilt seit 31.12.2024. Der VfGH begründet die vorgenommenen Änderungen zugunsten sterbewilliger Menschen, die so leichter an valide Informationen kommen können, mit der Freiheit der Meinungsäußerung (Art. 10 EMRK): Menschen, die auf die Hilfe Dritter angewiesen sind, brauchen sachliche Hinweise, um diese Hilfe überhaupt in Anspruch nehmen zu können. Trotz dieser Verbesserungen fordert die ÖGHL weiterhin eine präzisere Auslegung des Wortes „Anpreisen“, um die Aufklärung zum AS für medizinische Fachkräfte vollständig zu entkriminalisieren, damit so ein diskriminierungsfreier Zugang zu sachlicher Information für alle sichergestellt ist. Diese gesetzlichen Änderungen sollten gleichzeitig verbunden mit einer umfassenden und praxisnahen Information an alle medizinischen Fachkräfte sein.

9.2 Verbesserungen

Der zweite Diskussionsschwerpunkt dieser Diplomarbeit befasst sich mit möglichen Verbesserungen rund um das Sterbeverfügungsgesetz. Im Fokus stehen bestehende inhaltliche Schwachstellen sowie vor allem für die Praxis wichtige Optimierungsmöglichkeiten. Dabei werden die Themen Kooperationen mit der Politik, Professionalisierung, Vereinheitlichung des StVfG auf Bundesländerebene im Hinblick auf die Totenbeschau und inhaltlich notwendige Änderungen der Präparate-Ordnung diskutiert.

9.2.1 Kooperationen

Für die Expertin stellt die politische Arbeit einen unverzichtbaren Bestandteil für die Weiterentwicklung des Sterbeverfügungsgesetzes und dessen praktische Umsetzbarkeit dar. Ihre Aussage „Ohne die politische Arbeit geht es nicht“ verdeutlicht, dass das Sterbeverfügungsgesetz nicht als statisches und unabänderbares Konstrukt verstanden werden darf, sondern auf Basis der gewonnenen Erfahrung einer kontinuierlichen Reflexion und Anpassung bedarf, je mehr praktische Erfahrungen im Umgang mit und in der Begleitung des AS gesammelt werden. Da sich in der praktischen Anwendung neue Herausforderungen

und damit großes Verbesserungspotenzial zeigen, erscheint auch weiterhin eine regelmäßige Novellierung des StVfGs notwendig.

Besonders die ÖGHL bringt durch ihre in der Suizidbegleitung tätigen Mitarbeiter:innen wertvolle Praxiserfahrungen für diesen Anpassungsprozess ein. Die über die Jahre zunehmende Expertise ermöglicht es, konkrete Schwierigkeiten und Versorgungslücken aufzuzeigen, um eine angemessene und professionelle Begleitung sterbewilliger Personen zu gewährleisten. In ihrem im Jahre 2025 veröffentlichten Positionspapier formuliert die ÖGHL zehn Verbesserungsvorschläge, darunter unter anderem die Forderung nach einer Professionalisierung der Sterbebegleitung. Mit diesem Dokument weist die ÖGHL auf bestehende Unstimmigkeiten hin und regt die Umsetzung der konkreten Änderungsvorschläge durch die Politik an. (50)

Der erhebliche Aufwand, der mit der Errichtung einer Sterbeverfügung für schwerkranke Menschen am Lebensende verbunden ist, sollte lt. Forderung der ÖGHL durch eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer vermindert werden. Die StVfG-Novelle 2026 (BGBl. I Nr. 69/2026, kundgemacht am 29.07.2026) (34) hat daraufhin die einjährige Gültigkeitsdauer einer StVfG dahingehend geändert, dass eine Erneuerung innerhalb von fünf Jahren ab Errichtung, auch mehrmals und nur mit einer ärztlichen Bestätigung, die nicht älter als ein Jahr sein darf, möglich ist (neuer § 8a). Es muss lediglich die Entscheidungsfähigkeit und der Sterbewunsch der sterbewilligen Person von einer Ärzt:in erneut überprüft und bestätigt werden, ohne aber den gesamten Prozess, der bei der ersten Errichtung einer Sterbeverfügung gefordert ist, durchlaufen zu müssen. Vor einer ärztlichen Person ist die Erneuerung einer Sterbeverfügung ab 01.02.2027 möglich. Wird die Verfügung nicht innerhalb eines Jahres nach der zweiten ärztlichen Aufklärung errichtet, braucht es eine neue ärztliche Bestätigung. Diese neue Regelung stellt damit eine erhebliche Entlastung des organisatorischen Aufwands für sterbewillige Personen dar, wenn diese länger als ein Jahr nach Errichtung der Sterbeverfügung den AS noch nicht vollzogen haben sollten. Die ÖGHL setzt sich trotz dieser Verbesserung weiter für eine Verlängerung der Gültigkeitsdauer von Sterbeverfügungen auf mindestens zwei Jahre ein. (82) Insbesondere für schwer erkrankte, schmerzgeplagte oder immobile Personen können die notwendigen Schritte zur Errichtung einer Sterbeverfügung (siehe Abbildung 2) auch in der novellierten Form des StVfG eine große körperliche und psychische Belastung darstellen und wertvolle Kraft in Anspruch nehmen, die sie beispielsweise für die gemeinsame Zeit mit ihren Angehörigen nutzen könnten.

Es entsteht der Eindruck, dass die Politik nur begrenzt bereit ist, das Sterbeverfügungsgesetz weiterzuentwickeln und auf bestehende Verbesserungsvorschläge einzugehen. Veränderungen scheinen insbesondere erst dann angestoßen zu werden, wenn einzelne gesetzliche Regelungen als verfassungswidrig eingestuft werden (z. B. die Wortfolge beim

Werbeverbot) und dadurch ein unmittelbarer Handlungsbedarf entsteht. Für ein gewisses politisches Desinteresse an der raschen Umsetzung geforderter Neuerungen im Rahmen des StVfG spricht auch die Beobachtung, dass der Verfassungsgerichtshof in einem Beschluss vom 12.12.2024 (33) den Gesetzgeber mit der Änderung der beschriebenen, einjährigen Gültigkeitsdauer bis zum 01.06.2026 beauftragt hat (Reparaturfrist). Das StVfG ist erst zum 29.07.2026 angepasst worden, was zur Folge hatte, dass 2026 Sterbeverfügungen in Österreich etwa ein halbes Jahr unbefristet gültig waren. (34)

Die langsame Weiterentwicklung des Gesetzes wirft dabei die Frage auf, ob die Interessen und das Wohlergehen der Patient:innen von dem Gesetzgeber ausreichend berücksichtigt werden, wenn bereits bekannte Probleme und Kritikpunkte über längere Zeit unbeachtet bleiben. Mit den Expert:innen, die praktisch in der Sterbebegleitung tätig sind, zu kommunizieren und auch verstärkt zu kooperieren, könnte im Hinblick auf zukünftige Novellierungen von Vorteil sein, um das StVfG stetig weiterzuentwickeln und Menschen mit Sterbewunsch dadurch bestmöglich zu versorgen.

9.2.2 Professionalisierung

Ein Aspekt, der von der Expertin wiederholt hervorgehoben wurde, ist die Notwendigkeit einer stärkeren Professionalisierung im Umgang mit dem assistierten Suizid. Unter Professionalisierung ist dabei nicht nur die Schaffung klarer Strukturen in medizinischen Einrichtungen, sowie gut definierter Abläufe im Rahmen der Suizidbegleitung zu verstehen, sondern insbesondere auch eine umfassende Aus- und Weiterbildung jener Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit einem AS in Berührung kommen könnten. Menschen mit Sterbewunsch müssen in einem oft über Wochen und Monate dauernden Prozess individuell und professionell begleitet werden, was einer besonderen Expertise bedarf, damit der AS zu keiner traumatisierenden Erfahrung wird – sowohl für sterbewillige Personen als auch für deren Angehörige.

Medical Professionals äußerten nach Inkrafttreten des StVfGs Unsicherheiten im Umgang mit dem AS. (56) Es sind aber nicht nur medizinische Fachkräfte an der Errichtung einer Sterbeverfügung und dem unter Umständen langen Prozess bis zur Durchführung eines AS beteiligt. Gleichermaßen übernehmen auch Apotheker:innen, Patient:innenanwaltschaften sowie Notar:innen im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes wichtige Aufgaben und sollten sich daher neben der Aneignung spezifischer Kenntnisse über ihre jeweiligen Verantwortlichkeiten auch zu den ethischen Aspekten des AS Gedanken machen. Während – gleich wie es allen medizinischen Fachkräften – auch Apotheker:innen freigestellt ist, das Präparat an sterbewillige Personen auszuhändigen oder nicht (Gewissensklausel) (83), sind juristische Mitarbeiter:innen von Patient:innenanwaltschaften in die Pflicht genommen, eine Rechtsberatung durchzuführen und im Rahmen der Errichtung einer Sterbeverfügung auch

die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person nochmals zu überprüfen. Für freiberufliche Notar:innen gilt ebenfalls die Gewissensklausel. Mit der über die Jahre zunehmenden Anzahl an durchgeführten assistierten Suiziden werden immer häufiger auch Notfallteams und Polizeibeamt:innen mit der Situation konfrontiert, da es Komplikationen bei der Durchführung eines AS geben kann. Obwohl der AS von dem Gesetzgeber im privaten Rahmen verortet ist, kann es aufgrund eines hohen Leidensdrucks, durch z. B. einen protrahierten Sterbeprozess, zum Absetzen eines Notrufs durch die begleitenden Personen kommen. In der internationalen Literatur werden bis zu 20 % Komplikationen im Rahmen der Durchführung eines AS berichtet: Dazu zählen Übelkeit, Erbrechen, Aspiration, neurologische Symptome wie Unruhe, Myoklonien, Krampfanfälle sowie ein stark prolongierter (aber auch sehr schneller) Sterbeverlauf. (51,53)Um Unsicherheiten im Handeln der Exekutive, Fehlinterpretationen der Gesamtsituation oder unangemessene Behandlung (z. B. nicht indizierte Reanimation nach Vollzug des AS) zu vermeiden, erscheint die Entwicklung standardisierter Schulungs- und Fortbildungsangebote für alle beteiligten Berufsgruppen essenziell. (57)

Generell kann die professionelle Begleitung von Menschen mit Sterbewunsch nicht auf die formale Erfüllung gesetzlicher Vorgaben reduziert werden, vielmehr muss diese als umfassender Begleitprozess verstanden werden: Dazu gehören zunächst die sorgfältige Exploration und Reflexion des Sterbewunsches, die Berücksichtigung möglicher psychosozialer Belastungsfaktoren sowie die Auseinandersetzung mit alternativen Unterstützungs- und Behandlungsangeboten. Jedenfalls muss die Begleitung in jeder Phase von Beginn bis hin zum Vollzug des AS immer ergebnisoffen sein. Gleichzeitig sollte den Bedürfnissen der Angehörigen ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese ebenfalls mit emotionalen, ethischen und sozialen Herausforderungen konfrontiert sind. Eine professionelle Begleitung sollte daher sowohl die sterbewillige Person als auch ihr soziales Umfeld einbeziehen.

Da der AS gemäß den gesetzlichen Vorgaben überwiegend im „privaten Rahmen“ und damit meist im eigenen Zuhause der sterbewilligen Personen stattfindet, werden diese und ihre Angehörigen in einer außergewöhnlichen und belastenden Situation weitestgehend allein gelassen. Für Menschen, die sich nicht in der Lage sehen, die Verantwortung für die Durchführung selbst zu tragen, existiert bislang keine geeignete Anlaufstelle (Ausnahme: Tauernkliniken GmbH). Das heißt beim Vollzug eines AS fehlt meist eine professionelle Begleitung, obwohl mit einem tödlich wirksamen Präparat hantiert wird, medizinische Komplikationen möglich sind und erwartbar auftretende psychische Ausnahmezustände der anwesenden Personen für alle sehr belastend sein können. Es wäre daher notwendig und sinnvoll offizielle Anlaufstellen zu schaffen, an denen geschulte Fachpersonen den AS

rechtlich und fachlich abgesichert begleiten, in Komplikationssituationen handlungsfähig sind und sowohl die sterbewillige Person als auch deren Angehörige unterstützen können.

Bislang ist weder geklärt, wer die Verantwortung für eine Professionalisierung übernehmen soll, noch ob eine solche überhaupt vorgesehen ist. Die meisten Institutionen stehen dem assistierten Suizid kritisch gegenüber und sind nicht zu einer Mitwirkung bereit, erkennen jedoch zugleich einen Handlungsbedarf im Umgang mit der bestehenden Situation. (60) Ein möglicher Lösungsansatz, den auch die Expertin nennt, wäre eine staatliche Förderung von Vereinen wie z. B. der ÖGHL und deren Etablierung als professionelle Anlaufstelle für Menschen, die einen assistierten Suizid in Betracht ziehen. Ein solcher Verein könnte sich darauf spezialisieren, Betroffene und ihre Angehörigen vom ersten Sterbewunsch bis zur Durchführung des assistierten Suizids sowohl fachlich als auch emotional umfassend zu begleiten. Darüber hinaus könnte eine professionalisierte Suizidbegleitung auch dazu beitragen, einen unter Umständen komplikationsbehafteten Verlauf besser zu entlasten, und so sterbewilligen Personen einen möglichst symptomarmen sowie würdevollen Verlauf des Sterbeprozesses im Rahmen einer CTC zu ermöglichen und dabei auch den Angehörigen in einer emotionalen Ausnahmesituation professionell beizustehen. Unnötige Notfalleinsätze und damit verbundene Krankenhauseinweisungen könnten damit im Sinne einer effektiven Ressourcenschonung vermieden werden.

9.2.3 Bundesländerübergreifende Vereinheitlichung der Gesetzgebung zur Totenbeschau

Die Expertin weist auf die unterschiedliche rechtliche Regelung zur Totenbeschau in den österreichischen Bundesländern hin. In den Bundesländern, in denen es eine rechtliche Unterscheidung zwischen natürlichem und unnatürlichem Tod gibt, muss nach einem AS die Polizei hinzugezogen sowie eine gerichtliche Obduktion durchgeführt werden, da der AS – obwohl nicht illegal – eine unnatürliche Todesursache ist, die dieses Vorgehen gesetzlich bedingt. In den Bundesländern, in denen man nur zwischen einer legalen und illegalen Todesursache unterscheidet, braucht es nach einem AS und einer unkomplizierten Todesfeststellung durch die Amtsärzt:in, keine Polizei und auch keine gerichtliche Obduktion. Für die Angehörigen stellt die Anwesenheit der Polizei und die Notwendigkeit einer gerichtlichen Obduktion eine zusätzliche Belastung in einer sowieso schon emotional aufwühlenden Situation dar und ist außerdem eine ethisch nicht rechtfertigbare Ungleichbehandlung österreichischer Staatsbürger:innen, weil sonst bei medizinisch unbedenklicher Totenbeschau keine Polizei kommt und keine gerichtliche Obduktion von totenbeschauenden Ärzt:innen angeordnet werden muss. Daher sollte die gesetzliche Regelung zur Totenbeschau bundesländerübergreifend vereinheitlicht werden, um ein klar

definiertes Vorgehen auch für die Exekutive sicherzustellen. Dazu gehört ebenfalls eine einheitliche und nachvollziehbare Dokumentation des AS als eigene Todesursache in allen medizinischen Dokumentationssystemen (Krankenhäuser, Pflegeeinrichtung, Notarztsysteme etc.) – die Dokumentation muss ebenfalls bundesländerübergreifend vereinheitlicht werden. Dies könnte dazu beitragen, die staatliche Registrierung von durchgeführten AS (Sterbeverfügungsregister) zu verbessern.

9.2.4 Regelung zur Kontrolle der ausgegebenen Präparate

Problematisch, weil in der Praxis größtenteils unkontrolliert, ist derzeit auch der Verbleib der mit einer Sterbeverfügung ausgegebenen, tödlich wirksamen Präparate. Da der Gesetzgeber die Durchführung des assistierten Suizids in den „privaten Bereich“ verlagert hat, gibt es derzeit nur eingeschränkte Möglichkeiten der Nachverfolgung und Kontrolle. Hinzu kommt, dass es bislang kein flächendeckend funktionierendes Dokumentationssystem gibt, welches den gesamten Prozess von der Ausgabe bis zur Verwendung oder Rückgabe der Präparate nachvollziehbar erfasst. Laut einem Vortrag von Dr. Michael Halmich wurden mit Stand 02.09.2026 entsprechend den Daten des Gesundheitsministeriums österreichweit 1025 Präparate ausgegeben, von denen 148 an Apotheken retourniert wurden. Zudem gingen 352 Meldungen von Totenbeschau-Ärzt:innen über Todesfälle nach der Einnahme von Natrium-Pentobarbital ein. (46) Damit bleibt bei insgesamt 1025 ausgegebenen Präparaten der Verbleib von 525 Präparaten ungeklärt. Verstirbt eine sterbewillige Person, ohne das Präparat eingenommen zu haben, besteht derzeit keine Verpflichtung zur Rückgabe des Präparats. Somit ist nicht vollständig nachvollziehbar, wo sich diese nicht verwendeten, tödlich wirksamen Präparate befinden.

Dies verdeutlicht einmal mehr den Bedarf an einer professionellen Begleitung des assistierten Suizids, die über die bloße Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben hinausgeht und eine fachgerechte Betreuung der sterbewilligen Person sowie ihrer Angehörigen gewährleistet. Dazu gehört auch eine ordnungsgemäße Dokumentation des Vollzugs des AS. Eine solche professionelle Begleitung könnte nicht nur im Falle auftretender Komplikationen zu einer Entlastung aller Beteiligten beitragen, sondern zugleich eine gesetzeskonforme Abwicklung, eine vollständige Dokumentation und die verpflichtende Meldung an das Sterbeverfügungsregister garantieren, was eine verbesserte Nachvollziehbarkeit im Rahmen der statistischen Erfassung sicherstellen könnte. Wünschenswert wäre eine lückenlose Dokumentation des Verbleibs der ausgegebenen Präparate, da es sich um tödlich wirksame Substanzen handelt, deren unkontrollierte Verfügbarkeit oder gar Weitergabe verhindert werden sollte.

9.3 Tötung auf Verlangen

Im gesellschaftlichen Diskurs wird auch die Frage diskutiert, ob die Tötung auf Verlangen künftig legalisiert werden könnte bzw. sollte. Die im Rahmen dieser Arbeit befragte Expertin positioniert sich diesbezüglich jedoch klar. Sie betont, dass es nicht das Ziel der ÖGHL ist, eine Legalisierung der Tötung auf Verlangen zu erreichen. Ein Sterbehilfe-Modell, wie es beispielsweise in den Niederlanden praktiziert wird, kommt für sie nicht infrage. Ihrer Ansicht nach muss – bevor man überhaupt über Tötung auf Verlangen spricht – zunächst einmal eine Verbesserung und Professionalisierung im Rahmen der Begleitung des assistierten Suizids erreicht werden. Die Tötung auf Verlangen ist für sie in Österreich sowieso nicht spruchreif, da diese – anders als der AS – nicht straffrei gestellt ist. Vielmehr sieht Dr.in Kaneider den assistierten Suizid als den geeigneten rechtlichen und ethischen Rahmen für Personen mit Sterbewunsch, weil in diesem letzten, zum Tode führenden Schritt (Aufdrehen der Infusion, Trinken des letalen Präparats etc.), den die sterbewillige Person höchstpersönlich durchführen muss, die Entscheidungskraft, der freie Wille und die Handlungsmacht der sterbewilligen Person klar zum Tragen kommt. Der Begriff der „*patient agency*“ – die Fähigkeit, als handelndes Subjekt eigene Entscheidungen zu treffen und selbst umzusetzen, statt nur Objekt medizinischer oder institutioneller Abläufe zu sein – hat für sie gerade in Bezug auf den AS eine besonders wichtige Bedeutung. Ebenso ist sie der Meinung, dass moderne Technologien (z. B. Perfusoren, die durch Augenbewegung gesteuert werden) gleichermaßen allen jenen Personen zugänglich gemacht werden müssen, die aufgrund neurologischer Erkrankungen oder muskulärer Defizite motorisch die für den Vollzug des AS notwendigen Handlungen nicht durchführen könnten. Daher betont Dr.in Kaneider die Wichtigkeit intensiv daran zu arbeiten, regional bedingte Ungerechtigkeiten in sehr abgelegenen Gegenden Österreichs auszugleichen.

In den Niederlanden ist die Tötung auf Verlangen seit Jahren rechtlich etabliert und auch nach Verlust der Entscheidungsfähigkeit möglich. Ein Fall, bei dem eine Ärztin Tötung auf Verlangen bei einer Frau durchgeführt hat, welche an fortgeschrittener Demenz litt (43), verdeutlicht jedoch wie schwierig es sein kann, den tatsächlichen Patient:innenwillen nachzuvollziehen. Insbesondere stellt sich bei diesem Fall die Frage, ob die Verabreichung des tödlich wirksamen Präparats noch dem Willen der sterbewilligen Person entsprach, die bei Vollzug der Handlung nicht mehr entscheidungsfähig war.

Für Dr.in Kaneider liegt eine wesentliche qualitativ inhaltliche Abgrenzung zwischen AS und der Tötung auf Verlangen darin, dass beim AS die betroffene Person den letzten, zum Tode führenden Schritt selbst durchführen muss, etwa durch das Trinken des Präparats oder durch Aufdrehen einer Infusion. Dieser letzte aktive Willensakt stellt für sie eine zentral notwendige Handlung im Rahmen einer aktiven *patient agency* dar, weshalb sie die Tötung auf Verlangen

ablehnt, bei der eine dritte Person diesen letzten, zum Tode führenden Schritt vollzieht, womit die Handlungsmacht nicht mehr bei der sterbewilligen Patient:in liegt.

Die Expertin weist allerdings auf eine Problematik hin, die in der Praxis sowohl nach oraler Einnahme als auch bei intravenöser Verabreichung des Präparats während des Sterbeprozesses – auch mit einer professionellen Begleitung – entstehen kann: Wird die vorgesehene tödliche Dosis nicht vollständig zugeführt (vorzeitiges Einschlafen, aber auch Erbrechen während des Trinkens etc.) oder treten unerwartete Komplikationen auf (z. B. akzidentelle Entfernung der liegenden Leitung, wenn die Infusion noch nicht beendet ist, z. B. durch starke Unruhe oder Krampfanfälle), kann der Sterbeprozess leidvoll sein und sich erheblich verlängern. Die Expertin beschreibt solche Situationen als äußerst belastend und großen Stress für alle – sowohl für die sterbewillige Person als auch für die anwesenden Angehörigen, aber eben auch für die hilfeleistenden Personen, selbst wenn diese medizinische Professionist:innen sind. Der erhoffte würdevolle Sterbeprozess kann dadurch sehr beeinträchtigt sein und ohne professionelle Begleitung zur Alarmierung eines Notfallteams führen. Bei einem komplikationsbehafteten AS mit hoher Symptomlast könnte bei professioneller Begleitung eine anwesende Ärzt:in Maßnahmen zur Symptomlinderung im Rahmen einer CTC einleiten und damit ein Sterben in Würde trotz Komplikationen ermöglichen. Dadurch kann ein nicht notwendiger Notfalleinsatz mit allen Folgen vermieden werden.

Die Aussagen der Expertin verdeutlichen somit, dass der Fokus für mögliche Verbesserungen im Rahmen des Umgangs mit dem StVfG nicht auf einer rechtlichen Erweiterung des Gesetzes im Sinne einer Tötung auf Verlangen liegen sollte, sondern vielmehr auf einer Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des bereits gesetzlich möglichen AS, mit besonderer Betonung der Wichtigkeit einer staatlich anerkannten Möglichkeit für eine professionelle Begleitung.

9.4 Beantwortung der Forschungsfragen

Die erste 0-Hypothese dieser Diplomarbeit „Das Sterbeverfügungsgesetz in Österreich ist in seiner praktischen Umsetzung verbesserungswürdig.“ konnte bestätigt werden, da sowohl durch das Interview als auch durch die Literatur Schwachstellen aufgezeigt werden konnten. In der Diplomarbeit wurden verschiedene Lösungsvorschläge thematisiert.

Die zweite 0-Hypothese dieser Diplomarbeit „Menschen mit Sterbewunsch werden gleich gut begleitet wie Menschen ohne Sterbewunsch.“ konnte widerlegt werden. Menschen mit dem Wunsch zur Durchführung des AS treffen auf gesellschaftliche und institutionelle Hürden und sind mit Diskriminierungen konfrontiert.

10 Konklusion

Der im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes definierte assistierte Suizid stellt ein gesellschaftlich wie wissenschaftlich kontrovers diskutiertes Thema dar, bei dem unterschiedliche ethische, rechtliche und praktische Perspektiven aufeinandertreffen. Während manche Menschen den assistierten Suizid als Möglichkeit eines selbstbestimmten Sterbens verstehen, betrachten andere diese Form des Sterbens moralisch kritisch und sehen darin potenzielle Risiken und Missbrauchsmöglichkeiten. Dr.in Kaneider gehört zu den Personen, die selbst aktiv in der Suizidbegleitung tätig sind und in Österreich über sehr große Erfahrung verfügt. Als Präsidentin der ÖGHL leitet sie politische Initiativen und arbeitet wissenschaftlich zum Thema. Das mit ihr geführte Interview verdeutlicht dabei ihre persönliche und fachliche Perspektive. Ihre Aussagen sind daher als individuelle fachliche Einschätzung einzuordnen und können nicht ohne Weiteres auf die gesamte österreichische Praxis oder die Haltung aller in diesem Bereich tätigen Personen übertragen werden. Aus der Zusammenschau der geführten Diskussion und der gewonnenen Erkenntnisse ergeben sich folgende zentrale Ergebnisse:

Der maßgebliche Ansatz für eine sinnvolle, zukünftige Entwicklung im Umgang mit dem assistierten Suizid in Österreich ist die Professionalisierung der Suizidbegleitung**.** Die Begleitung einer sterbewilligen Person sollte dabei bereits bei der kritischen und individuellen Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch beginnen und die gesamte Zeit bis zur tatsächlichen Durchführung des AS umfassen. Auch An- und Zugehörige der sterbewilligen Person sind in den Prozess miteinzubeziehen. Ist bei der Durchführung des AS eine professionelle Begleitung anwesend, können Unsicherheiten reduziert, mögliche Komplikationen frühzeitig erkannt und die Sicherheit und die Qualität der Begleitung für alle beteiligten Personen gestärkt werden. Fachlich einheitliche Qualitätsstandards sollten dafür geschaffen werden, wie dies im Best-Practice-Leitfaden für Suizidassistenz der ÖGHL „Fürsorge zur Autonomie“ (84) beschrieben wird.

Ebenso wesentlich sind eine gezielte verpflichtende Aus- und Weiterbildung aller möglicherweise an einem AS beteiligten Berufsgruppen, sowie die Förderung einer stärkeren interdisziplinären Zusammenarbeit der Menschen, die mit dem AS beruflich zu tun haben. Kooperationen zwischen Expert:innen der Suizidbegleitung und den politischen Entscheidungsträger:innen, erscheinen notwendig, um auch die Inhalte des StVfG praxisnah anzupassen. Dringender Handlungsbedarf besteht in der Präzisierung des Werbeverbots und in der bundesländerübergreifenden Regelung der Totenbeschau, da hier sterbewillige Menschen diskriminiert und ungerecht behandelt werden. Außerdem bedarf es dringend einer gesetzlichen Regelung, wie mit den ausgegebenen Präparaten umgegangen werden soll. Eine

mögliche Legalisierung der Tötung auf Verlangen steht für die befragte Expertin nicht zur Diskussion.

Es wird deutlich, dass das Sterbeverfügungsgesetz in seiner derzeitigen Form einen rechtlich geregelten Rahmen für den assistierten Suizid schafft und damit eine wichtige Grundlage für den praktischen Umgang darstellt. Gleichzeitig sollte dieser Rechtsrahmen aufgrund der zunehmenden praktischen Erfahrungen und der wachsenden fachlichen Expertise regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden. Dabei können bestehende Unklarheiten erkannt und Abläufe für alle Beteiligten verbessert werden. Institutionen, die dem assistierten Suizid kritisch gegenüberstehen, sehen ebenfalls den konkreten Handlungsbedarf und fordern, wie auch Dr.in Kaneider hervorhebt, die Einführung geeigneter offizieller Anlaufstellen, die Menschen mit Sterbewunsch und deren Angehörige im ganzen Verlauf professionell begleiten. Eine staatliche Förderung solcher Angebote wäre wünschenswert und notwendig, um eine professionelle Begleitung der sterbewilligen Personen und ihrer Angehörigen sicherzustellen.

Festzuhalten ist, dass sterbewillige Personen nicht allein aufgrund ihres Sterbewunsches anders behandelt werden dürfen als Personen ohne einen solchen Wunsch. Unterschiedliche persönliche Wertvorstellungen zum Thema Sterben und damit auch zum assistierten Suizid dürfen dabei nicht zu einer Ungleichbehandlung führen.

Daher soll diese Diplomarbeit mit einem Satz von Dr.in Christina Kaneider beschlossen werden:

"Selbstbestimmung am Lebensende entsteht nicht allein dadurch, dass ein Recht anerkannt wird. Es braucht Menschen, die zuhören, Ambivalenzen aushalten, Leid verstehen und verlässlich begleiten“. (85)

Literaturverzeichnis

1. Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A, Janssens U, Jöbges S, Neitzke G. Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. MedR. 2025; 43:253–7.

2. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann M, Krenn C, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. AINS. 2013; 48(4):216–23.

3. Friesenecker B, Halmich M, Potura E. Mythen moderner Medizin: beste medizinische Versorgung, Übertherapie und rechtzeitige Therapieentscheidungen. Anästhesie Nachr. 2025. DOI: 10.1007/s44179-025-00300-7 [eCollection 2025].

4. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7. Aufl. New York: Oxford University Press; 2013.

5. Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte. Europäische Menschenrechtskonvention [Online]. 1950 [zuletzt aufgerufen am 25.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_deu.

6. Mackenzie C, Stoljar N. Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. New York: Oxford University Press; 2000.

7. Maio G. Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2017.

8. Rahbar K. Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin [Online]. 2010 [zuletzt aufgerufen am 30.09.2026]. Verfügbar unter: https://ethica-rationalis.org/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/.

9. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977; 196(4286):129–36.

10. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Langversion) [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 07.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin.

11. Otte P. Communication in Care Relationships. In: Lang H. Out-of Hospital Ventilation. 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. S. 253–72.

12. [No authors listed]. Innsbrucker Handwerkszeug für die strukturierte Diskussion eines komplexen Falls [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Innsbrucker-Handwerkszeug-zur-Fallanalyse-.pdf.

13. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner R, Anstey M, Mitchell I, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. Int J Qual Health Care. 2016; 28(4):456–69.

14. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jöbges S, et al. Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. Med Klin Intensivmed Notfmed. 2021; 116:281–94.

15. Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012; 57(6):1021–7.

16. Hickman RL, Douglas SL. Impact of Chronic Critical Illness on the Psychological Outcomes of Family Members. AACN Adv Crit Care. 2010; 21(1):80–91.

17. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017; 7:71. DOI: 10.1186/s13613-017-0293-2 [eCollection 2017].

18. Friesenecker B. Übertherapie oder Sterben in Würde?: Ein Weg aus dem Machbarkeitswahn moderner Medizin [Online]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/uebertherapie_oder_sterben_in_wuerde_barbara_friesenecker_druckversion-korr.pdf.

19. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, ARGE Ethik der ÖGARI, Lenhart-Orator A, Weixler D, et al. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachr. 2023; 5(2):134–7.

20. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024; 73:177–85.

21. Friesenecker B, Werner-Felmayer G, Gasser G, Medicus E. Einheitliche Nomenklatur für die Situationen am Lebensende [Online]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/Einheitliche-Nomenklatur_SituationenLebensende-060223fin.pdf.

22. Republik Österreich. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 ÄrzteG 1998) [Online]. 1998 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138.

23. ARGE Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin. Therapiezieländerung, Comfort Terminal Care und Palliative Sedierungstherapie – Dos and Don'ts im Fokus [Online]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/OeGARI_Interview-_TZAe_CTC_PST.pdf.

24. Weixler D, Roiden-Schur S, Likar R, Bozzaro C, Daniczek T, Feichtner A, et al. Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie (Langversion): Ergebnisse eines Delphiprozesses der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Wien Med Wochenschr. 2017; 167:31–48.

25. Republik Österreich. 2. Erwachsenenschutz-Gesetz 2. ErwSchG [Online]. 2017 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdfsig.

26. Wallner J. Das neue Erwachsenenschutzgesetz: Eine Zusammenfassung [Online]. 2017 [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/ZusammenfassungneuesErwachsenenschutzgesetz2018.pdf.

27. Die Österreichische Justiz. Entscheidungsfähigkeit [Online]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 26.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.justiz.gv.at/html/default/2c94848a60c1583801614ba9d289538a.de.html.

28. Republik Österreich. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz PatVG) [Online]. 2006 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723.

29. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission [Online]. 2015 [zuletzt aufgerufen am 11.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr%3A6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/sterben_in_wuerde.pdf.

30. Republik Österreich. Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) [Online]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048.html.

31. Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende. 4 Verfahrensschritte zum assistierten Suizid [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 09.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.oeghl.at/_files/ugd/d0d639_a6c8e06fcd434e52b2ca3511af903172.pdf.

32. Bundesministerium für Justiz. Dialogforum Sterbehilfe [Online]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.bmj.gv.at/service/publikationen/Dialogforum-Sterbehilfe.html.

33. Verfassungsgerichtshof Österreich. VfGH-Erkenntnis [Online]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.vfgh.gv.at/medien/Selbsttoetung.de.php.

34. Republik Österreich. Sterbeverfügungsgesetz-Novelle 2026 [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 02.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2026_I_69/BGBLA_2026_I_69.pdf.

35. Rijksoverheid. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding [Online]. 2001 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01.

36. Government of the Netherlands. Is euthanasia legal in the Netherlands? [Online]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.government.nl/themes/family-health-and-care/euthanasia/is-euthanasia-allowed.

37. [No authors listed]. Niederlande erlauben ab Februar Sterbehilfe auch für Kinder [Online]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/news/niederlande-erlauben-ab-februar-sterbehilfe-auch-fuer-kinder-2ab5e31a-c7fd-411e-ab77-110aa4f5f715.

38. Schweizerische Eidgenossenschaft. Schweizerisches Strafgesetzbuch (StGB) [Online]. 1937 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de.

39. Schafroth M. Wunsch nach Freitodbegleitung – Wissenswertes für den Hausarzt [Online]. 2018 [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/download/ratgeber-fuer-aerzte/Wunsch_nach_Freitodbegleitung-Wissenswertes_fuer_den_Hausarzt.pdf.

40. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie [Online]. Ohne Datum [zuletzt aufgerufen am 27.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.euthanasiecommissie.nl.

41. Miller DG, Kim SYH. Euthanasia and physician-assisted suicide not meeting due care criteria in the Netherlands: a qualitative review of review committee judgements. BMJ Open. 2017; 7(10):e017628. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017628 [eCollection 2017].

42. Asscher ECA, van de Vathorst S. First prosecution of a Dutch doctor since the Euthanasia Act of 2002: what does the verdict mean? J Med Ethics. 2020; 46(2):71–5.

43. [No authors listed]. Niederlande: Ärztin nach Sterbehilfe für demente Frau freigesprochen [Online]. 2019 [zuletzt aufgerufen am 28.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.spiegel.de/panorama/justiz/niederlande-aerztin-nach-sterbehilfe-fuer-demente-frau-freigesprochen-a-1286326.html.

44. Grieser J. Über den Tod sprechen. Forum Psychoanal. 2023; 39:189–203.

45. Kaneider C, Crepaldi G. Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting. Zeitschrift für Palliativmedizin. 2024; 25(3):127–33.

46. Halmich M. Sterbeverfügung / Assistierter Suizid, Update: Rechtsrahmen für Ärzte [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 09.10.2026]. Verfügbar unter: https://media.infotalk.eu/infotalk_covid19/presentations/292/infotalk_292_1.pdf.

47. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. BMC Palliat Care. 2013; 12:7. DOI: 10.1186/1472-684X-12-7 [eCollection 2013].

48. Dasch B. Sterbeortentwicklung über zwei Jahrzehnte in der Stadt Münster – eine Observationsstudie auf Basis ausgewerteter Todesbescheinigungen. Gesundheitswesen. 2024; 86(4):322–9.

49. Friesenecker B, Stadlinger J. Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. Anästhesie Nachr. 2022; 4:216–7.

50. Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende. Vorschläge zur Novellierung und zur praktischen Umsetzung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 02.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.oeghl.at/_files/ugd/d0d639_aac6f3aa85b74a43a6efa02b2bf41c92.pdf.

51. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. N Engl J Med. 2000; 342(8):552–6.

52. Republik Österreich. Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung (StVf-Präp-V) [Online]. 2022 [zuletzt aufgerufen am 28.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011789.

53. Harty C, Chaput AJ, Trouton K, Buna D, Naik VN. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. Can J Anaesth. 2019; 66(9):1106–12.

54. Negt A. Pentobarbital – ein langwirksames Barbiturat [Online]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 28.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/pharmazie/pentobarbital-ein-langwirksames-barbiturat-fast-nur-noch-fuer-tiere/.

55. Schwarz M. Assistierter Suizid: Gefahr durch nicht retournierte Betäubungsmittel? [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 28.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.furche.at/gesellschaft/assistierter-suizid-gefahr-durch-nicht-retournierte-betaeubungsmittel-17634312.

56. Lenhart A, Weixler D, Schaden E, Fruhwald S, Friesenecker B. Assistierter Suizid ist noch keine „area of interest" für Ärzt:innen. Anästhesie Nachr. 2024; 6(1):1–14.

57. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, Dier H, Frank G, Gottardi R, et al. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. Anästhesie Nachr. 2023; 5(2):141–54.

58. Unseld M, Meyer AL, Vielgrader TL, Wagner T, König D, Popinger C, et al. Assisted Suicide in Austria: Nurses' Understanding of Patients' Requests and the Role of Patient Symptoms. Int J Environ Res Public Health. 2025; 22(2):218. DOI: 10.3390/ijerph22020218 [eCollection 2025].

59. Menschenrechtsbeirat der Volksanwaltschaft. Erweiterte Stellungnahme: „Assistierter Suizid" und „Lebensende und Sterben" [Online]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 28.08.2026]. Verfügbar unter: https://volksanwaltschaft.gv.at/fileadmin/user_upload/Downloads/Berichte/Stellungnahmen/MRB/erweiterte-stellungnahme-zu-assistierten-suizid-unbrk-beschluss-2024-06-18-1__1_.pdf.

60. Hospiz Österreich und Österreichische Palliativgesellschaft. Gemeinsame Stellungnahme zu Sterbeverfügung und assistiertem Suizid: Erfahrungen, Klarstellungen und Forderungen [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 09.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2025/10/2025_10_22-Gemeinsame-Stellungnahme-OPG_HOE-FINAL.pdf.

61. Pircher L. Herr Ellinger beschließt zu sterben [Online]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 31.08.2026]. Verfügbar unter: https://longreads.tt.com/herr-ellinger-beschliesst-zu-sterben/.

62. Thurner C. Eine Tirolerin über ihren Weg zur Sterbeverfügung [Online]. 2023 [zuletzt aufgerufen am 31.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.krone.at/2976067.

63. Klenk F, Nusser C. Begleiteter Suizid: „Ich will in Würde sterben", sagt Niki Glattauer [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 31.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.falter.at/zeitung/20250902/ich-will-in-wuerde-sterben-sagt-niki-glattauer.

64. Edhofer S. Christina Kaneider: „Es braucht einen Wandel in der gegenwärtigen Sterbekultur" [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 31.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.news.at/gesundheit/christina-kaneider-niki-glattauer-sterbehilfe-interview-2026.

65. Westerhaus F. Assistierter Suizid von Glattauer: Mediziner Hardinghaus warnt vor „Werbung" [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 31.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.ndr.de/kultur/palliativmediziner-warnt-vor-leichtfertiger-werbung-fuer-assistierten-suizid,hardinghaus-100.html.

66. Husmann N. Welche Würde beim Sterben? [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 01.09.2026]. Verfügbar unter: https://chrismon.de/artikel/57357/niki-glattauer-und-die-debatte-ueber-den-assistierten-suizid.

67. Grillmayer J. Suizid und die Frage der Medienethik [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 01.09.2026]. Verfügbar unter: https://religion.orf.at/stories/3231880/.

68. [No authors listed]. Ethiker: Kritik an Glattauer-Interview nach assistiertem Suizid [Online]. katholisch.at; [zuletzt aufgerufen am 01.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.katholisch.at/aktuelles/155045/ethiker-kritik-an-glattauer-interview-nach-assistiertem-suizid.

69. Crepaldi G, Kaneider C. Kontroverse: Mediale Berichterstattung zu (Niki Glattauers) assistiertem Suizid: Rhetorik der Warnung? Ethik Med. 2026; 38(2):343–7.

70. [No authors listed]. Mordprozess gegen Winzer: Zeugen am Wort [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 01.09.2026]. Verfügbar unter: https://noe.orf.at/stories/3349481/.

71. [No authors listed]. Winzer in Prozess von Mordvorwurf freigesprochen [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 01.09.2026]. Verfügbar unter: https://noe.orf.at/stories/3353729/.

72. Schwarzwald-Sailer S. Mordprozess: Geheime Audiofiles belasten Winzer [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 25.09.2026]. Verfügbar unter: https://noe.orf.at/stories/3352394/.

73. Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.

74. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2016.

75. Sahm S. Kontroverse: Mediale Berichterstattung zu (Niki Glattauers) assistiertem Suizid: Ein unmoralisches Angebot? Ethik Med. 2026; 38(2):349–53.

76. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB). Suizidalität [Online]. 2011 [zuletzt aufgerufen am 20.09.2026]. Verfügbar unter: https://oegpb.at/wp-content/uploads/2021/04/OGPB-Konsens-Suizidalitat-2011.pdf.

77. Österreichische Bischofskonferenz. Änderung des Sterbeverfügegesetzes [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 30.07.2026]. Verfügbar unter: https://www.katholisch.at/pages/bischofskonferenz_neu/rechtstexte/rechtstexte/database/305.html.

78. [No authors listed]. Orden und Caritas: „Schutz und Würde des Lebens bis zuletzt“ [Online]. 2021 [zuletzt aufgerufen am 05.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.katholisch.at/aktuelles/136413/orden-und-caritas-schutz-und-wuerde-des-lebens-bis-zuletzt.

79. [No authors listed]. Pflegeheime verweigern Bewohnern assistierten Suizid [Online]. 2024 [zuletzt aufgerufen am 23.08.2026]. Verfügbar unter: https://www.derstandard.at/story/3000000205951/pflegeheime-verweigern-bewohnern-assistierten-suizid.

80. Feichtner A. Handreichung - Assistierter Suizid [Online]. 2025 [zuletzt aufgerufen am 09.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.palliativ.at/aktuelles/ascirs/handreichung-assistierter-suizid.

81. Abbott J, Kerwin J, Holden C, Battin MP, Miller C, Pope TM. Hospice Nurse Ethics and Institutional Policies Toward Medical Aid in Dying. Am J Nurs. 2023; 123:37–43.

82. Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende. Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Sterbeverfügungsgesetz geändert wird [Online]. 2026; [zuletzt aufgerufen am 02.09.2026]. Verfügbar unter: https://c4bffa67-e434-4076-b328-a7f636566a38.usrfiles.com/ugd/d0d639_b8e5e409eee04c8c9c769ddbc309875a.pdf.

83. Wallner J. Die Gewissensklausel des Sterbeverfügungsgesetzes. Recht der Medizin. 2025; 32:22–7.

84. Kaneider C, Gowin P, Crepaldi G. Fürsorge zur Autonomie [Online]. 2026 [zuletzt aufgerufen am 12.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.oeghl.at/_files/ugd/d0d639_70eb944d5bd2474686e6195c4f52d671.pdf.

85. Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende. Homepage der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende [Online]. Ohne Datum; [zuletzt aufgerufen am 09.10.2026]. Verfügbar unter: https://www.oeghl.at.

Abkürzungsverzeichnis

AS	Assistierter Suizid
ÄG	Ärzt:innengesetz
CTC	Comfort Terminal Care
DNE	do not escalate
DNR/DNAR	do not resuscitate/do not attempt resuscitation
ErwSchG	Erwachsenenschutzgesetz
ME-CFS	Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
ÖGHL	Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
Pat.VG	Patient:innenverfügungsgesetz
PV	Patient:innenverfügung
PST	palliative Sedierungstherapie
RID	reevaluate indication and deescalate
RTE	Regionale Toetsingscommissies Euthanasie
SOP	Standard Operating Procedure
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
THG	Tiroler Hospizgemeinschaft
TZÄ	Therapiezieländerung
WiGeV	Wiener Gesundheitsverbund

Anhang

Anhang 1:

Fragebogen

1. Was ist Ihre Aufgabe in der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL)?

2. Haben Sie Kontakt zu staatlichen Institutionen?

3. Was wünschen Sie sich österreichweit für das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG)?

4. Ist es Ihrer Meinung nach besser ein Gesetz zu haben oder kein Gesetz zu haben?

5. Wie empfinden Sie das Werbeverbot?

6. Empfinden Sie, dass sich die Toleranz gegenüber dem Assistierten Suizid (AS) verändert hat?

7. Warum soll die Zahl der Menschen, die einen AS vollziehen, in den Augen mancher Palliativmediziner:innen klein bleiben?

8. Denken Sie, dass der Begriff Suizid diese alarmierende Haltung hervorruft?

9. Niki Glattauer hat in seinem Interview mit Newsflix und FALTER eben das auch angesprochen. Er berichtete, dass Ihre ergebnisoffene Haltung, die unter anderem auch Alternativen zum AS aufzeigt, für ihn sehr hilfreich war. Was sagen Sie dazu?

10. Was halten Sie davon, dass die mediale Berichterstattung im Fall Niki Glattauer zu dem von den Gegner:innen des AS propagierten Werther-Effekt führen würde?

11. Wie ist Ihre Meinung zu Tötung auf Verlangen? Sollte Tötung auf Verlangen auch in Österreich erlaubt werden? Was spricht dafür, was dagegen?

12. Welche Punkte im Sterbeverfügungsgesetz müssen adressiert werden, um vor allem die Probleme in der praktischen Umsetzung zu verbessern?

13. Sind Sie einmal an Grenzen gestoßen, an denen Sie die Suizidassistenz abgebrochen haben?

14. Wie stellen Sie sich die Optimierung des Sterbeverfügungsgesetzes vor? Wie sollte es in Zukunft sein? Ist ein Modell wie in der Schweiz für Sie denkbar?

15. Wie gehen Sie vor, wenn ein:e noch unbekannte:r Patient:in bei Ihnen anruft?

16. Was soll sich verbessern? Was sind Kritikpunkte am Sterbeverfügungsgesetz und an der praktischen Umsetzbarkeit?

17. Haben Sie noch einen Tipp für junge angehende Ärzt:innen?

18. Gibt es noch etwas, das Sie loswerden möchten?

Anhang 2:

Richtlinie	Assistierter Suizid (AS)	GESUNDHEIT INNERGEBIRG

1. ZIEL

In dieser Richtlinie wird geregelt, wie in der Tauernkliniken GmbH mit AS umgegangen wird. Ziel ist es, ein einheitliches Vorgehen sowie die Verantwortlichkeiten der diesbezüglichen Arbeitsabläufe und Aufgaben festzulegen.

2. ANWENDUNGSBEREICH

- ✓ Grundsatzerklärung
- ✓ Umgang mit Wunsch nach AS
- ✓ Begleitung eines AS im stationären Setting

3. GELTUNGSBEREICH UND VERANTWORTLICHKEITEN

Diese Regelungen gelten für die Gesundheit Innergebirg GmbH bzw. ihre Beteiligungen, insbesondere die Tauernkliniken GmbH mit den Standorten Zell am See und Mittersill sowie die Privatklinik Ritzensee GmbH. Sofern nichts anderes bestimmt wird, gelten diese Regelungen auch für Neugründungen sowie Umstrukturierungen im betrieblichen Gerüst der Gesundheit Innergebirg GmbH und ihrer Töchter.

Abteilung/Bereich/Berufsgruppe/Funktion	Verantwortung
Ärzte, Pflege und klinische Psychologie	Umsetzung der Inhalte

Verantwortlich für den Inhalt und die Überarbeitung dieser Richtlinie ist die Abteilungsleitung Innere Medizin. Für die Einhaltung und Umsetzung der Inhalte sind die Mitarbeiter:innen der Gesellschaften der Gesundheit Innergebirg GmbH verantwortlich.

4. ÄNDERUNGSHISTORIE

Version	Datum	erstellt von (Name, Abt.)	Änderungen
1.0	25.06.2024	Lisa Maria Leitner, QM	Neuerstellung

5. INHALTSVERZEICHNIS

1. Ziel 1
2. Anwendungsbereich 1
3. Geltungsbereich und Verantwortlichkeiten 1
4. Änderungshistorie 1
5. Inhaltsverzeichnis 1
6. Inhalt 2
   - 6.1. Grundsatzerklärung 2
   - 6.2. Umgang mit Wunsch nach AS 2
   - 6.3. Begleitung eines AS im stationären Setting 3
7. Revision 5
8. Abkürzungen/Begriffe 5
9. Gesetzliche Grundlagen 6
10. Freigabe 6

6. INHALT

6.1. GRUNDSATZERKLÄRUNG

... Die Tauernkliniken GmbH ermöglicht – auf Basis des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) idgF – sterbewilligen Personen

- ✓ würdevolle Sterbebegleitung
- ✓ die räumliche Verfügbarkeit für den AS
- ✓ die Begleitung und Behandlung bei Komplikationen des AS

Die Hilfeleistung bei einem AS durch MA des Hauses erfolgt auf freiwilliger Basis und wird während der Dienstzeit gestattet.

Voraussetzung ist, dass die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit der sterbewilligen Person gegeben ist und diese die gültige Sterbeverfügung im Original und das Präparat mitbringt.

Hilfeleistung auf Basis des § 3 Z 4 StVfG idgF bedeutet:

> „Hilfeleistung": die physische Unterstützung der sterbewilligen Person bei der Durchführung lebensbeendender Maßnahmen; die ärztliche Aufklärung oder die Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung ist keine Hilfeleistung

Unter Hilfeleistung ist somit jede Handlung zu verstehen, welche für die Selbsttötung kausal ist oder die die Herbeiführung des Todes durch die sterbewillige Person ermöglicht oder erleichtert.

Beispiele für eine zulässige Hilfeleistung wäre, das Legen von einem venösen Zugang oder einer Magensonde. Der letzte Schritt der Einnahme des Präparates muss von der sterbewilligen Person selbst gesetzt werden (aus: Sterbeverfügung, Leitfaden für die Praxis, BM für Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Seite 6-7).

Immer zulässig auf Basis des StVfG idgF ist psychischer Beistand und Information über die Möglichkeit der Errichtung der Sterbeverfügung

6.2. UMGANG MIT WUNSCH NACH AS

<u>Was tun, wenn MA mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid konfrontiert werden?</u>

- ✓ Wahrnehmen und Würdigen des Wunsches nach AS und Schaffen einer Vertrauensbasis, sowie Anerkennung des innewohnenden Leidens
- ✓ Suizidprävention anbieten und auf ein tragfähiges Begleiten hinweisen (psychologische Betreuung/Beratung für Betroffene und Angehörige, Psychotherapie)

<u>Wie sollen MA handeln, wenn eine sterbewillige Person mit aufrechter Sterbeverfügung und Patientenverfügung während des stationären Aufenthaltes sein Leben durch Einnahme des letalen Präparates beenden möchte?</u>

Grundsätzlich ist bei aufrechter Sterbeverfügung (SV) und vorhandener Patientenverfügung (PV) der selbstbestimmte Wunsch entscheidungsfähiger, sterbewilliger Personen nach Durchführung eines AS zu respektieren, die Gesundheit Innergebirg GmbH nimmt aber KEINE proaktive Haltung dazu ein.

Bei weiterbestehendem Wunsch nach Durchführung der Selbsttötung sollte die sterbewillige Person – sofern aus medizinischer Sicht vertretbar – nach Hause entlassen werden. Sollte ein AS im privaten

Umfeld aus gewichtigen Gründen nicht möglich sein, ermöglicht das Tauernklinikum eine würdevolle Sterbebegleitung.

Dürfen MA auf Anfrage Informationen über die Möglichkeiten zur Erstellung einer Sterbeverfügung vermitteln?

MA dürfen in der Dienstzeit, auf Anfragen der sterbewilligen Person, über Angebote der Aufklärung und Adressen der Aufklärung nach § 7 StVfG idgF und über Angebote der Errichtung einer SV informieren.

Ärzte dürfen aber nur außerhalb der Dienstzeit nach Anfrage von sterbewilligen Personen Aufklärungs- und Begutachtungsgespräche (gem. § 7 StVfG idgF) durchführen.

Personen können für genauere Informationen über das Prozedere zur Errichtung einer Sterbeverfügung auch an die Salzburger Patientenvertretung (patientenvertretung@salzburg.gv.at oder +43 662 8042-2030) verwiesen werden.

Wie sollen sich MA verhalten, wenn Ärzte oder Notare Patienten während des stationären Aufenthaltes zur Aufklärung oder Errichtung einer SV besuchen?

Prinzipiell wird dies zugelassen.

Welche dokumentarischen Veränderungen in den Einrichtungen des TK gibt es durch das neue StVfG idgF?

Nach Rücksprache mit der sterbewilligen Person wird die Therapiezieländerung von den behandelnden Ärzten in der Krankenakte festgehalten.

Jede Person kann zu jedem Zeitpunkt ihre Entscheidung zurückziehen.

6.3. BEGLEITUNG EINES AS IM STATIONÄREN SETTING

Wie sollen MA handeln, wenn sie von sterbewilligen Personen ersucht werden, im Sinne einer Sterbebegleitung während der Selbsttötung dabei zu sein?

Die Entscheidung für oder gegen eine Begleitung des AS obliegt jedem einzelnen MA höchstpersönlich, erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis und ist in der Dienstzeit gestattet. MA, die eine sterbewillige Person begleiten, dürfen arbeitsrechtlich nicht benachteiligt werden.

Folgender Ablauf ist dabei einzuhalten:

- ✓ Als ersten Schritt soll der MA seinen direkten Vorgesetzten darüber in Kenntnis setzen.
- ✓ Es ist eine Kontrolle aller notwendigen Dokumente durchzuführen:
- ✓ Sichtung der Sterbeverfügung
- ✓ Sichtung des Präparates und des Etiketts (ist dies für sterbewillige Person persönlich ausgestellt?)
- ✓ Anschließend ist eine konkrete Besprechung des Ablaufs (wie soll der Akt ablaufen, Vorgehen nach dem Tod, Verständigungen etc.) vorzunehmen,

- ✓ Überlegungen bezüglich interner Kommunikation (andere Patienten; im Team) sowie eine genaue Dokumentation von Hilfestellungen beim Umsetzen der lebensbeendenden Maßnahmen sind ebenfalls vorzunehmen

Bei Bedarf sollen Vorbereitungen für Mitarbeiterschutz nach psychologischer Belastung nach einer Assistenzleistung (zB. Supervision) getroffen werden.

Medizinische Maßnahmen bei der Begleitung eines AS können z.B. sein: Vorbereitung des Präparates, Legen einer venösen Leitung oder Magensonde zur Verabreichung, falls die sterbewillige Person nicht schlucken kann, etc.

Wie sollen MA handeln, wenn sie von sterbewilligen Personen mit einer Aufbewahrung des letalen Präparates während des stationären Aufenthaltes betraut werden?

Für die sichere Verwahrung des Präparates muss die sterbewillige Person, oder die Person, die eine Hilfestellung beim AS zugesagt hat, persönlich Sorge tragen. Die sichere Verwahrung des Präparats ist nicht Aufgabe des Krankenhauses.

Sollte eine sterbewillige Person das Präparat mit sich führen und ist eine sichere Verwahrung nicht möglich, bieten wir eine versperrte Aufbewahrung an (Präparat und Unterlagen werden innerhalb des Suchtgiftschrankes in einem versperrbaren separaten Schrank, in dem keine weiteren Medikamente gelagert werden dürfen oder nach Verfügbarkeit in einem Zimmersafe verwahrt). Eine genaue Dokumentation ist hier notwendig.

Was tun, wenn das Präparat verloren geht oder gestohlen wurde?

Im Fall von Verlust oder Verdacht auf Diebstahl des Präparates ist die Polizei zu verständigen.

Was tun, wenn Notarzt sterbewillige Person nach kompliziertem AS in Schockraum bringt?

- ✓ Im Schockraum Überprüfung der vorhandenen Dokumente durch Facharzt (Sterbeverfügung, Sicherheitsgefäß und ggf. Patientenverfügung müssen mitgebracht werden)
- ✓ Keine CPR durchführen, sofern Dokumente und Sicherheitsgefäß (und evtl. PV/ Schriftstück, in dem CPR abgelehnt wird) vorhanden
- ✓ Pat. zur Sterbebegleitung auf Normalstation (CTC=Comfort Terminal Care) verlegen.
- ✓ Bei Nichtvorliegen von Dokumenten und Sicherheitsgefäß ist eine individuelle Entscheidung zu treffen, im Zweifel gilt ‚in dubio vita'

Wie sollen MA handeln, wenn sie zu einem nicht angekündigten AS kommen?

- ✓ Person lebt
- ✓ Hilfe holen
- ✓ Wenn kein DNR/DNI: Herzalarm auslösen
- ✓ SV, Präparat und Identität der sterbewilligen Person prüfen
- ✓ Im Fall von DNR/DNI/SV: Sterbebegleitung
- ✓ Im Zweifel: Reanimation

Bei Zweifel an Rechtmäßigkeit wird die Polizei verständigt.

- ✓ Person verstorben
- ✓ Zuständigen Facharzt verständigen
- ✓ Dokumente überprüfen (s.o.): Sterbeverfügung und PV/ aktuelles Schriftstück, das eine CPR ablehnt
- ✓ Todesfeststellung durch Facharzt (im Zweifel Polizei und gerichtliche Obduktion)
- ✓ evtl. noch vorhandenes Präparat sicherstellen und der Anstaltsapotheke übergeben (→ Anzeige an die Bezirkshauptmannschaft, diese ordnet Entsorgung an)
- ✓ Meldung des Todes nach Präparateeinnahme ans Sterbeverfügungsregister
- ✓ Meldung an die ärztliche Direktion
- ✓ Anzeige nur dann bei Polizei, falls Hinweis auf Rechtswidrigkeit

Wo ist ein in den Räumlichkeiten des Krankenhauses stattgefundener AS zu melden?

- ✓ Es besteht eine Meldepflicht durch Eintragung in das Sterbeverfügungsregister:
  - https://gda.gesundheit.gv.at
  - Login mittels Handysignatur, Name und Geburtsdatum der verstorbenen Person eingeben und ZMR-Prüfung anklicken, sodann „Fall schließen" und Daten eingeben.
- ✓ Freiwillig: Meldesystem ASCIRS der österreichischen Palliativgesellschaft (www.ascirs.at)

Wen kann man bei Unsicherheiten oder Rückfragen zum Thema AS kontaktieren?

Abteilungsleitung Innere Medizin und Psychologen

7. REVISION

Die Aktualität des Dokumentes wird alle zwei Jahre vom Ersteller oder Verantwortlichen überprüft. Außerdem wird das Dokument bei Bedarf, d.h. wenn sich interne Abläufe oder Gesetze verändern, aktualisiert.

8. ABKÜRZUNGEN/BEGRIFFE

AS	assistierter Suizid
MA	Mitarbeiter:innen
Pat.	Patient:in
SV	Sterbeverfügung
PV	Patientenverfügung
CPR	Kardiopulmonale Reanimation
DNR/DNI	Do-not-resuscitate/Do-not-intubate

9. GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- ✓ Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) idgF

10. FREIGABE

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellung	Qualitätsmanagement	Lisa Maria Leitner, BA		
Prüfung	Arbeitspsychologe	Dr. Ewald Kugler		
	Ltg. Innere Medizin	Prim. Doz. Dr. René Wenzel		
	Innere Medizin	OÄ Dr. Edith Fiereder		
	Anästhesie und Intensivmedizin	OÄ Dr. Katharina Spora		
	Ltg. Recht	Dr. Stephanie Langegger		
Freigabe	Geschäftsführerin	Mag. Silke Göltl		
	Pflegedirektorin	Martina Grießer, MSc		
	Ärztlicher Direktor TK	OA Dr. Michael Hofer		
	Krankenhausleitung PKR	Annelore Barth, MBA		
	Ärztlicher Direktor PKR	Dr. Guntmar Gradl		

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Anhang 3:

Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

GED – DA-9-22-RCO

Wien, 4. November 2022

Sterbebegleitung und Assistierter Suizid

Dienstanweisung

Direktor*innen/
Leiter*innen aller
Wiener städtischen Kliniken,
Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser
des Wiener Gesundheitsverbundes
Universitätsklinikum AKH Wien

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit 1. Jänner 2022 trat das Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen und das Suchtmittelgesetz sowie das Strafgesetzbuch geändert werden (Kundmachung 31. Dezember 2021, BGBl I 242/2021, in Folge: StVfG) in Kraft.

Dem Sterbeverfügungsgesetz entsprechend ist somit das freiwillige Beenden des eigenen Lebens mit Hilfe eines Dritten möglich, wenn der/die entscheidungsfähige Sterbewillige eine Sterbeverfügung errichtet hat. Die Sterbeverfügung gilt hierbei als Nachweis für den eigenen, dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschluss assistierte Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen zu wollen.

Aufgrund faktischer Gegebenheiten (der Großteil, der in Wien wohnenden Personen verstirbt in Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen) ist die Begleitung Sterbender und die Betreuung von sterbewilligen Personen für Gesundheitseinrichtungen immanent. Das genannte Bundesgesetz hat somit eine grundlegende Bedeutung für den Wiener Gesundheitsverbund und den Betreuungsalltag der Mitarbeiter*innen.

Es sollen daher die rechtlich-organisatorischen Vorgaben für die Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe in den Häusern des Wiener Gesundheitsverbundes (WIGEV), sowie die Leitlinien für den Umgang mit Patient*innen und Bewohner*innen, welche Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen möchten, durch die gegenständliche Dienstanweisung (für sämtliche Einrichtungen des WIGEV geltende allgemeine Grundlagen) und korrespondierende, gesonderte SOPs für den Bereich der Kliniken sowie jenen der Pflegewohnhäuser, welche die notwendig Detailregelungen enthalten, dargestellt werden.

1. Leitlinien der Sterbebegleitung und der Betreuung im palliativen Setting

- Die Achtung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patient*innen und Bewohner*innen ist seit jeher ein zentrales Anliegen des WIGEV und hat insbesondere durch die effektive Durchsetzung von Patient*innenrechten sichergestellt zu werden.

- Im Sinne der Rechtssicherheit sind daher die Indikation medizinischer/pflegerischer Maßnahmen und der Patient*innenwille kontinuierlich zu hinterfragen, zu evaluieren und zu dokumentieren.

- Unnötiges Leid und kontraindizierte Übertherapie haben die behandelnden Ärzt*innen und das betreuende Pflegepersonal durch vorausschauende Therapieplanung tunlichst zu vermeiden.

- In allen Einrichtungen des WIGEV sind Maßnahmen im Rahmen der Palliative Care rechtlich zulässig und geboten, wenn aufgrund ärztlicher Beurteilung bestätigt werden konnte, dass sich Patient*innen im Sterbeprozess befinden und/oder die Umstellung von einem kurativen auf ein palliatives Therapieziel medizinisch indiziert ist.

- Im Rahmen des Advance Care Planning ist in den Pflegewohnhäusern vermehrt Gebrauch vom Instrument des Vorsorgedialog®s zu machen, um den (mutmaßlichen) Patient*innenwillen bereits vor Eintritt in die terminale Lebensphase zu ergründen.

- Für die Unterstützung im Rahmen der letzten Lebensphase ist weiterhin und verstärkt Gebrauch von Therapiezielformularen sowie der umfassenden Dokumentation von Therapiezielanpassungen zu machen.

2. Zum Umgang mit dem assistierten Suizid in den WIGEV Häusern

2.1. Durchführung von ärztlichen Aufklärungsprozessen sowie die damit zusammenhängende Diagnoseerstellung im Rahmen des § 7 StVfG

Die Durchführung ärztlicher Aufklärungsgespräche gemäß § 7 StVfG und die Bestätigung des Vorliegens einer Erkrankung gemäß § 6 Abs 3 StVfG im Rahmen des Formalprozesses zur Errichtung einer Sterbeverfügung ist als gutachterliche Tätigkeit vom Berufsrecht einer/s jeden Ärzt*in erfasst und darf WIGEV Ärzt*innen grundsätzlich nicht untersagt werden.

Für das ärztliche Personal der WIGEV Häuser müssen in diesem Zusammenhang jedoch folgende Vorgaben zwingend eingehalten werden.

Tätigkeiten des ärztlichen Personals des WIGEV nach § 7 StVfG dürfen aufgrund ihres Widerspruches mit dem krankenanstaltenrechtlichen Versorgungsauftrag, den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen und den statutengemäßen Aufgaben des WIGEV nicht innerhalb der Dienstzeit erbracht und müssen außerhalb der WIGEV Häuserdurchgeführt werden. Dienstliche Pflichten dürfen hierdurch nicht beeinträchtigt werden.

WIGEV Ärzt*innen die außerdienstlich Aufklärungsgespräche iSd Sterbeverfügungsgesetzes durchführen, haben diese Nebenbeschäftigung sowie jegliche Änderung bzw. Beendigung dieser Nebenbeschäftigung gemäß § 25 Abs. 3 DO 1994 bzw. § 16 Abs. 2 VBO 1995 bzw. § 39 Abs. 3 W-BedG mittels Nebenbeschäftigungsmeldung an die zuständige Personalabteilung zu melden.

Für derlei Nebenbeschäftigungsmeldungen gelten die üblichen Voraussetzungen:

- Die Durchführung von Aufklärungsgesprächen iSd StVfG außerhalb der Dienstzeit darf keine Behinderung an der Erfüllung der dienstlichen Aufgaben bewirken, die Vermutung der Befangenheit hervorrufen oder die Achtung und das Vertrauen, in die Stellung als Bedienstete bzw. Bediensteter des Wiener Gesundheitsverbundes bedeuten.

- Dienstliche Kontaktdaten (z.B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse) dürfen für Zwecke, die im Zusammenhang mit der Nebenbeschäftigung stehen, nicht verwendet werden.

- Die Verwendung von dienstlichen Ressourcen für Zwecke der Nebenbeschäftigung ist nicht gestattet. Das bedeutet, dass auch die Durchführung von Aufklärungsgesprächen nach dem Sterbeverfügungsgesetz mit Patient*innen, Bewohner*innen der Dienststelle ebenso außerhalb der Dienstzeit nicht möglich ist.

- Im Rahmen der Dienstzeit ist es untersagt für die gemeldete Nebenbeschäftigung zu werben/auf diese hinzuweisen/Informationsmaterial zu dieser Nebenbeschäftigung auszuhändigen.

- Die Ausübung der Nebenbeschäftigung ist erst nach schriftlicher Kenntnisnahme durch die Dienststelle zulässig.

Externe Ärzt*innen haben die Möglichkeit zur Durchführung ärztlicher Aufklärungsprozesse sowie der damit zusammenhängenden Diagnoseerstellung nach § 7 StVfG im Rahmen des Besuchsrechtes von Patient*innen und Bewohner*innen in Einrichtungen des WIGEV, wenn und soweit Patient*innen/Bewohner*innen eine Sterbeverfügung errichten wollen.

Um jegliche diesbezügliche Details hat sich der/die Patient*in bzw. Bewohner*in eigenständig zu kümmern und muss sich dieser/e überdies an die geltenden Besuchsregelungen/-zeiten halten.

Bei näheren Anfragen der Patient*innen/Bewohner*innen (bzgl. Kontaktadressen von Ärzt*innen, Notar*innen etc.) sind diese an die Österreichische Ärztekammer, an die Österreichische Notariatskammer bzw. an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft zu verweisen.

2.2. Leistung von Suizidbeihilfe durch WIGEV Gesundheitspersonal

Die Leistung von Suizidbeihilfe durch WIGEV Gesundheitspersonal in WIGEV Häusern ist aufgrund der Unvereinbarkeit mit dem gesetzlich determinierten Aufgabenbereich der Krankenanstalten/Pflegewohnhäuser (krankenanstalten- und sozialversicherungsrechtlich, statutengemäß etc.) nicht zulässig.

Mitarbeiter*innen werden im Recht auf Leistung der Suizidbeihilfe außerhalb ihrer Tätigkeit im WIGEV (außerhalb der Dienstzeit, im privaten Rahmen) in keiner Weise beschränkt, noch resultieren daraus für die Betroffenen durch deren Vornahme Nachteile (Benachteiligungsverbot).

Für hieraus potentiell resultierende strafrechtliche Folgen ist alleinig der/die Suizidbeihilfe leistende Mitarbeiter*in verantwortlich.

2.3. Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe in WIGEV Häusern durch Patient*innen/Bewohner*innen

Die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe in WIGEV Häusern durch Patient*innen/Bewohner*innen ist möglich, da andernfalls das grundrechtlich geschützte Selbstbestimmungsrecht der selbigen eingeschränkt wird.

Notar*innen, rechtskundigen Mitarbeiter*innen der Patientenvertretung darf der Zutritt zu Patient*innen/Bewohner*innen, die diese im Zuge der Errichtung einer Sterbeverfügung in den WIGEV-Häusern konsultieren, (während der Besuchszeiten) nicht verwehrt werden.

Anstaltsapotheken ist die Abgabe der (letalen) Präparate iSd Sterbeverfügungsgesetz bzw. der Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung von Gesetzes wegen nicht gestattet. Mitarbeiter*innen der Anstaltsapotheken sind über diesen Umstand durch die Ärztlichen Direktionen in Kenntnis zu setzen.

Patient*innen/Bewohner*innen, die Suizidbeihilfe in Einrichtungen des WIGEV in Anspruch nehmen wollen, wird von Seiten der Einrichtung nur die räumliche Ressource (Einzelzimmer, Zimmer des/r Bewohner*in) zur Verfügung gestellt bzw. wird die Vornahme des assistierten Suizids in diesen Räumlichkeiten seitens der WIGEV-Häuser geduldet. Eigene Räume, die dauerhaft der Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe dienen, dürfen nicht vorgesehen werden.

Die Beeinträchtigung des laufenden Betriebes sowie die Involvierung der Mitarbeiter*innen muss bei Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe durch die Patient*innen/Bewohner*innen der WIGEV Häuser möglichst vermieden werden.

Patient*innen/Bewohner*innen, die den assistierten Suizid durch eine externe Suizidbeihilfe leistende Person in einer WIGEV Einrichtung in Anspruch nehmen wollen, müssen im Vorhinein zwingend die „Einverständniserklärung zu den institutionellen Voraussetzungen iZm der Inanspruchnahme und Durchführung der Suizidbeihilfe in den WIGEV-Einrichtungen" (Anlage 1) unterzeichnen. Ebenso muss die Suizidbeihilfe leistende Person die genannte Erklärung unterfertigen. Es sind somit zwei Einverständniserklärungen- der/s Patient*in/der/s Bewohner*in sowie der Hilfe leistenden Person mit den Unterschriften beider Personen erforderlich.

Jede*r Mitarbeiter*in ist verpflichtet einem/r Patient*in/Bewohner*in, welche mit dem Anliegen an diese/n herantritt Suizidbeihilfe in der Einrichtung in Anspruch nehmen zu wollen, die genannte Einverständniserklärung sowie das „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation" (Anlage 2 bzw 3) zur Unterzeichnung vorzulegen, sowie diesem/r ein zweites Exemplar der Einverständniserklärung zur Übergabe und Unterfertigung durch die Suizidbeihilfe leistende Person auszuhändigen. Das „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation" benötigt der/die Patient*in/Bewohner*in um in der Kassa der jeweiligen Einrichtung die Gebühr zu entrichten.

Unterfertigte Einverständniserklärungen und Gebühreninformationsformulare sind von den Mitarbeiter*innen an die Ärztliche Direktion/Direktion der TU PWH im Original und als eingescannter Emailanhang zu übermitteln.

Die ärztlichen Direktionen sowie die Direktion der TU PWH haben eine Dokumentation und ein Ablagesystem für die Sammlung der unterzeichneten Einverständniserklärungen und Gebühreninformationsformulare, sortiert nach ihrem jeweiligen Eingangsjahr und dem Patient*innen/Bewohner*innennamen, zu führen.

Die „Einverständniserklärung zu den institutionellen Voraussetzungen iZm der Inanspruchnahme und Durchführung der Suizidbeihilfe in den WIGEV Einrichtungen" für suizidwillige Patient*innen/Bewohner*innen und Hilfe leistende Personen enthält folgende grundlegende Vorgaben:

- Vorliegen einer gültigen, verbindlichen Patientenverfügung
- Suizidbeihilfe nur durch das selbst/ durch die Hilfe leistende Person bezogene Präparat iSd Sterbeverfügungsgesetzes, der Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung, unter gleichzeitiger Verpflichtung zur Haftung für Schäden, die im Zuge einer anderweitigen Ausübung der Suizidbeihilfe für den WIGEV entstehen.
- Aufbewahrung des tödlichen Präparates durch die Hilfe leistende Person außerhalb der Einrichtung
- Entrichtung der Kosten (Raumkosten, Reinigung und Desinfektion des Zimmers, Totenbeschau, Leichengebarung)
- Anwesenheit der Hilfe leistenden Person bei der konkreten Durchführung der Suizidbeihilfe (Mitteilung an das Gesundheitspersonal bei erfolgtem Eintritt des Todes/Auftreten von Komplikationen) überdies hinaus keine Involvierung der Mitarbeiter*innen in den konkreten Ablauf und Prozess der Suizidbeihilfe.

Der/Die Patient*in ist am Tag der geplanten Durchführung des assistierten Suizids in einer Krankenanstalt des WIGEV, nachweislich aus der Stationärpflege zu entlassen und in Folge als ambulanter Fall zu administrieren (nähere Details siehe Punkt 3).

Für PWHs gilt, dass der/die Bewohner*in den assistierten Suizid in seinen/ihren persönlichen Räumlichkeiten des Pflegewohnhauses ausüben kann (vorausgesetzt, es handelt sich um ein Einzelzimmer), sofern Einverständniserklärung und Gebühreninformationsformular unterzeichnet und die Kosten entrichtet sind.

Am Tag, welcher vor der geplanten Durchführung der Suizidbeihilfe liegt, hat das Gesundheitspersonal den Zustand der Entscheidungsfähigkeit des/r Patient*in/Bewohner*in zu evaluieren; hierbei ist der/die Patient*in durch einen Arzt/Ärztin zu untersuchen. Sofern Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit des/r Patient*in/Bewohner*in bestehen bzw. deren Verlust nach ärztlicher Beurteilung bestätigt wurde, ist nach Pkt. Verlust der Entscheidungsfähigkeit des/r Suizidwilligen vorzugehen.

Durch das WIGEV-(Gesundheits-)Personal hat jedoch keine Überprüfung der Sterbeverfügung, des Präparates und der Einhaltung der Voraussetzungen des Sterbeverfügungsgesetzes stattzufinden. Entsprechenden Nachfragen/Bitten von Patient*innen/Bewohner*innen ist daher keinesfalls nachzukommen. Im gegebenen Fall sind diese an jene ärztlichen Personen, welche die Aufklärung durchgeführt haben bzw. die Stelle (Notar*innen, rechtskundige Mitarbeiter*innen der Patientenvertretung), bei der die Sterbeverfügung errichtet wurde, zu verweisen.

Eine Einbindung der WIGEV Mitarbeiter*innen bei der Durchführung der Suizidbeihilfe ist nicht zulässig.

Eine Verwahrung des tödlichen Präparates durch das Gesundheitspersonal bzw. an einem Ort innerhalb der Einrichtung (Suchtgiftschrank, Zimmer des/r Patient*in/ Bewohner*in etc.) ist nicht zulässig. Entsprechenden Bitten ist daher keinesfalls nachzukommen.

Patient*innen/Bewohner*innen müssen sich daher im Rahmen der Einverständniserklärung dazu verpflichten, dass das Präparat bei der Hilfe leistenden Person aufbewahrt wird und von diesem/r erst am Tag der geplanten Durchführung des assistierten Suizids dem/r Sterbewilligen überreicht wird.

Die Durchführung des assistierten Suizids darf durch das WIGEV-Personal nicht ärztlich oder pflegerisch „überwacht" werden.

Von diesem Grundsatz kann und muss in 2 Ausnahmefällen abgesehen werden:

1. Verlust der Entscheidungsfähigkeit des/r Suizidwilligen

Sollte das Gesundheitspersonal aufgrund des gesundheitlichen Zustandes des/r sterbewilligen Person zu der begründeten Annahme gelangen, dass es unmittelbar vor der geplanten Suizidbeihilfe zu einem Verlust der Entscheidungsfähigkeit des/r Suizidwilligen gekommen ist, muss die Durchführung des assistierten Suizids verweigert werden. Dies gilt unabhängig von der Tatsache, dass sämtliche Formalitäten (unterzeichnete Einverständniserklärung etc.) bereits seitens der/s Sterbewilligen erfüllt wurden. Bei mangelnder Entscheidungsfähigkeit des/r Patient*in/Bewohner*in im Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe besteht die Pflicht zur Verhinderung einer strafbaren Fremdtötung. Die Verweigerung der Durchführung wird der Hilfe leistenden Person entsprechend mitgeteilt.

Konkret vorzunehmende Handlungsschritte:

a. Wenn nach ärztlicher Untersuchung des/r Patient*in/Bewohner*in am Tag vor der geplanten Durchführung der Suizidbeihilfe feststeht, dass die Entscheidungsfähigkeit des/r Sterbewilligen nicht mehr vorliegt (wegen eines akuten Vorfalles oder einer Verschlechterung der bestehenden Symptomatik) ist die Hilfe leistende Person zu kontaktieren. Diesem/r ist mitzuteilen, dass die Suizidbeihilfe aufgrund dieses Umstandes nicht in Anspruch genommen werden kann, da andernfalls ein strafbares Verhalten (Fremdtötung) vorläge.

b. Die Mitteilung der Versagung der Inanspruchnahme der Suizidbeihilfe aufgrund des Verlusts der Entscheidungsfähigkeit des/r Sterbewilligen hat schriftlich dokumentiert zu werden.

c. Allenfalls ist beim zuständigen Pflegschaftsgericht die Bestellung eines/r Erwachsenenvertreter*in anzuregen.

2. Auftreten von Komplikationen iZm der Durchführung der Suizidbeihilfe

Wird das Gesundheitspersonal von einer Hilfe leistenden Person aufgrund des Auftretens von Komplikationen zum/r Suizident*in gerufen, ist der Inhalt der Patientenverfügung des/der selbigen entscheidend. Werden darin Sofortmaßnahmen im Rahmen der ersten Hilfe abgelehnt, sind diese zu unterlassen. In allen anderen Fällen ist Erste Hilfe zu leisten.

Sämtliche dieser Vorgänge sind zwingend zu dokumentieren und wiederum die Ärztliche Direktion/die Direktion der TU PWH hierüber zu informieren

WIGEV Mitarbeiter*innen dürfen (außer im zuvor genannten Komplikationsfall) die Räumlichkeiten, in welchen die Suizidbeihilfe in Anspruch genommen wird, erst dann betreten, wenn die Beihilfe leistende Person, das Personal über die bereits durchgeführte Suizidbeihilfe und den Tod der Patient*innen/Bewohner*innen informieren.

Vorgehen nach Eintritt des Todes

Nach Eintritt des Todes besteht aufgrund § 4 Abs 3 Wiener Leichen- und Bestattungsgesetz - WLBG die Verpflichtung zur Totenbeschau durch die Anstaltsärzt*innen.

Nach Abschluss der Totenbeschau haben die Totenbeschauärzt*innen des WIGEV die Todesbescheinigung nach § 7 WLBG in deutlich lesbarer Form auszustellen und dem Magistrat auf elektronischem Wege zu übermitteln.

Die Todesbescheinigung hat die nach § 7 Abs 4 WLBG geforderten Inhalte (Angaben, die erforderlich sind für sanitätsbehördliche Belange; für die Durchführung der Bestattung; für statistische Zwecke; zumindest Vor- und Familienname, Titel, Geschlecht und Geburtsdatum des Verstorbenen, Ort und Zeitpunkt des Todes und die Todesursache) zu enthalten.

Darüber hinaus besteht nach § 9 Abs 4 StVfG die Verpflichtung zur Meldung an das Gesundheitsministerium im Rahmen dessen Verpflichtung zur Führung des Sterbeverfügungsregisters.

Die Totenbeschauärzt*innen haben iZm dem Sterbeverfügungsgesetz eine gesonderte Meldung zu erstatten, wenn Hinweise vorliegen, dass der Tod in einem unmittelbaren oder mittelbaren kausalen Zusammenhang mit der Einnahme eines Präparats steht. Die Meldung über den Todesfall hat folgende Informationen zu

umfassen: 1.Identifikationsdaten der verstorbenen Person; 2. Datum und Ort des Todes; 3. falls bekannt, ob eine Sterbeverfügung errichtet wurde, und falls bekannt, Datum der Errichtung; 4. allfällige Anordnung einer Leichenöffnung oder Obduktion; 5. meldende Totenbeschauärzt*in; 6. Datum der Meldung.

Die Inanspruchnahme der Sterbehilfe durch Patient*innen/Bewohner*innen der WIGEV Häuser ist auch durch das übrige Gesundheitspersonal zu dokumentieren und der Ärztlichen Direktion der Krankenanstalt bzw. der Direktion der TU PWH zu melden. Die Ärztlichen Direktionen sowie die Direktion der TU PWH haben eine Aufzeichnung über die in ihren Einrichtungen durchgeführten Fälle der Suizidbeihilfe zu führen.

3. Administration und Verrechnung

3.1. Administration und Verrechnung im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid in öffentlichen Krankenanstalten des WIGEV

Vor der Entlassung des/der Patient*in aus der stationären Pflege ist die Gebühr für den assistierten Suizid in der Kassa der jeweiligen Klinik zu entrichten.

Für die Umsetzung des Verrechnungsprozesses ist das „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation" zu verwenden, das sich in der jeweils aktuellen Version im Intranet im allgemeinen Formulare-Ordner unter Wissen/Formulare und Vorlagen/Generaldirektion/Finanz findet.

Die Gebührensätze dieser ambulanten Wunschleistung werden jeweils durch die Wiener Landesregierung beschlossen und per Landesgesetzblatt verlautbart.

Das unterzeichnete „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation für Krankenanstalten" muss vom/von der Patient*in in der Kassa der jeweiligen Einrichtung zur Bezahlung der Kosten vorgelegt werden.

Bevor der/die Patient*in als ambulanter Besuch administriert wird, muss er/sie aus der Stationärpflege entlassen werden.

Bei der Administration ist darauf zu achten, dass ein **ambulanter Besuch mit der Besuchsart Wunschleistung** zu administrieren ist. Hierbei wird die Leistung „Suizidbeihilfe" zusätzlich administriert (XXXX Leistungscode).

Sämtliche weitere Details sind der korrespondierenden SOP für den Bereich der Krankenanstalten zu entnehmen.

3.2. Administration und Verrechnung im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid in den Pflegewohnhäusern des WIGEV

Vor der Ausübung des assistierten Suizids durch den/die Bewohner*in ist die Gebühr für den assistierten Suizid in der Kassa des Pflegewohnhauses zu entrichten.

Für die Umsetzung des Verrechnungsprozesses ist das „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation für Pflegewohnhäuser" zu verwenden, das sich in der jeweils aktuellen Version im Intranet im allgemeinen Formulare-Ordner unter Wissen/Formulare und Vorlagen/Generaldirektion/Finanz findet.

Das unterzeichnete „Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation" muss vom/von der Bewohner*in in der Kassa des jeweiligen Pflegewohnhauses zur Bezahlung der Kosten vorgelegt werden.

Sämtliche weitere Details sind der korrespondierenden SOP für den Bereich der Pflegewohnhäuser zu entnehmen.

Wiener Gesundheitsverbund | Für die Stadt Wien

Diese Dienstanweisung tritt mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Informieren Sie bitte alle Mitarbeiter*innen Ihres Verantwortungsbereichs über diese Dienstanweisung.

Für Fragen steht Ihnen das Vorstandsressort Recht & Compliance, Fachbereich 6 Medizinrecht (TU-AKH, TU-PWH) gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Der Generaldirektorin-Stellvertreter	Die Generaldirektorin	Der Medizinische Direktor
Dipl.-Ing. Herwig Wetzlinger	Mag.ª Evelyn Kölldorfer-Leitgeb	Dr. Michael Binder

Der Leiter des Vorstandsressorts Recht & Compliance

Mag. Bernhard Pisecky

Inhaltlich zuständig:
Vorstandsressorts Recht & Compliance
Fachbereich 6 - Medizinrecht (TU-AKH, TU-PWH)
☎ 404 09 60582
✉ ged.recht@gesundheitsverbund.at

Anlagen:
1) Einverständniserklärung zu den institutionellen Voraussetzungen iZm der Inanspruchnahme und Durchführung der Suizidbeihilfe in den WIGEV-Einrichtungen
2) Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation für Krankenanstalten
3) Formular Assistierter Suizid Gebühreninformation für Pflegewohnhäuser

Anhang 4:

Anlage ./A

Tiroler Hospiz Gemeinschaft

Hausordnung

für die Krankenanstalt „Hospiz- und Palliativstation der Tiroler Hospizgemeinschaft", Milser Straße 23, 6060 Hall in Tirol

Diese Anlage stellt einen integrierenden Bestandteil zur Anstaltsordnung in der Fassung vom 05. Juni 2018 dar.

1. Verhalten der Patienten[1] und der Besucher

1.1 Die Anordnungen der Ärzte und des befugten Personals sind im Interesse der Patientenbehandlung und des geordneten Betriebsablaufes zu befolgen.

1.2 Alle Einrichtungen der Krankenanstalt sind schonend zu benützen und rein zu halten.

1.3 Das Mitnehmen von Assistenz- und Therapiehunden im Sinne des Bundesbehindertengesetzes ist zulässig, sofern nicht hygienische Gründe dagegen sprechen. Assistenz- und Therapiehunde sind am Anstaltsgelände angeleint zu führen und haben einen Maulkorb zu tragen. Abgesehen davon sind Tiere nur dann zugelassen, wenn hygienische und sonstige Gründe nicht dagegen sprechen und dies von einem Organ der Kollegialen Führung individuell genehmigt wurde.

1.4 Für die von den Patienten mitgebrachten Kleider, Wäsche und sonstigen Gebrauchsgegenstände wird von der Anstalt keine Haftung übernommen. Geld, Wertgegenstände udgl. können gegen Bestätigung vom Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur sicheren Hinterlegung entgegen genommen werden.

1.5 Das Bringen und Lagern von letalen Präparaten (z.B. Natrium-Pentobarbital) ist untersagt. Die Durchführung eines Assistierten Suizids ist nicht erlaubt.

1.6 Das Rauchen ist in der Krankenanstalt grundsätzlich – mit Ausnahme des eigens dafür gekennzeichneten Raucherzimmers im ersten Obergeschoss und eines eigens dafür ausgewiesenen Platzes im Freien - verboten.

1.7 Die Patienten haben das Recht auf Wahrung ihrer Persönlichkeit und auf Information und Beratung.

[1] Soweit in dieser Hausordnung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise

2. Patientenrechte

2.1 Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass die Patienten ihr Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte und die Herstellung von Abschriften oder Ablichtungen davon ausüben können.

2.2 Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass die Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risken ausüben können und dass auf Wunsch des Patienten diesem oder einer Vertrauensperson des Patienten medizinische Information durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden.

2.3 Auf Wunsch erhalten Patienten eine seelsorgerische Betreuung und psychologische Unterstützung.

2.4 Die Intimsphäre der Patienten wird ausreichend gewahrt.

2.5 Neben der Erbringung fachärztlicher Leistung steht einem Patienten auch für allgemeine medizinische Anliegen ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung.

2.6 Es wird sichergestellt, dass Vertrauenspersonen jederzeit Kontakt mit den Sterbenden pflegen können und ein Sterben in Würde ermöglicht wird.

2.7 Bei der Leistungserbringung wird möglichst auf den allgemeinen Lebensrhythmus abgestellt.

2.8 Stationär aufgenommene Patienten erhalten dauernd qualifizierte Pflege.

3. Regelung über die Behandlung von Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen – Beschwerdemanagement

Persönlicher Geltungsbereich: Die nachfolgenden Regelungen gelten für alle Mitarbeiter der Krankenanstalt, die mit Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen konfrontiert werden.

3.1 Beschwerden, die an die Krankenanstalt gerichtet sind (internes Beschwerdemanagement):

3.1.1 Beschwerden an die Krankenanstalt können schriftlich oder mündlich bzw. telefonisch eingebracht werden.

3.1.2 Bei mündlichen Beschwerden ist von der befassten Person ein Vermerk mit folgendem Mindestinhalt zu erstellen: Datum des Gesprächs, Gesprächspartner, nähere Angaben zum Beschwerdeinhalt, Erreichbarkeit des Beschwerdeführers, Unterschrift des Beschwerdeempfängers.

3.1.3 Eingelangte Beschwerden sind unverzüglich an die Kollegiale Führung der Krankenanstalt weiter zu leiten. Die Kollegiale Führung hat den Träger der Krankenanstalt zu informieren.

3.1.4 Die Beschwerde ist von der Kollegialen Führung an den/die zu diesem Thema verantwortlichen Funktionsträger (Verwaltungsdirektor, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor, Technischer Sicherheitsbeauftragter, Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter) weiter zu leiten.

3.1.5 Der befasste Funktionsträger hat zur Beschwerde unverzüglich schriftlich Stellung zu nehmen, nach Möglichkeit konkrete Maßnahmen vorzuschlagen und die Kollegiale Führung der Krankenanstalt zu informieren.

3.1.6 Die Kollegiale Führung der Krankenanstalt hat in der Folge im Falle berechtigter Beschwerden im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

3.1.7 Der/die betroffenen Funktionsträger hat/haben den Träger der Krankenanstalt über das Ergebnis der Veranlassungen zu informieren.

3.1.8 Die Kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die beschwerdeführende Person über das Ergebnis der Überprüfung sowie über die weiteren Veranlassungen zu informieren.

3.2 Beschwerden, die an die Tiroler Patientenvertretung gerichtet sind:

3.2.1 Beim Amt d. Tiroler Landesregierung ist die unabhängige Tiroler Patientenvertretung eingerichtet. Die Patientenvertretung ist in 6020 Innsbruck, Meraner Straße 5, während der Amtszeiten oder nach Vereinbarung zu erreichen. Tel.: 0512-508-7700, Email: patientenvertretung@tirol.gv.at, Internet: www.tirol.gv.at/patientenvertretung

3.2.2 Der Träger der Krankenanstalt hat die Patienten in geeigneter Weise über die Tiroler Patientenvertretung und deren Erreichbarkeit zu informieren.

3.2.3 Beschwerden an die Tiroler Patientenvertretung können direkt bei dieser oder über die Krankenanstalt eingebracht werden.

3.2.4 Werden Beschwerden an die Tiroler Patientenvertretung direkt bei der Krankenanstalt eingebracht, so sind diese nach § 13e Abs 2 TirKAG entgegen zu nehmen und im Wege des Rechtsträgers an die Tiroler Patientenvertretung weiter zu leiten (außer dies wird vom Beschwerdeführer nicht gewünscht).

Innsbruck, am 25. Jänner 2025

Marina Baldauf Vorsitzende	Dr. Reiner Splechtna Kassier	Mag. Werner Mühlböck, MBA GF Tiroler Hospiz Betriebsgesellschaf mbH

Anhang 5:

Anlage ./A

Tiroler Hospiz Gemeinschaft

Hausordnung

für die Krankenanstalt „Hospiz- und Palliativstation der Tiroler Hospizgemeinschaft", Milser Straße 23, 6060 Hall in Tirol

Diese Anlage stellt einen integrierenden Bestandteil zur Anstaltsordnung in der Fassung vom 05. Juni 2018 dar.

1. Verhalten der Patienten[1] und der Besucher

1.1 Die Anordnungen der Ärzte und des befugten Personals sind im Interesse der Patientenbehandlung und des geordneten Betriebsablaufes zu befolgen.

1.2 Alle Einrichtungen der Krankenanstalt sind schonend zu benützen und rein zu halten.

1.3 Das Mitnehmen von Assistenz- und Therapiehunden im Sinne des Bundesbehindertengesetzes ist zulässig, sofern nicht hygienische Gründe dagegen sprechen. Assistenz- und Therapiehunde sind am Anstaltsgelände angeleint zu führen und haben einen Maulkorb zu tragen. Abgesehen davon sind Tiere nur dann zugelassen, wenn hygienische und sonstige Gründe nicht dagegen sprechen und dies von einem Organ der Kollegialen Führung individuell genehmigt wurde.

1.4 Für die von den Patienten mitgebrachten Kleider, Wäsche und sonstigen Gebrauchsgegenstände wird von der Anstalt keine Haftung übernommen. Geld, Wertgegenstände udgl. können gegen Bestätigung vom Gesundheits- und Krankenpflegepersonal zur sicheren Hinterlegung entgegen genommen werden.

1.5 Das Rauchen ist in der Krankenanstalt grundsätzlich – mit Ausnahme des eigens dafür gekennzeichneten Raucherzimmers im ersten Obergeschoss und eines eigens dafür ausgewiesenen Platzes im Freien - verboten.

1.6 Die Patienten haben das Recht auf Wahrung ihrer Persönlichkeit und auf Information und Beratung.

[1] Soweit in dieser Hausordnung personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form verwendet werden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise

2. Patientenrechte

2.1 Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass die Patienten ihr Recht auf Einsichtnahme in die Krankengeschichte und die Herstellung von Abschriften oder Ablichtungen davon ausüben können.

2.2 Der Träger der Krankenanstalt hat sicherzustellen, dass die Patienten ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risken ausüben können und dass auf Wunsch des Patienten diesem oder einer Vertrauensperson des Patienten medizinische Information durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden.

2.3 Auf Wunsch erhalten Patienten eine seelsorgerische Betreuung und psychologische Unterstützung.

2.4 Die Intimsphäre der Patienten wird ausreichend gewahrt.

2.5 Neben der Erbringung fachärztlicher Leistung steht einem Patienten auch für allgemeine medizinische Anliegen ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt zur Verfügung.

2.6 Es wird sichergestellt, dass Vertrauenspersonen jederzeit Kontakt mit den Sterbenden pflegen können und ein Sterben in Würde ermöglicht wird.

2.7 Bei der Leistungserbringung wird möglichst auf den allgemeinen Lebensrhythmus abgestellt.

2.8 Stationär aufgenommene Patienten erhalten dauernd qualifizierte Pflege.

3. Regelung über die Behandlung von Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen – Beschwerdemanagement

Persönlicher Geltungsbereich: Die nachfolgenden Regelungen gelten für alle Mitarbeiter der Krankenanstalt, die mit Beschwerden von Patienten, deren Angehörigen oder deren Vertrauenspersonen konfrontiert werden.

3.1 Beschwerden, die an die Krankenanstalt gerichtet sind (internes Beschwerdemanagement):

3.1.1 Beschwerden an die Krankenanstalt können schriftlich oder mündlich bzw. telefonisch eingebracht werden.

3.1.2 Bei mündlichen Beschwerden ist von der befassten Person ein Vermerk mit folgendem Mindestinhalt zu erstellen: Datum des Gesprächs, Gesprächspartner, nähere Angaben zum Beschwerdeinhalt, Erreichbarkeit des Beschwerdeführers, Unterschrift des Beschwerdeempfängers.

3.1.3 Eingelangte Beschwerden sind unverzüglich an die Kollegiale Führung der Krankenanstalt weiter zu leiten. Die Kollegiale Führung hat den Träger der Krankenanstalt zu informieren.

3.1.4 Die Beschwerde ist von der Kollegialen Führung an den/die zu diesem Thema verantwortlichen Funktionsträger (Verwaltungsdirektor, Ärztlicher Direktor,

Pflegedirektor, Technischer Sicherheitsbeauftragter, Krankenhaushygieniker oder Hygienebeauftragter) weiter zu leiten.

3.1.5 Der befasste Funktionsträger hat zur Beschwerde unverzüglich schriftlich Stellung zu nehmen, nach Möglichkeit konkrete Maßnahmen vorzuschlagen und die Kollegiale Führung der Krankenanstalt zu informieren.

3.1.6 Die Kollegiale Führung der Krankenanstalt hat in der Folge im Falle berechtigter Beschwerden im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

3.1.7 Der/die betroffenen Funktionsträger hat/haben den Träger der Krankenanstalt über das Ergebnis der Veranlassungen zu informieren.

3.1.8 Die Kollegiale Führung der Krankenanstalt hat die beschwerdeführende Person über das Ergebnis der Überprüfung sowie über die weiteren Veranlassungen zu informieren.

3.2 Beschwerden, die an die Tiroler Patientenvertretung gerichtet sind:

3.2.1 Beim Amt d. Tiroler Landesregierung ist die unabhängige Tiroler Patientenvertretung eingerichtet. Die Patientenvertretung ist in 6020 Innsbruck, Meraner Straße 5, während der Amtszeiten oder nach Vereinbarung zu erreichen. Tel.: 0512-508-7700, Email: patientenvertretung@tirol.gv.at, Internet: www.tirol.gv.at/patientenvertretung

3.2.2 Der Träger der Krankenanstalt hat die Patienten in geeigneter Weise über die Tiroler Patientenvertretung und deren Erreichbarkeit zu informieren.

3.2.3 Beschwerden an die Tiroler Patientenvertretung können direkt bei dieser oder über die Krankenanstalt eingebracht werden.

3.2.4 Werden Beschwerden an die Tiroler Patientenvertretung direkt bei der Krankenanstalt eingebracht, so sind diese nach § 13e Abs 2 TirKAG entgegen zu nehmen und im Wege des Rechtsträgers an die Tiroler Patientenvertretung weiter zu leiten (außer dies wird vom Beschwerdeführer nicht gewünscht).

Innsbruck, am 05. Juni 2018

Dr. Elisabeth Zanon Vorsitzende	Dr. Reiner Splechtna Kassier	Mag. Werner Mühlböck, MBA GF Tiroler Hospiz Betriebsgesellschaf mbH

Anhang 6:

WIR BEGLEITEN MENSCHEN

Tiroler Hospiz Gemeinschaft

Umgang mit Suizidwünschen in der THG ab 1.1.2022
Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe[1] der THG und genehmigt im Vorstand vom 17.12.2021

Ausgangslage

Ab 1. Jänner 2022 ist die Durchführung eines assistierten Suizids in Österreich unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr strafbar. Im vorliegenden Papier wird unsere Haltung dargelegt mit dem Ziel, Orientierung im Umgang mit Suizidwünschen innerhalb der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft zu ermöglichen.

Unsere Grundhaltung

Assistierter Suizid passt nicht in das Selbstverständnis der Hospizbewegung, da wir Sorge über mögliche daraus resultierende negative gesellschaftliche Veränderungen haben[2].
Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen haben wir allerdings Verständnis und Respekt vor Menschen, die ihren Todeswunsch zum Ausdruck bringen, begleiten diese immer, assistieren aber nicht beim Suizid. Deshalb sagen wir ...

- JA zu Achtsamkeit bei Entscheidungen am Lebensende
- JA zum Sterben-Zulassen
  - Palliative Betreuung beabsichtigt weder die Beschleunigung noch die Hinauszögerung des natürlichen Sterbeprozesses
- JA zum Mut und zur Bereitschaft, mit verzweifelten Menschen in Dialog zu treten und zu bleiben
- JA zu Grenzen und Unzulänglichkeiten im Grenzbereich zwischen Leben und Tod.

Umgang mit Suizidwünschen

Basierend auf unsere oben angeführte Grundhaltung gehen wir mit geäußerten Wünschen unserer Patient*innen zum assistierten Suizid wie folgt um:

- Wir bieten Sicherheit, dass assistierter Suizid von uns nicht praktiziert wird.
  - Dies wird auch in unserer Kommunikation nach außen sichtbar (z.B. Homepage, Hausordnung, ...)
- Wir lehnen die Durchführung eines assistierten Suizids im Hospizhaus und in unseren Einrichtungen ab.
- Auf Grund unseres Selbstverständnisses reagieren wir auf einen geäußerten Suizidwunsch mit Dialog, Zuwendung und ggf. Intensivierung unserer hospizlichen und palliativen Betreuung und Begleitung.
- Wir begleiten Menschen immer, sind aber bei der Durchführung des Suizids nicht dabei und leisten keine Assistenz beim Suizid.
- Natürlich geht unser Betreuungsangebot für Angehörige, wie bei uns üblich, auch nach dem Tod des/r Patient*in weiter.
- Wir klären auf, beraten, begleiten und betreuen, unterzeichnen allerdings kein Dokument im Sinne des § 7 StVfG.
- Wir bekennen uns dazu, unsere Mitarbeiter*innen zum Thema Umgang mit existentiellem Leid und mit Sterbewünschen laufend zu schulen, Supervision anzubieten und in diesen Themenbereichen am Stand der Wissenschaft zu bleiben.
- Die Arbeitsgruppe Suizidwünsche bleibt auch nach dem 1.1.2022 bestehen, steht in engem Austausch mit den Kolleg*innen und trifft sich regelmäßig zu Reflexion und Weiterentwicklung.

* * *

[1] *Mitglieder der interdisziplinären Arbeitsgruppe (alphabetisch):*
Christof Blassnigg, Dr. Christoph Gabl MSc, Dr. Katrin Gerger, Monika Kieler, Katrin Marth, Mag. Werner Mühlböck MBA (Gruppenleitung), Dr. Sinikka Prajczer PhD, Silvia Steurer, Annelies Wäger, Mag. Piet Wolters.
[2] *Siehe „Position der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft zur Sterbehilfedebatte"*

Anhang 7:

WIR BEGLEITEN MENSCHEN

Tiroler Hospiz Gemeinschaft

Umgang mit Suizidwünschen in der THG ab 1.1.2022
Erarbeitet von einer Arbeitsgruppe[1] der THG und genehmigt im Vorstand vom 17.12.2021
Aktualisiert in der Vorstandssitzung am 23. Juni 2026

Ausgangslage

Ab 1. Jänner 2022 ist die Durchführung eines assistierten Suizids in Österreich unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr strafbar. Im vorliegenden Papier wird unsere Haltung dargelegt mit dem Ziel, Orientierung im Umgang mit Suizidwünschen innerhalb der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft zu ermöglichen.

Unsere Grundhaltung

Assistierter Suizid passt nicht in das Selbstverständnis der Hospizbewegung, da wir Sorge über mögliche daraus resultierende negative gesellschaftliche Veränderungen haben. Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen haben wir allerdings Verständnis und Respekt vor Menschen, die ihren Todeswunsch zum Ausdruck bringen, begleiten diese immer, assistieren aber nicht beim Suizid. Deshalb sagen wir …

- JA zu Achtsamkeit bei Entscheidungen am Lebensende
- JA zum Sterben-Zulassen
  - Palliative Betreuung beabsichtigt weder die Beschleunigung noch die Hinauszögerung des natürlichen Sterbeprozesses
- JA zum Mut und zur Bereitschaft, mit verzweifelten Menschen in Dialog zu treten und zu bleiben
- JA zu Grenzen und Unzulänglichkeiten im Grenzbereich zwischen Leben und Tod.

Umgang mit Suizidwünschen

Basierend auf unsere oben angeführte Grundhaltung gehen wir mit geäußerten Wünschen unserer Patient*innen zum assistierten Suizid wie folgt um:

- Grundsätzlich ist der assistierte Suizid für die Tiroler Hospiz-Gemeinschaft keine vorrangige Option.
- Wir orientieren uns bei unserem Vorgehen im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid an dem von uns erstellten Leitfaden[2].
- Auf Grund unseres Selbstverständnisses reagieren wir auf einen geäußerten Suizidwunsch mit Dialog, Zuwendung und ggf. Intensivierung unserer hospizlichen und palliativen Betreuung und Begleitung.
- Wir begleiten Menschen immer, sind aber bei der Durchführung des Suizids nicht dabei und leisten keine Assistenz beim Suizid.
- Natürlich geht unser Betreuungsangebot für Angehörige, wie bei uns üblich, auch nach dem Tod des/r Patient*in weiter.
- Wir klären auf, beraten, begleiten und betreuen, unterzeichnen allerdings kein Dokument im Sinne des § 7 StVfG.
- Wir bekennen uns dazu, unsere Mitarbeiter*innen zum Thema Umgang mit existentiellem Leid und mit Sterbewünschen laufend zu schulen, Supervision anzubieten und in diesen Themenbereichen am Stand der Wissenschaft zu bleiben.
- Das interdisziplinäre Kernteam Sterbewünsche steht in engem Austausch mit den Kolleg*innen und trifft sich regelmäßig zu Reflexion und Weiterentwicklung.

* * *

[1] *Mitglieder der interdisziplinären Arbeitsgruppe (alphabetisch):*
Christof Blassnigg, Dr. Christoph Gabl MSc, Dr. Katrin Gerger, Monika Kieler, Katrin Marth, Mag. Werner Mühlböck MBA (Gruppenleitung), Dr. Sinikka Prajczer PhD, Silvia Steurer, Annelies Wäger, Mag. Piet Wolters.
[2] Der Leitfaden wurdem in der Vostandssitzung am 16.4.2026 beschlossen.