

**Assistierter Suizid in Einrichtungen der Altenbetreuung
und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich:
Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Herausforderungen**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Christian Waldschütz

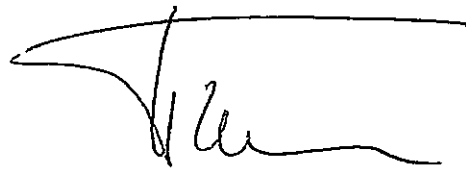
08304215

Begutachter: Mag. Roland Nagel, MBA

Wien, November 2023

Eidesstattliche Erklärung

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping horizontal stroke at the top, followed by a vertical stroke that curves to the left, and then a series of smaller, connected loops and strokes below.

17. November 2023

Unterschrift

Abstract

Im Jänner 2022 trat in Österreich ein Sterbeverfügungsgesetz in Kraft, das die Hilfe beim assistierten Suizid unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich erlaubt. Nach einem Blick auf die Suizidstatistik in Österreich, werden wesentliche Bestimmungen des Gesetzes vorgestellt und wird eine Abgrenzung zu Patientenverfügung und Erwachsenenvertretung vorgenommen. In einem Ländervergleich zur Sterbehilfe sollen mögliche Gründe für Sterbetourismus gefunden werden. In der Folge werden rechtliche- und ethische Rahmenbedingungen, sowie die Einstellung der römisch-katholischen Kirche beleuchtet, die bei der inhaltlichen Gestaltung des Gesetzes zu berücksichtigen waren. Welche Auswirkungen das Gesetz in der Praxis hat, wird in Kapitel 5 beleuchtet. Dazu wird der gesetzlich vorgesehene Prozess aus Sicht der Beteiligten untersucht, allen voran die Einstellung von Ärzt*innen und Pflegekräften. Weiters wird der Frage nachgegangen, welche Unterstützung in Einrichtungen der Altenbetreuung und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung angeboten wird. Palliativversorgung als Alternative zum Suizid, Kritikpunkte und Fragen, die vor einer Gesetzesänderung empirisch zu beantworten sind, beschließen diese Arbeit.

Schlüsselbegriffe: Suizid, Selbstmord, Sterbehilfe, aktive, passive, direkte, indirekte, assistierter Suizid, Selbsttötung, Sterbeverfügungsgesetz, Palliativversorgung, Dammbrechargument

Abstract

In January 2022, a law allowing assisted suicide under certain conditions, came into force. After taking a short overview at the suicide statistics in Austria, light is thrown on essential regulations of the law and a distinction is made between living will and guardianship. In a country comparison of euthanasia, possible reasons for suicide tourism should be found. Subsequently, the legal- and ethical framework conditions as well as the attitude of the roman-catholic church are examined, which had to be considered when designing the content of the law. The effects of the law in practice are discussed in chapter five. The legally stipulated process is examined from the perspective of those involved, especially doctors and nursing staff. Furthermore, the question of what support is offered in geriatric care and nursing facilities, hospice- and palliative care will be examined. Palliative care as an alternative to suicide, criticism of the law and questions that need to be answered, before changing the law, conclude this study.

Keywords: suicide, euthanasia, active, passive, direct, indirect, assisted suicide, dying will, palliative care, slippery-slope-theses

Inhaltsverzeichnis

1	Problemstellung und Forschungsfrage	5
1.1	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	5
1.2	Methode	6
1.3	Begriffserklärungen	7
2	Suizid in Zahlen (Österreich)	8
3	Rechtslage zum assistierten Suizid in Österreich	9
3.1	Sterbeverfügungsgesetz (StVfG)	9
3.2	Abgrenzung zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht	11
3.3	Exkurs: Sterbehilfe in anderen Ländern	12
3.3.1	Sterbehilfe im Ländervergleich	12
3.3.2	Die Niederlande	13
3.3.3	Die Schweiz	14
3.3.4	Sterbetourismus	15
4	Rahmenbedingungen	16
4.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	17
4.2	Ethische Rahmenbedingungen	17
4.2.1	Stellungnahme der Bioethikkommission	18
4.2.2	Pflichtenethik und Selbstbestimmung	18
4.2.3	Generelle Zulässigkeit der Sterbehilfe	20
4.2.4	Passive und aktive Sterbehilfe	20
4.2.5	Das Dambruchargument (Slippery-Slope-These)	21
4.3	Rahmenbedingungen der römisch-katholischen Kirche	22
5	Sterbehilfe aus Sicht der Prozessbeteiligten	23
5.1	Sterbehilfe aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten	23
5.1.1	Der Eid des Hippokrates	23
5.1.2	Einstellung der Ärzteschaft zur Sterbehilfe	24
5.1.3	Exkurs: Der „Freie Wille“ aus neurowissenschaftlicher Sicht	25
5.2	Sterbehilfe aus Sicht der Pflege	25
5.3	Sterbehilfe aus Sicht der Gesundheitseinrichtungen	26
5.3.1	Sterbeort Krankenhaus	27
5.3.2	Sterbeort Pflege-/Betreuungseinrichtung	28
5.3.3	Exkurs: Alternativen zu assistiertem Suizid - Palliative Versorgung	28
5.4	Gesellschaft und öffentliche Meinung	29

5.5	Kritik am Sterbeverfügungsgesetz.....	31
5.6	Exkurs: Gesundheitssystem und potenzielle Folgen.....	32
6	Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage.....	32
7	Conclusio und Ausblick.....	34
	Literaturverzeichnis	36
	Onlinequellen	39
	Tabellenverzeichnis	40

1 Problemstellung und Forschungsfrage

In einem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes stellte dieser fest, dass eine Bestimmung des Strafgesetzbuches, die „Hilfeleistung zum Selbstmord“ (§ 78 StGB, 18.06.2019), gegen das Recht auf Selbstbestimmung verstoße und hob diese zum 31.12.2021 auf. Auch wenn in der Praxis meist keine Verurteilung erfolgte, wurden Hilfeleistende bis dahin nach den Straftatbeständen „Tötung auf Verlangen“, oder „Mord“ angeklagt. Für diese Delikte bestand und besteht auch weiterhin ein Strafraum von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. In der Folge trat am 01.01.2022 ein Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Kraft, das der sterbewilligen Person nun ermöglicht, eine oder mehrere Personen anzugeben, die bei der Selbsttötung Hilfe leisten. Damit ist unter bestimmten Rahmenbedingungen assistierter Suizid gesetzlich erlaubt worden. Es wurde die bislang unsichere Rechtslage für Hilfeleistende dahingehend modifiziert, dass unter denen, im Sterbeverfügungsgesetz genannten Rahmenbedingungen, die Beihilfe zum Suizid straffrei ist. Weiterhin unter Strafe steht jedoch die aktive Sterbehilfe, in der Praxis auch „Tötung auf Verlangen“ genannt und die „Verleitung zum Suizid“ (Halmich & Klein, 2023, S. 16). Im Rahmen des Gesetzes ist zwingend die Mitwirkung von verschiedenen Berufsgruppen vorgesehen, vor allem von Ärzt*innen, die dazu jedoch nicht gezwungen werden können. Eine Mitwirkung kann beispielsweise unter Berufung auf den Hippokratischen Eid, Leben erhalten zu müssen, abgelehnt werden. Auch die in der Sterbeverfügung genannten Personen können zu einer Mitwirkung am Suizid nicht gezwungen werden. Sobald nun also die Mitwirkung Anderer für den Suizid erforderlich ist, besteht für Sterbewillige zwar die rechtliche Möglichkeit auf Unterstützung, jedoch kann das Vorhaben am Fehlen der dafür notwendigen Helfer*innen scheitern. Obwohl Suizid in allen Altersgruppen vorkommt liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf älteren Personen, die nicht mehr selbstbestimmt zu Hause leben. Konkret soll die Forschungsfrage beantwortet werden, ob nach Einführung des Sterbehilfegesetzes, in österreichischen Einrichtungen der Altenbetreuung und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung, Unterstützung für assistierten Suizid geleistet wird.

1.1 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Einleitend soll zunächst die Suizidsituation in Österreich zahlenmäßig dargestellt werden. Anschließend ist es erforderlich einige Begriffe zu definieren, da obwohl semantisch gleich verwendet, sehr oft große Unterschiede in der Interpretation auftreten können. Darauf aufbauend wird im nächsten Schritt das neue Sterbeverfügungsgesetz dargestellt und werden die wesentlichen Elemente, somit die Rahmenbedingungen für assistierten Suizid in Österreich, vorgestellt. Um in der Folge auf den aktuellen Forschungsstand zur Sterbehilfe eingehen zu können, wird aufgezeigt, welche Aspekte ein Gesetz, das ja Verhaltensnormen vorgibt, berücksichtigen muss.

sichtigen muss, um verschiedene Sichtweisen einer Gesellschaft abzubilden und ethisch fundiert, sowie rechtlich belastbar zu sein. In diesem Teil werden daher rechtliche- und ethische Aspekte beleuchtet, die im Vorfeld der Gesetzeswerdung (Gesetzesvorlage für den Nationalrat) zu bedenken waren. Hier sollen vor allem zwei ethisch unterschiedliche Betrachtungsweisen, nämlich „Pflichtenethik“ und „Selbstbestimmung“ einander gegenübergestellt und auch der Terminus „freier Wille“ spezifiziert werden. Auch soll die Frage geklärt werden, ob Sterbehilfe grundsätzlich zulässig ist und ob eine Unterscheidung zwischen aktiver- und passiver Sterbehilfe, wie im Sterbeverfügungsgesetz vorgesehen, gerechtfertigt erscheint. Daran anschließend erfolgt ein Blick über die Grenzen Österreichs hinweg. Im Ländervergleich werden Regelungen für Sterbehilfe einander gegenübergestellt und verglichen, ein Fokus wird dabei auf den Niederlanden und der Schweiz liegen. Es wird gezeigt werden, dass jeweils sehr unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden und wird die sogenannte „Slippery-Slope-These“ vorgestellt (Halmich & Klein, 2023, S. 92), die häufig als Gegenargument gegen eine zu liberale Handhabung der Sterbehilfe angeführt wird. Im Kern geht diese These davon aus, dass ein leichter Zugang zum assistierten Suizid dazu führt, dass das Instrument der Sterbehilfe missbräuchlich verwendet wird und vor allem vulnerable Gruppen besonders gefährdet sind. Ungeachtet dessen, war bei der Gesetzgebung zu dieser Thematik, besondere Sorgfalt und Vorsicht walten zu lassen und auch zu überlegen, ob eine generelle Freigabe für alle Formen der Sterbehilfe, oder beispielsweise nur die passive erlaubt sein soll. Es wäre auch möglich gewesen die Reparaturfrist des Höchstgerichts verstreichen zu lassen und jeden Einzelfall für sich zu betrachten (Niedermayr, 2022, S. 432). Daran anschließend wird die Einstellung verschiedener in den selbstbestimmten Sterbeprozess direkt oder indirekt eingebundener Berufsgruppen und Einrichtungen dargestellt und deren Einstellung zur Sterbehilfe und Kritik am neuen Gesetz aufgezeigt. Vor allem aus ethischer und rechtlicher Sicht wurden zahlreiche Vorschläge für eine Modifikation des Gesetzestextes gefunden. Es wird auf die Forschungsfrage eingegangen und untersucht, inwieweit in Einrichtungen der Altenbetreuung und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung in Wien, Unterstützung für assistierten Suizid geleistet wird. Ergänzt wird dieser Teil um eine Analyse der Palliativversorgung als Alternative zum Suizid, die im Sterbeverfügungsgesetz fest verankert wurde. Dazu gehört auch eine Darstellung der Anforderungen und Voraussetzungen für eine Institutionalisierung assistierten Suizids in vorgenannten Einrichtungen und die Situation der Angehörigen. Abschließend wird auf die Voraussetzungen für eine Institutionalisierung assistierten Suizids, eingegangen.

1.2 Methode

Die methodische Vorgangsweise im Rahmen dieser Arbeit war eine Literaturanalyse. Zur quantitativen Darstellung der Suizidsituation in Österreich wurde eine Sekundäranalyse durchgeführt. Die Analyse stützte sich vorwiegend auf vor Ort Recherchen in den Monografien der

Universitätsbibliothek Wien, die mit der Suchmaschine „u:search“ gefunden wurden. Darüber hinaus wurde auch auf den Bestand der Fachbibliothek für Rechtswissenschaften am Juridicum, sowie der Fachbibliothek für Soziologie und Politikwissenschaften Wien, zugegriffen. Ergänzend und um ein möglichst aktuelles Bild zu zeichnen, wurden über die elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB) Beiträge aus E-Journals und Zeitschriften recherchiert. In einigen wenigen Fällen wurden auch Foren von Qualitätstageszeitungen (der Standard) durchsucht und Radiobeiträge des Österreichischen Rundfunks (ORF) miteinbezogen, um die durchwegs polarisierte Stimmung zum Thema „Sterbehilfe in Österreich“ einzufangen. Die Onlinesuche wurde zunächst mit den Suchbegriffen: „Sterbehilfe (in Österreich)“, „Sterbeverfügungsgesetz (Österreich)“ und „(assistierter) Suizid“ begonnen, in der Folge wurde dann vorwiegend die in den Texten genannten Quellen ausführlicher untersucht. Für die Suche in der elektronischen Zeitschriftenbibliothek wurden die zuvor genannten Suchbegriffe um die jeweiligen Kapitel-schwerpunkte ergänzt, beispielsweise „Sterbehilfe Österreich Pflegepersonal“. Es hat sich gezeigt, dass das Thema „Sterbehilfe“ sehr komplex ist und um die juristische Diktion zu übernehmen, als Querschnittsmaterie sehr viele andere Bereiche berührt. Es wurde daher versucht, wesentliche Elemente herauszuarbeiten und vor allem auf Unterschiede hinzuweisen. Eine umfassende Darstellung aller damit verbundenen Aspekte hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt.

1.3 Begriffserklärungen

Obwohl in § 3 des Sterbehilfegesetzes Begriffsbestimmungen vorgenommen werden erscheint es unumgänglich, einige Varianten der Sterbehilfe zu definieren und abzugrenzen, da die Verwendung im Alltag je nach Bereich und Anwendergruppe sehr unterschiedlich ausfällt. In der vor allem juristischen Praxis werden mehrere Formen unterschieden, die nachfolgend angeführt sind (Halmich & Klein, 2023, S. 9–10):

Sterbehilfe: Maßnahmen, durch die eine andere Person den Eintritt des Todes des Betroffenen unter den im Sterbehilfegesetz genannten Umständen herbeiführt. Vor allem in der Palliativmedizin wird der Begriff „Sterbehilfe“ kritisiert und vorgeschlagen, stattdessen die Formulierungen „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“ oder „Sterben zulassen“ zu verwenden (Halmich & Klein, 2023, S. 12).

Aktive Sterbehilfe: Vorsätzliche, medizinische Maßnahmen die zum vorzeitigen Tod des Betroffenen führen sollen.

Passive Sterbehilfe: Vorsätzlicher Abbruch oder Unterlassung lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen, die zum Tod des Betroffenen führen. Hierunter fallen: Therapieverzicht, Therapiezieländerung und Therapieabbruch. Ein Beispiel wäre das Unterlassen einer Wiederbelebung.

Direkte Sterbehilfe: Maßnahmen der aktiven- oder passiven Sterbehilfe, die auf eine unmittelbare Beendigung des Lebens abzielen.

Indirekte Sterbehilfe: Medizinische Maßnahmen zur Linderung von Schmerzen der Betroffenen, die in der Folge jedoch zum Tod führen und dies in Kauf genommen wird. Hier sind hochdosierte Behandlungen, beispielsweise in der Palliativmedizin zu nennen. Im Vordergrund steht die Linderung von Symptomen (Schmerzen), nicht die Tötungsabsicht.

Suizidassistentz: Überlassung tödlicher Substanzen durch Ärzt*innen, mit denen Betroffene sich in der Folge durch eigenständige Einnahme selbst töten. Man spricht in diesem Fall von ärztlicher Suizidassistentz. Nicht ärztliche Suizidassistentz, kann von jeder Person geleistet werden und versteht die physische und psychische Begleitung von Sterbewilligen.

2 Suizid in Zahlen (Österreich)

In Österreich begingen 2018 laut Institut für Suizidprävention in Graz (ifsg) insgesamt 1209 Personen Suizid (ifsg, 2018). Davon waren 950 Männer und 259 Frauen. Damit lag die Suizidrate bei 14,4 / pro 100000 Personen (Männer: 23,4 und Frauen: 5,5). Es zeigt sich, dass Suizid bei Personen bis 50 Jahre eine der häufigsten Todesursachen darstellt und mit dem Alter ansteigt. In der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre ist das Suizidrisiko mehr als doppelt, bei den 85 bis 89-jährigen fünfmal so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung. Da zu den Suizidversuchen keine zuverlässigen Zahlen vorliegen, geben internationale Studien Richtwerte für das Verhältnis von versuchter Durchführung und erfolgreichem Suizid an. Dieser Multiplikator liegt bei 10 bis 30, auf Österreich umgelegt bedeutet das zwischen 12000 und 36000 Suizidversuche (ifsg, 2018) pro Jahr. Niedermayer geht sogar von 60000 Suizidversuchen pro Jahr aus, wovon mindestens 1000 davon mit dem Tod enden (Niedermayr, 2022, S. 96). Es ist jedoch festzustellen, dass die Suizidraten seit 1980 bis 2018 ständig gesunken sind. Im Jahr 2022 ist die Anzahl der Suizide in Österreich auf 1276 Personen angestiegen (Statista, 23.10.2023), wobei hier wohl nicht automatisch auf einen Kausalzusammenhang zum Sterbeverfügungsgesetz geschlossen werden darf. Die Österreichische Palliativgesellschaft hat 2022 die Datenplattform ASCIRS (www.ascirs.at, 08.09.2023) für assistierten Suizid als Berichts- und Lernplattform ins Leben gerufen. Die gemeldeten Beobachtungen und Erfahrungen sollen zu einer Verbesserung der Situation beitragen, helfen neue Leitlinien zu entwickeln und Erkenntnisse für die Forschung bereitstellen. Anfang 2023 wurden in einer Veranstaltung die ersten Ergebnisse nach einem Jahr Sterbeverfügungsgesetz präsentiert. In diesem Zeitraum wurden 83 Berichte gemeldet und 23 assistierte Suizide belegt. Der Altersbereich lag zwischen 43 und 97 Jahren, das tödliche Präparat wurde dabei in 19 Fällen oral und 4 Fällen intravenös verabreicht. Als Sterbeort wurde bei 19 Personen zu Hause, bei drei Personen im Pflegeheim und bei einer Person im Hospiz angegeben (Halmich & Klein, 2023, S. 43). Die Zahlen entsprechen dabei nicht den tatsächlich durchgeführten (assistierten) Suiziden. Im März 2023

wurde in Österreich eine Onlineumfrage unter 1005 Personen über die persönliche Einstellung zu assistiertem Suizid durchgeführt (Statista, 23.10.2023). Auf die Frage „Käme ein assistierter Suizid für Sie grundsätzlich in Frage?“ antworteten 38,1% mit „ja“ („auf jeden Fall“ oder „ich glaube schon“), 37,2% waren unsicher und gaben an, über diese Frage nachdenken zu müssen. 24,8% der Befragten lehnten assistierten Suizid aus ethischen-, religiösen- oder sonstigen Gründen ab, oder wollten die Frage nicht beantworten. Die Umfrage darf wohl nur als Momentaufnahme verstanden werden, da die Einstellung zum assistierten Suizid letzten Endes sehr stark von der Situation abhängt, in der man sich befindet. Jungwirth, beschreibt wie schwer es ihr als Tochter gefallen ist, den Wunsch nach assistiertem Suizid ihrer Mutter zu erfüllen und weist dabei auf die Konflikte hin, die innerhalb einer Familie entstehen können, wenn unterschiedliche Einstellungen zur Sterbehilfe aufeinandertreffen (Jungwirth, 2023). Generell zeigt die Schwankungsbreite der verfügbaren Zahlen zum (assistiertem) Suizid in Österreich, dass zu dieser Thematik wenig Transparenz vorliegt. Das mag einerseits einer zurückhaltenden Berichterstattung geschuldet sein, um bei gefährdeten Personen keinen Wunsch nach Suizid auszulösen, andererseits fehlt in Österreich eine systematische Erfassung und Auswertung fast vollständig.

3 Rechtslage zum assistierten Suizid in Österreich

Am 29. Mai 2019 wurde von einer Gruppe von Rechtsanwälten ein Individualantrag beim Verfassungsgerichtshof eingebracht. Die Antragsteller waren Patient*innen die Sterbehilfe in Anspruch nehmen wollten und ein Arzt. Sie ersuchten das Höchstgericht auf Prüfung der Verfassungswidrigkeit der §§ 77 (Tötung auf Verlangen) und 78 (Mitwirkung am Selbstmord) im Strafgesetzbuch (StGB). Wie bereits in der Einleitung und Problemstellung dargestellt, hob der Verfassungsgerichtshof (VfGH) in der Folge Teile des § 78 (die Wortfolge: „oder ihm dazu Hilfe leistet“) wegen Verletzung der Grundrechte und Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz auf (G 139/2019, 11.12.2020). Obwohl es aus Sicht des VfGH keinen Unterschied macht, ob ein Sterbewilliger durch aktive- oder passive Sterbehilfe sein Leben beenden will, sondern einzig der freie Wille für das Treffen der Entscheidung bedeutend ist, wurde dem Antrag folgend, nur die passive Sterbehilfe beanstandet. Am 1. Jänner 2022 trat sodann das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Kraft, das aktuell unverändert gültig ist. Im nächsten Kapitel wird dieses nun in seinen Grundzügen dargestellt.

3.1 Sterbeverfügungsgesetz (StVfG)

Das Sterbeverfügungsgesetz besteht aus drei Abschnitten, das sind: die Allgemeinen Bestimmungen, die Sterbeverfügung und die Schlussbestimmungen. In den Allgemeinen Bestimmungen wird das Instrument der Sterbeverfügung eingeführt. Sie dient als Nachweis für den dau-

erhaften und selbstbestimmten Entschluss der Sterbewilligen sich selbst töten zu wollen. Weiters wird geregelt, dass jede Mitwirkung (Assistenz) bei der Selbsttötung freiwillig erfolgt und nicht erzwungen werden kann. Der nachträgliche Entschluss nicht mitwirken zu wollen, ist zu jeder Zeit möglich und führt zu keinem Nachteil für die helfende Person. In den Begriffsbestimmungen wird unter anderen auch das Präparat für die Selbsttötung festgelegt (Natrium-Pentobarbital), sowie die „Terminale Phase“ definiert. Diese beginnt, wenn für Patient*innen nach medizinischem Ermessen die Lebenserwartung nicht mehr als sechs Monate beträgt. Das Errichten einer Sterbeverfügung ist nur höchstpersönlich möglich. In Abschnitt 2 werden die Sterbeverfügung selbst und Rahmenbedingungen zur Errichtung festgehalten (Halmich, 2021). Die sterbewillige Person erklärt darin ihren ausdrücklichen und selbstbestimmten Willen sich selbst töten zu wollen und bestätigt, im Vorfeld ausreichend aufgeklärt worden zu sein. Personen die dabei Hilfe leisten sollen, können ebenfalls angeführt werden. Voraussetzungen für die Sterbeverfügung sind weiters die Volljährigkeit der Person, Entscheidungsfähigkeit und das Vorliegen einer unheilbaren oder schweren chronischen Erkrankung, die zum Tod führt. Die im ersten Abschnitt geforderte Aufklärung muss durch zwei Ärzt*innen unabhängig voneinander erfolgen und ist zu dokumentieren. Sollte im Gespräch eine psychische Erkrankung diagnostiziert werden, ist diese zuvor fachärztlich abzuklären. Die psychiatrische Fachwelt ist diesbezüglich der Ansicht, dass einige psychisch kranke Patient*innen in der Lage sind, eine selbstbestimmte und rationale Entscheidung zum Sterbewunsch treffen zu können und nicht vorweg pauschal ausgeschlossen werden dürfen (Halmich & Klein, 2023, S. 24). Die Errichtung der Verfügung kann zwölf Wochen, in Ausnahmefällen zwei Wochen, nach dem ersten Aufklärungsgespräch erfolgen. Die Eintragung in das Sterbeverfügungsregister erfolgt dann kostenpflichtig durch eine/n Notar*in, oder kostenfrei durch eine rechtskundige Person in der Patientenvertretungen (www.patientenanwalt.at, 08.09.2023) des jeweiligen Bundeslandes (Halmich & Klein, 2023, S. 29). Ein Widerruf der Verfügung ist jederzeit möglich und verliert diese nach einem Jahr ihre Gültigkeit und muss verlängert werden. Die tödliche Substanz wird dann von einer bestimmten Apotheke direkt an die sterbewillige Person, oder an eine in der Sterbeverfügung bezeichnete Hilfsperson ausgehändigt. Welche Apotheke in der Umgebung der Sterbewilligen zur Verfügung steht, kann über die Apothekerkammer erfragt werden, wobei die Auskunft jedoch nur an Notariate und Patientenvertretungen erteilt werden muss. Das tödliche Präparat kann sowohl oral als auch über Infusion eingenommen werden. Im ersten Fall ist auch eine Begleitmedikation (Metoclopramid) erforderlich, die ein Erbrechen verhindern soll. Die Abgabe hat in einem plombierten Gebinde zur erfolgen. Die Kosten für das Medikament sind selbst zu tragen und betragen im März 2022 51,90 Euro (Halmich & Klein, 2023, S. 32). Der Ort für die Einnahme der tödlichen Substanz bleibt Sterbewilligen dabei selbst überlassen, es wurden hierfür keine öffentlichen Einrichtungen geschaffen oder Berufsgruppen gesetzlich verankert. In den meisten Fällen erfolgt die Einnahme im privaten Rahmen zu Hause.

Für Hilfeleistung bei der Selbsttötung darf keine Werbung gemacht werden, Sterbevereine sind in Österreich zwar erlaubt, existieren aber nicht. Auf die Regelungen in anderen Ländern wird an späterer Stelle noch genauer eingegangen.

3.2 Abgrenzung zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Das Sterbeverfügungsgesetz hat auch Auswirkungen auf andere Gesetze, die exemplarisch angeführt werden (Niedermayr, 2022, S. 120–132): Strafgesetzbuch (StGB), Allgemein Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), Ärztegesetz (ÄrzteG), sowie das Wiener Krankenanstaltengesetz (KAG). Für die Bundesländer gelten die jeweils regionalen Fassungen. Weiters ist mit dem 01.01.2022 auch ein Hospiz- und Palliativgesetz in Kraft getreten, das über einen Fonds finanziert, die Palliativ- und Hospizversorgung in den Bundesländern sicherstellen soll (Hal-mich & Klein, 2023, S. 17). Von besonderer Bedeutung ist das Zusammenspiel der Sterbeverfügung mit dem Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) und der Vorsorgevollmacht (früher Sachwalterschaft). Bei der Patientenverfügung handelt es sich um eine schriftliche Willenserklärung die Vorgaben für medizinische Behandlungen festlegt, wenn die Person zu diesem Zeitpunkt selbst keine Entscheidung treffen kann, weil Sie beispielsweise bewusstlos ist. Meist werden in der Patientenverfügung lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt. Für die Gültigkeit einer Patientenverfügung gelten zahlreiche Voraussetzungen, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen wird. Ärzt*innen haben die Patientenverfügung unbedingt einzuhalten. Von der Patientenverfügung zu unterscheiden ist die letztwillige Verfügung, auch Testament genannt, da diese auf Maßnahmen nach dem Tod abzielt. Eine weitere Verbindung der Sterbeverfügung besteht zur Vorsorgevollmacht und der gesetzlichen Erwachsenenvertretung. Eine Vorsorgevollmacht wird üblicherweise an Angehörige, nahe Verwandte oder Freunde erteilt und wird wirksam, sobald der oder die Betroffene die Entscheidung in einer bestimmten Angelegenheit nicht mehr selbst treffen kann, weil sie oder er nicht mehr entscheidungsfähig ist. Für die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit ist die Beurteilung durch Ärzt*innen erforderlich, auch gelten zahlreiche Formalerfordernisse für die Errichtung. Deckt eine Vorsorgevollmacht nur bestimmte Geschäftsfälle ab, ist die in der Vollmacht nominierte Person nicht verfügbar oder handelt nicht zu Gunsten der Vollmachtgeberin, wird das Gericht als gesetzliche Erwachsenenvertretung aktiv. Da die Erwachsenenvertretung (selbst gewählt oder gerichtlich festgelegt) auch über medizinische Behandlungen entscheidet, ist es sinnvoll, Vorgaben im Rahmen einer Sterbeverfügung zusätzlich zu machen. Es könnte sonst durch die Erwachsenenvertretung eine lebensverlängernde Maßnahme akzeptiert werden, obwohl diese vom Betroffenen abgelehnt würde, das aber nie explizit besprochen wurde. Auch die Angst davor, ein „Todesurteil“ zu fällen, kann Familie oder Freunde überfordern.

3.3 Exkurs: Sterbehilfe in anderen Ländern

Im angloamerikanischen Raum, das sind vorwiegend die Vereinigten Staaten von Amerika (USA), Kanada und Australien ist das Prinzip der Selbstbestimmung vorherrschend. Daher finden sich in diesen Ländern schon früh Regelungen für assistierten Suizid (Niedermayr, 2022, S. 51–52). So gibt es erste Ansätze 1995 in Australien und 1997 in den USA. In Europa waren die Niederlande 2001 die Ersten, die aktive Sterbehilfe zugelassen haben. Kurz danach gab es auch in Belgien gesetzliche Regeln (2002) und schließlich 2009 in Luxemburg, in Spanien erst 2020. Eine besondere Stellung nimmt die Schweiz ein, die bereits seit 1942 assistierten Suizid erlaubt. Österreich hat mit dem Sterbeverfügungsgesetz 2022 relativ spät zu einer Regelung gefunden. Nachfolgend wird versucht einen Überblick zu geben, wobei auf zwei ausgewählte Länder, nämlich die Niederlande und die Schweiz, besonders eingegangen wird.

3.3.1 Sterbehilfe im Ländervergleich

Die Tabelle „Sterbehilfe im Ländervergleich“ basiert auf der Beschreibung von Niedermayr (Niedermayr, 2022, S. 52) und wurde um einige Details von Halmich & Klein (Halmich & Klein, 2023, S. 18) ergänzt. Es wurden die Regelungen der Sterbehilfe länderweise einander gegenübergestellt, um bessere Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

Tabelle 1: Sterbehilfe im Ländervergleich

Land	Ärztlich Assistierter Suizid	Passive Sterbehilfe	Aktive Sterbehilfe	Regelung gilt auch für Minderjährige	Indirekte Sterbehilfe
Belgien	x	X	x	x	x
Dänemark		X			keine klare Regelung
Deutschland	x	X			x
Finnland		X			x
Frankreich		X			x
Griechenland	keine klare Regelung				x
Großbritannien	keine klare Regelung				x
Irland		X			x
Italien	keine klare Regelung				keine klare Regelung
Luxemburg	x	X	x		x
Niederlande	x	X	x	x	x
Norwegen					x
Österreich	x	X			x
Polen	verboten	verboten	verboten		verboten

Portugal	keine klare Regelung				keine klare Regelung
Schweden	x	X			x
Schweiz		X			
Slowenien		X			keine klare Regelung
Spanien			x		x
Ungarn	keine klare Regelung				x

Quellen: Niedermayr (2022, S. 52) und Halmich & Klein (2023, S. 18)

Österreich und Polen sind in dieser Tabelle besonders hervorgehoben, um einerseits einen direkten Vergleich zwischen Österreich und anderen Ländern zu erlauben und andererseits zu zeigen, dass in Polen jegliche Form von Sterbehilfe verboten ist. Anzumerken ist auch, dass nur in zwei Ländern, den Niederlanden und Belgien, aktive Sterbehilfe auch für Minderjährige zulässig ist.

3.3.2 Die Niederlande

Auch wenn die Regelungen für Sterbehilfe in den Niederlanden sehr liberal erscheinen mögen, haben Patient*innen keinen Rechtsanspruch auf Sterbehilfe und auch Ärzt*innen sind nicht verpflichtet Unterstützung zu leisten. Darüber hinaus ist jede Form von „Tötung auf Verlangen“ oder die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar. Diese Straftatbestände werden mit Gefängnisstrafen zwischen drei und zwölf Jahren geahndet, auch hohe Geldstrafen sind zu erwarten. Eine Ausnahme von dieser gesetzlichen Regelung wurde 2002 ausschließlich für Ärzt*innen geschaffen, für die allerdings bestimmte Vorgaben (Sorgfaltsanforderungen und Meldepflichten) erfüllt sein müssen (Mackor, 2016, S. 24). Damit wird aber Sterbehilfe nicht automatisch zu einer ärztlichen Tätigkeit, sondern stellt die letzte Möglichkeit dar, wenn keine andere Option mehr besteht, das „Leid von Patient*innen“ mit anderen Mitteln abzuwehren. Wie zuvor erwähnt, gilt diese Ausnahmebestimmung nur für Ärzt*innen und wurde bislang auch keine Ausweitung auf nichtärztliche Unterstützung überlegt. Auch beruht das Gesetz im Gegensatz zu Österreich nicht auf der Überlegung, dass Patient*innen selbstbestimmt ihr Leben beenden wollen, sondern auf dem Gewissenskonflikt, dem Ärzt*innen ausgesetzt sind. Die Einwohnerzahl betrug 2016 in den Niederlanden etwa 17 Millionen. Im Jahr 2014 wurden bei 140000 Todesfällen 5306 Fälle von Sterbehilfe gemeldet, das sind etwa 4%. Es wird davon ausgegangen, dass zwischen 80% und 90% tatsächlich gemeldet wurden. Seit Einführung der Regelung zur Sterbehilfe im Jahr 2002 hat sich damit die Zahl der gemeldeten Fälle fast verdoppelt (Mackor, 2016, S. 27). Die jährliche Zuwachsrate beträgt 10 bis 15%. Das Sterbehilfegesetz

verlangt im Gegensatz zu Österreich keine „terminale Erkrankung“, jedoch lag 2010 die Lebenserwartung von 78% der Patient*innen bei unter einem Monat. Die häufigste Erkrankung war dabei Krebs und die meisten von ihnen waren über 60 Jahre alt. Eine intensive Diskussion entstand in den Niederlanden und auch im Ausland, als 2014 bekannt wurde, dass unter den Sterbehilfepatient*innen auch 81 Fälle mit Demenz, 41 Fälle mit psychischen Erkrankungen und etwa 200 Fälle mit multiplen Alterserkrankungen waren, denen Sterbehilfe geleistet wurde. Kritiker*innen befürchteten einen Anstieg assistierter Suizide in besonders vulnerablen Personengruppen. Sorge bereitet auch die Möglichkeit eine Vorausverfügung zu errichten, in der die Hilfe zur Tötung an das Vorliegen bestimmter Erkrankungen angeknüpft wurde. In beiden Fällen sind jedoch in der Praxis keine wesentlichen Änderungen in den Fallzahlen beobachtet worden, sodass zumindest für die Niederlande diese Befürchtungen zerstreut werden konnten (Mackor, 2016, S. 29). Sterbehilfe wird in den Niederlanden meist von Hausärzt*innen in der Wohnung der Patient*innen geleistet, alternativ ist dies auch in sogenannten „Lebensendekliniken“ möglich. Dabei wird vorwiegend aktive Sterbehilfe geleistet, vor allem dann, wenn die Selbsttötung durch Patient*innen nicht erfolgreich war. Anschließend müssen Ärzt*innen den Tod melden und einen Fragebogen mit den zugehörigen Unterlagen an einen Prüfungsausschuss schicken, der darüber befindet, ob die gesetzlichen Sorgfaltsanforderungen erfüllt wurden. Diese sind eine vorliegende und nachvollziehbare Willenserklärung (bei Minderjährigen ab 12 Jahren die Zustimmung der Eltern), die erfolgte Aufklärung durch zwei Ärzt*innen, das Vorliegen eines Leidensdruckes der/des Patient*in bei gleichzeitigem Fehlen von Behandlungsmöglichkeiten und die medizinisch korrekte Ausführung. Wurden die Sorgfaltspflichten eingehalten, wird dies durch die Kommission bestätigt und Ärzt*innen bleiben straffrei (Mackor, 2016, S. 35). In der Praxis wurden fast alle Anzeigen an die Kommission durch Konsens positiv beschieden. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass Sterbehilfe in den Niederlanden nicht von der Autonomie der Patient*innen, sondern dem Gewissenskonflikt der Ärzt*innen getragen wird. Hervorzuheben sind die relativ weite Auslegung des „Leidensdruckes“ der Patient*innen als Voraussetzung für die aktive Sterbehilfe, das Einbeziehen Minderjähriger ab 12 Jahren und die Vorausverfügung als Instrument für Sterbehilfe, auch wenn keine Entscheidungsfähigkeit mehr gegeben ist.

3.3.3 Die Schweiz

In der Schweiz findet sich kein Gesetz, das Sterbehilfe explizit regelt. Das Recht, sein Leben selbstbestimmt zu beenden wird durch die Schweizer Verfassung und den Europäischen Menschenrechtskatalog begründet. Allerdings müssen Sterbewillige dazu in der Lage sein, ihren freien Willen auch selbst umsetzen zu können. Ein Anspruch auf Unterstützung durch den Staat oder aktive Sterbehilfe, wenn man dazu nicht mehr selbst in der Lage ist, besteht nicht. Andererseits muss der Staat auch nicht gegen den Willen der Betroffenen deren Leben schützen

und lediglich sicherstellen, dass tatsächlich ein freier Wille vorliegt (Teichmann & Camprubi, 2021). Weiters finden sich im Gesetz auch keine Aufzählungen von Krankheiten als Voraussetzungen für Sterbehilfe und dürfen auch Aufwände, die für die Hilfe anfallen, verrechnet werden. Diese Hilfe kann durch sogenannte Sterbehilfevereine erfolgen. Zu nennen sind hier vor allem Exit (www.exit.ch, 05.09.2023), deren Hilfsangebot nur von Schweizer Staatsbürger*innen in Anspruch genommen werden kann und Dignitas (www.dignitas.ch, 05.09.2023) deren Beratungsangebot und Freitodbegleitung lediglich an eine Vereinsmitgliedschaft gebunden ist und somit auch nicht Schweizer-Staatsbürger*innen offensteht. Für aktive Sterbehilfe kennt das Schweizer Strafgesetzbuch mildernde Umstände, wenn die Hilfe aus „achtenswerten Beweggründen, namentlich „Mitleid“ und auf „ernsthafte und eindringliches Verlangen“ erfolgt ist. Diese Regelung liegt zwischen der liberalen Haltung der Niederlande und dem Verbot aktiver Sterbehilfe wie beispielsweise in Österreich (Teichmann & Camprubi, 2021). Natrium-Pentobarbital (NaP), jenes Präparat, das für eine Selbsttötung eingenommen wird, führt zum Tod durch Einschlafen und anschließender Atemlähmung. Es unterliegt in der Schweiz dem Betäubungsmittelgesetz und kann von Ärzt*innen in ihrer Fachverantwortung und unter Berücksichtigung der „anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften“ verschrieben werden. In der Schweizer Rechtsprechung ist bei Suizid das Kriterium der „Tatherrschaft“ von Bedeutung, somit die nachweisbar eigenständige Selbsttötung durch die Sterbewilligen. Da diese nicht immer eindeutig ist, ist Sterbehilfe immer mit einem gewissen Rechtsrisiko für Helfer*innen verbunden. Sterbehilfeorganisationen dürfen nicht kommerziell tätig sein, für ihre Leistungen jedoch administrative Kostenbeiträge und Spesen verlangen, die aber nicht gesetzlich geregelt sind. In der Praxis werden somit die Grenzen der Sterbehilfe durch die Rechtsanwendungsorgane gezogen, die in der Regel nur prüfen ob die Urteilsfähigkeit der Sterbewilligen abgeklärt und ohne selbstsüchtige Beweggründe (Erbinteresse) geholfen wurde. Die gesetzliche Regelung für Sterbehilfe in der Schweiz ist eher rudimentär gehalten, was für Sterbewillige aus Ländern mit strengen Bestimmungen ein Anreiz sein kann, ihr Suizidvorhaben in der Schweiz zu realisieren (Teichmann & Camprubi, 2021, S. 146). Dazu sei festgehalten, dass für österreichische Staatsbürger*innen das Verbringen einer sterbewilligen Person in die Schweiz (Reisebegleitung) nur dann straffrei ist, wenn diese krank ist und ärztlich aufgeklärt wurde. Das Vorhandensein einer Sterbeverfügung ist nicht zwingend notwendig, dient aber der Beweissicherung (Halmich & Klein, 2023, S. 129).

3.3.4 Sterbetourismus

Der Duden definiert Sterbetourismus als „das Verreisen, um am Zielort Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen“ (www.duden.de, 06.09.2023). Vor Einführung des Sterbehilfegesetzes 2022 war die Beihilfe zur Selbsttötung strafbar, die unscharfe Gesetzeslage in der Schweiz und die Unterstützung durch Sterbehilfevereine, bewog Sterbewillige daher, ihr Vorhaben in der Schweiz

umzusetzen. Dieses Phänomen wurde 2015 vom Institut für Rechtsmedizin in Zürich in einer Studie untersucht (Gauthier, Saskia et al., 2015). Die Studie untersuchte im Zeitraum 2008 bis 2012 im Kanton Zürich unter anderem die Herkunftsländer, Alter, Geschlecht und angegebene Krankheit der Sterbetourist*innen. Darüber hinaus war aber auch von Interesse, welche Sterbehilfeorganisation in Anspruch genommen und welches Präparat für den Suizid genutzt wurde. In der Folge wurden die Ergebnisse auch mit vorangegangenen Studiendaten verglichen. Von den insgesamt 611 Fällen im angegebenen Zeitraum waren insgesamt 58,5% Frauen und 41,5% Männer. Das Alter der Verstorbenen lag zwischen 23 und 97 Jahren, mit einem Median von 69 Jahren. Insgesamt werden 31 Ursprungsländer angeführt, neben Europa wurden auch Personen aus den USA, Kanada, Afrika, Brasilien, Indien und Asien festgestellt. Dabei führt Deutschland mit 268 Personen die Sterbestatistik an, gefolgt von Großbritannien (126), Frankreich (66), Italien (44), USA (21) und schließlich Österreich mit 14 Personen (Gauthier, Saskia et al., 2015, S. 2). Erkrankungen, die dem Sterbewunsch zugrunde liegen, waren zu 47% neurologische- (ALS, MS, Parkinson, Alzheimer/Demenz) und zu 37% Krebserkrankungen, gefolgt von rheumatischen- und kardiovaskulären Erkrankungen. Bei 28% wurden multiple Krankheiten genannt. Auffällig ist, dass in der Gruppe der rheumatischen Erkrankungen, 72,9% Frauen und 27,1% Männer sind, wobei Schmerzsyndrome die häufigste Ursache sind (Gauthier, Saskia et al., 2015, S. 3). Die Studienautor*innen stellen einen kontinuierlichen Anstieg der Sterbetourist*innen und eine Zunahme der Herkunftsländer seit 1990 fest. Als Ursache wird die jeweilige Rechtslage in diesen Ländern vermutet, eine wissenschaftliche Bestätigung für die Vermutung konnte jedoch nicht dargelegt werden. Wenn diese Vermutung stimmt, müsste die geänderte Gesetzeslage in Österreich zu einer Abnahme jener Personen, die die Schweiz für die Umsetzung ihres Suizidvorhabens aufsuchen, führen. Die Untersuchung hat auch gezeigt, dass Einzelphänomene große Auswirkungen auf die Zahl der Sterbetourist*innen haben können; ein Fall von ungewünschter Lebensverlängerung 2009 in Italien und die anschließende politische Debatte mit starker Medienpräsenz, führte zu einem Anstieg italienischer Staatsbürger*innen um das Zehnfache innerhalb des Studienzeitraumes. Ebenso führten Presseberichte über vier misslungene Selbsttötungsversuche mit Heliuminhalation im Frühjahr 2008, die für die Betroffenen mit einem langsamen Tod unter Qualen verbunden waren, zu einer Halbierung der Sterbetourist*innen bis über das Jahr 2009 hinaus (Gauthier, Saskia et al., 2015, S. 4).

4 Rahmenbedingungen

Nach der Aufhebung einer Wortfolge in § 78 des Strafgesetzbuches blieb dem Gesetzgeber über ein Jahr Zeit, einen neuen Gesetzesentwurf für ein Sterbehilfegesetz in den Nationalrat einzubringen. Dem vorausgegangen war ein umfassender und multidisziplinärer Vorberei-

tungsprozess, der möglichst viele Betroffene, Interessensvertretungen und Stakeholder einbinden musste (ÖRAK, 2022, S. 84). In diesem Kapitel werden nun einige der wesentlichen Rahmenbedingungen, also rechtliche-, ethische- und religiöse Aspekte für die Entstehung des Gesetzesentwurfs dargestellt.

4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Bereits bei der Vorstellung des Gesetzestextes zur Sterbeverfügung wurde darauf hingewiesen, dass zahlreiche andere Rechtsbereiche anzupassen wären. Ansonsten erfolgte die Entstehung des Sterbeverfügungsgesetzes dem verfassungsmäßig vorgesehenen Weg der Bundesgesetzgebung (www.oesterreich.gv.at, 26.08.2023): Gesetzesvorlage, Begutachtungsverfahren, Lesungen und Abstimmung im Nationalrat, Mitwirkung des Bundesrates und schließlich Beurkundung und Kundmachung. Im Rahmen der Begutachtung wurde auch die Bioethikkommission (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 26.08.2023) eingebunden. Sie ist im Bundeskanzleramt angesiedelt und berät den Bundeskanzler aus ethischer Sicht in rechtlichen, gesellschaftlichen und naturwissenschaftlichen Fragen und gibt Empfehlungen ab. Auch zur Sterbeverfügung liegt eine Stellungnahme vor, auf die nachfolgend eingegangen wird. Der Gesetzesentwurf wurde erst kurz vor der vorgesehenen Beschlussfassung im Nationalrat eingebracht und die Begutachtungsfrist fiel dementsprechend kurz aus. Kritiker*innen meinen daher, dass durch das Gesetz zwar dem Höchstgericht entsprochen wurde, sehen jedoch einige Punkte, die dringend verbessert werden müssen (Niedermayr, 2022, S. 469). Auf diese wird später im Kapitel „Kritik am Sterbeverfügungsgesetz“ noch näher eingegangen. Halmich & Klein weisen überdies darauf hin, dass aus dem „Recht auf Leben“, wie in Artikel 2 des Europäischen Menschenrechtskatalogs (Art.2 EMRK) angeführt, nicht automatisch auch eine Pflicht zum Leben (um jeden Preis) abgeleitet werden kann (Halmich & Klein, 2023, S. 62).

4.2 Ethische Rahmenbedingungen

Ethik als Morallehre, die Lehre vom Guten und seinen Gegensätzen lässt sich nach Körtner nicht eindeutig definieren; Ethik beschreibt Prinzipien sittlichen Handelns und sittlicher Werte, während Ethos und Moral auf Verhaltensnormen einer Gruppe abzielen, somit individuell verschieden sein können (Körtner, 2012, S. 15–16). Während Recht somit Verhaltensnormen vorgibt, kann Moral als die Kritik an normativen Tatsachen verstanden werden. Pluralistische Gesellschaften verfügen aber nicht über homogene Wertvorstellungen, so spannt die Sterbeverfügung und das dazugehörige Gesetz einen Bogen zwischen dem Recht auf Leben und dem individuellen Recht auf Autonomie. Um ein Gesetz zu erlassen, das in einer modernen Gesellschaft auch verschiedenen ethischen Standpunkten gerecht wird, müssen zumindest Hauptpositionen berücksichtigt werden.

4.2.1 Stellungnahme der Bioethikkommission

In ihrer „Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen [...] wird (Sterbeverfügungsgesetz - StVfG)“ an das Bundesministerium für Justiz (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 26.08.2023), wird zunächst die kurze Begutachtungsfrist kritisiert, weil damit nur eine sehr eingeschränkt fundierte Stellungnahme möglich war und ein gesellschaftlicher Diskurs zum Thema selbstbestimmtes Sterben unterbleiben musste. In der Folge wird die gesetzliche Hilfe zur Sterbehilfe begrüßt, der Begriff „Sterbeverfügung“ jedoch abgelehnt, weil er falsche und bedenkliche Assoziationen weckt. Auf gesetzliche Fallstricke wurde hingewiesen und einige Gesichtspunkte wie die Beschränkung für selbstbestimmtes Sterben auf Schwerkranken und die Anforderungen betreffend der Entscheidungsfähigkeit Sterbewilliger wurde expliziert angeführt. Weiters wurden Rechtssicherheit für alle Beteiligten, Absicherung der Freiwilligkeit und Schaffen von Strafnormen für selbstbestimmtes Sterben angeregt. Zum Umgang mit Menschen am Lebensende wurden von der Bioethikkommission Empfehlungen ausgearbeitet und diese in einer Stellungnahme mit dem Titel „Sterben in Würde“ bereits im Februar 2015 veröffentlicht (Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, 2016). Darin wurden die Stärkung der Palliativ- und Hospizdienste durch Schaffung eines bundesweiten Rechtsanspruchs auf Versorgung, die Bereitstellung von Ressourcen für Infrastruktur und deren Regelfinanzierung für Erwachsene, Kinder und Jugendliche und die finanzielle Dotierung von Universitäten, Lehre, Forschung und therapeutischen Ausbildungseinrichtungen mit Schwerpunkt Palliative Care angeregt. Ebenfalls empfohlen wird die Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende, die Senkung finanzieller Hürden für das Errichten einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, sowie die qualitätsgesicherte Aufklärung für Patient*innen. In Hinblick auf passive Sterbehilfe spricht sich die Kommission für die generelle Vermeidung unverhältnismäßiger, medizinischer Interventionen aus und regt in Hinblick auf assistierten Suizid, vor allem eine Reform des § 78 StGB an (Anmerkung: diese ist mit 01.01.2022 in Österreich erfolgt). Die Empfehlungen zur gesetzlichen Regelung von assistiertem Suizid wurde jedoch nur von zwei Dritteln der Ärzt*innen der Bioethikkommission unterstützt, der Rest lehnte Hilfeleistung beim Suizid ab.

4.2.2 Pflichtenethik und Selbstbestimmung

In Europa sind zwei ethische Modelle vorherrschend, die hier vorgestellt werden: Pflichtenethik und der liberale Standpunkt, der auf Selbstbestimmung abzielt. Die Pflichtenethik beruht auf dem Modell von Immanuel Kant (1724-1804), einem deutschen Philosophen der Aufklärung, demzufolge das Einhalten einer verpflichtenden Norm für die Richtigkeit einer Handlung entscheidend ist. Der Mensch ist ein Vernunftwesen und muss sein Verhalten an einer übergeordneten Maxime ausrichten (Niedermayr, 2022, S. 13). Verkürzt dargestellt soll das Individuum so handeln, dass sein Handeln auch von anderen Individuen als richtig anerkannt würde

und umgekehrt. Menschenwürde ist demnach die wechselseitige Anerkennung von nach dem Vernunftprinzip handelnden Individuen. Kant hat zum Thema Suizid mehrfach Stellung bezogen und Selbsttötung abgelehnt. Suizid sei ein Verbrechen, nämlich Mord gegen sich selbst und eine Flucht aus der Verantwortung. Er relativiert seine Aussagen aber dahingehend, dass ein fremdbestimmtes Leben zu einem menschenunwürdigen Zustand führen würde und Suizid dann eine Option sei, wenn das moralische Leben nicht mehr aufrechterhalten werden kann. In seinem Hauptwerk „Metaphysik der Sitten“ (Kant, 2001) findet sich jedoch keine Aussage die Suizid explizit erlauben oder verbieten würde, Auslegungen in beide Richtung gibt es jedoch mehrere. Zum Thema Sterbehilfe bezieht Kant in seinen Werken keine Stellung, auch gibt es wieder mehrere Versuche der Interpretation, die hier aber nicht alle angeführt werden können. Eine Interpretation von Kant durch Cooley führt zu einer These, die als zentrales Element die Pflicht zum Suizid in bestimmten Fällen sieht (Cooley, 2007). Cooleys Interpretation zur Folge müssten Mörder*innen, Vergewaltiger und Pädophile sich selbst töten, bevor sie eine Gewalttat begehen und so ihre moralische Handlungsfähigkeit verlieren. Diesem Denkansatz folgend, vertritt er die Ansicht, dass auch Demenz einen Grund darstellt, um sein Leben zu beenden, solange man darüber noch entscheiden kann und noch bevor man seine Würde als Person verliert. Allerdings sind bei den bekannten Formen der Demenz, Krankheitsdauer, Überlebenszeit und Folgen sehr unterschiedlich, die Diagnose aufwändig und der Wissensstand ändert sich fast täglich. Eine Prognose, wann der Punkt erreicht ist, ab dem die moralische Handlungsfähigkeit verloren geht, ist demnach nicht möglich (Niedermayr, 2022, S. 257–258), Fehlentscheidungen sehr wahrscheinlich. Als Gegenposition dazu gilt John Stuart Mill (1806-1873), ein englischer Philosoph, der in seinem Hauptwerk „On Liberty“ die liberale Idee postuliert. Auf den Punkt gebracht: Jede/r möge so Leben wie es ihr/im gefällt, solange dadurch nicht die Freiheit einer/eines anderen eingeschränkt wird. Hamburger weist allerdings darauf hin, dass diese liberale Position einen Wandel erfuhr, als Mill enttäuscht erkannte, dass politischer Wandel nicht alleine durch Religion und Moral beeinflussbar wäre (Hamburger, 1999, S. 226). Dennoch steht die Position von Mill stellvertretend für den Liberalismus. Obwohl der liberale Standpunkt vorwiegend im angloamerikanischen Raum vertreten ist, hat er sich auch in Europa schon etabliert und orientiert sich das österreichische Sterbehilfegesetz daran. Sterbehilfe ist daher zulässig, wenn das Individuum zur Ansicht gelangt, das eigene Leben sei nicht mehr lebenswert. Es darf ihm dann das Recht auf Selbsttötung nicht verwehrt werden. Rahmenbedingungen (Einschränkungen) sind aber insofern zulässig, wenn sie sicherstellen sollen, dass tatsächlich der freie Wille für die Entscheidung ausschlaggebend ist. Dazu zählen die Kenntnis über den eigenen medizinischen Status, die Kenntnis alternativer Behandlungsmöglichkeiten und Konsequenzen, sowie das Fehlen von beeinflussenden Faktoren. Im Zweifel ist aber immer die subjektive Sicht der sterbewilligen Person ausschlaggebend (Nieder-

mayr, 2022, S. 15). Diese Tendenz zur Selbstbestimmung erlangt im Gesundheitswesen generell immer mehr an Bedeutung, wie der Grundsatz des „informed consent“ und das Verbot der „eigenmächtigen Heilbehandlung“ im Strafgesetzbuch (§ 110 StGB) zeigen. Eine Behandlung kann von Patient*innen auch ohne Begründung abgelehnt werden (Halmich & Klein, 2023, S. 50).

4.2.3 Generelle Zulässigkeit der Sterbehilfe

Die in Österreich bis zur Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes vorherrschende Rechtslage beruhte auf einem katholisch-christlichen Wertebild, das jedoch schon seit Jahren einem Wandel hin zur Säkularisierung unterliegt. Viele Menschen bekennen sich nicht mehr zu einem Glauben und andere religiöse Strömungen etablieren sich. Die weltanschauliche Homogenität ist nicht mehr gegeben. Mit der gesetzlichen Regelung zum Suizid, setzt sich eine Entwicklung fort, die bereits mit der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs (Fristenlösung) erkennbar war. Die selbstbestimmte Lebensführung erlaubt Suizid, was mit der Autonomie des Individuums begründet wird. Es ist demnach nur konsequent, dem Anspruch auf Menschenwürde durch assistierten Suizid gerecht zu werden (Niedermayr, 2022, S. 96). Auch folgt die rechtliche Zulässigkeit der Sterbehilfe nur den empirischen Fakten: obwohl die Anzahl in Österreich nicht zuverlässig bestimmt werden kann, gibt beispielsweise das Institut für Suizidprävention in Graz (ifsg, 27.08.2023) einen Bereich von 12000 bis 36000 Suizidversuchen pro Jahr an. Es kann daher für Österreich davon ausgegangen werden, dass ein Wandel vom Modell der Pflichtenethik hin zu einer liberalen Position stattfindet und in einigen Bereichen bereits stattgefunden hat. Würde man dem kategorischen Imperativ Kants folgen, müsste Suizid abgelehnt werden, da man nie „wollen könne, dass diese Maxime allgemeines Gesetz werden solle“. Die Ablehnung von Suizid würde aber automatisch die Ablehnung von Sterbehilfe implizieren (Niedermayr, 2022, S. 202).

4.2.4 Passive und aktive Sterbehilfe

Aus Sicht des Verfassungsgerichtshofes ist eine Unterscheidung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe nicht von Bedeutung. Begründet wird die Einschränkung des Sterbeverfügungsgesetzes auf passive Sterbehilfe mit dem Umstand, dass seitens der Antragsteller lediglich die Reparatur des § 78 StGB verlangt wurde. Der Gesetzgeber wiederum hat, möglicherweise auch aus Zeitmangel, keine umfassende Regelung der Sterbehilfe angestrengt. Es stellt sich daher die Frage, ob eine ethische Differenzierung zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe gerechtfertigt ist. Vorweg sei festgehalten, dass eine richtige Antwort auf diese Fragen aus wissenschaftlicher Sicht nicht gefunden werden kann, zu groß ist die Anzahl an Sichten für oder wider eine der Positionen. Es soll daher nachfolgend versucht werden, einige Ansätze zur Fragestellung darzustellen. Während passive Sterbehilfe weitgehend akzeptiert

wird, ist aktive Sterbehilfe wie im Ländervergleich dargestellt, rechtlich nur in vier Ländern Europas zulässig. Damit ist erkennbar, dass Töten und Sterbenlassen mit moralischen Urteilen behaftet sind und beispielsweise Mediziner*innen daher regelmäßig zu einem Grenzgang zwischen der Pflicht zur Lebenserhaltung und dem (moralischen) Verbot, Leben zu töten, gezwungen sind (Zimmermann-Acklin, 2002, S. 228). Sterbehilfe könnte auch als verlängerter Arm für Suizid gesehen werden, weil die Selbsttötung in eigener Person nicht (mehr) in gewünschter Weise gelingt. Sehr viele Faktoren führen schließlich dazu, dass Töten und Sterbenlassen individuell unterschiedlich erlebt werden (Moral) und differenzierte emotionale Belastungen (Schuldgefühle) erzeugen. In der Wissenschaft haben sich zu dieser Fragestellung zwei grundlegende Thesen etabliert, die ihrerseits auch verschiedenen Weltauffassungen geschuldet sind: Vertreter*innen der Signifikanzthese sehen einen bedeutenden Unterschied zwischen Tun und Unterlassen und begründen das mit dem Dambruchargument. Im Gegenzug meinen Anhänger*innen der Äquivalenzthese, dass Töten und Sterbenlassen gleichwertig und höchstes vorstellbares Leid menschlich unzumutbar sei. Sie bewerten überdies die Signifikanzthese als paternalistisch (Niedermayr, 2022, S. 300). Auf eine ausführliche Darstellung der beiden Ansätze wird verzichtet, es wird jedoch darauf hingewiesen, dass auch Kompromissthesen existieren, die beide Ansätze in sich vereinen.

4.2.5 Das Dambruchargument (Slippery-Slope-These)

Unter Dambruchargument, im Englischen „Slippery Slope These“ wird ein Phänomen verstanden: das Nachgeben in einem Teilbereich führt zu einer unumkehrbaren Flut, die in der Folge Schutzdämme einreißen wird. Auf Sterbehilfe umgelegt meint Beneker, dass, „ist die Sterbehilfe erst einmal legalisiert, [...] werden sich im Zweifel immer mehr Menschen (mit Hilfe von Ärzt*innen) das Leben nehmen wollen“ (Beneker, 2015). Er sieht diese These, durch Zunahme der ärztlichen Tötungen auf Verlangen in Ländern wie Holland und Belgien zunächst bestätigt, vor allem bei Hochaltrigen. In der Folge zeigen sich jedoch in Ländern mit passiver (ärztlicher) Sterbehilfe geringere Fallzahlen, oder sogar Rückgänge, was auf eine „natürliche Hemmung vor der Selbsttötung zurückzuführen sei“. Er führt dazu eine Untersuchung in Oregon, USA an, nach der 60% der Personen nach dem Erstgespräch assistierten Suizid ablehnen und von jenen, die das tödliche Medikament erhalten, es nur 50% dann auch wirklich einnehmen. Von daher kann das Dambruchargument nicht bestätigt werden. Die empirische Argumentation sieht in aktiver Sterbehilfe eine Entwertung des Lebens, indem nicht das Individuum, sondern Ärzt*innen über die verlangte Tötung entscheiden. Es käme dadurch zu einer schrittweisen Abstumpfung der Ärzt*innen und der Gesellschaft. Als empirischer Beweis werden die Euthanasieprogramme zur Zeit des Nationalsozialismus angeführt (Niedermayr, 2022, S. 383). Dabei berufen sich diese Programme zunächst auf Charles Darwin und die Evolution

der Natur (Darwin & Carus, 1872). In der Folge wird die wertfreie Feststellung, dass die Angepassten überleben, im Rahmen des Sozialdarwinismus („nur die Fittesten überleben“) von den Nationalsozialisten missbraucht. Es kommt zu einer abnehmenden ärztlichen Wertschätzung für menschliches Leben und endet in den Massenmorden unwerten Lebens. Dieser Wandel, die Entwertung des Lebens, der zum Dammbuch führt ist zumindest empirisch nicht beweisbar und vielen kleinen Einstellungsänderungen in der Gesellschaft, die sich unbemerkt vollzogen hätten, geschuldet (Niedermayr, 2022, S. 387). Auch heute ist die Diskussion dazu ungebrochen, wird doch immer wieder die Frage gestellt, inwieweit aktive Sterbehilfe bei sehr schwer geschädigten Neugeborenen zulässig sei. Eine weitere Argumentation gegen die Sterbehilfe gründet in der Sorge, dass von der Umgebung Druck durch Angehörige oder die Gesellschaft auf die Betroffenen ausgeübt werden könnte, oder diese niemandem zur Last fallen wollten. Dazu führen Halmich & Klein aus, dass Selbstbestimmung immer auch von persönlichen Befindlichkeiten geleitet ist. Überdies meinen Sie, dass eine altruistische Haltung, niemandem zur Last fallen zu wollen, nicht grundsätzlich problematisch sei. Es sei demnach ehrlich und nachvollziehbar, wenn Menschen das Recht auf eine freie Lebensgestaltung zugestanden wird. In einer Leistungsgesellschaft könnten daher nur fehlende Leistung und Effizienz einer Person zu Druck durch die Gesellschaft führen. Es sei daher wichtig, die Würde des Menschen, ungeachtet seiner Leistungsfähigkeit, in den Mittelpunkt zu stellen und für Unterstützung zu sorgen (Halmich & Klein, 2023, S. 69–70).

4.3 Rahmenbedingungen der römisch-katholischen Kirche

Basierend auf der Volkszählung 2021 weist die Statistik Austria 4,9 Millionen Menschen mit römisch-katholischem Glaubensbekenntnis aus (Statistik Austria, 29.08.2023). Obwohl rückläufig, stellt diese Gruppe daher mit 55,2% der Gesamtbevölkerung die größte Glaubensgemeinschaft in Österreich dar und soll hier ausführlicher betrachtet werden. In der Vergangenheit war die menschliche Existenz vom Glauben bestimmt, dass jedes Leben von Gott gegeben sei und die Verfügung darüber nicht in der Hand des Einzelnen läge. Das Leben habe daher Gott gefällig gestaltet zu werden. Erst mit dem Zeitalter der Aufklärung wurden Autonomie und Menschenwürde zunehmend wichtiger und sind für uns heute selbstverständlich (Niedermayr, 2022, S. 93). Das Oberhaupt der katholischen Kirche, Papst Pius XII. hat im Jahre 1957 eine Differenzierung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe vorgenommen und erstere abgelehnt. Er verlangte keine außerordentlichen Bemühungen zur Lebensverlängerung, aktive Tötung sei jedoch strikt verboten. Diese Sicht vertreten auch seine Nachfolger Paul VI. und Johannes Paul II. Zahlreiche Veröffentlichungen im Katechismus der Katholischen Kirche und Erklärungen in Evangelien oder Enzykliken nehmen Bezug auf die Einstellung der katholischen Kirche zur Sterbehilfe und Euthanasie. Besonders hervorzuheben ist Kapitel 2277, das Euthanasie und aktive Sterbehilfe, als Mord bezeichnet und diese nicht nur als gegen Gott

gerichtet, sondern auch als Vergehen gegen die Menschenwürde darstellt. Neben dieser klaren Haltung zur Sterbehilfe werden jedoch auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen angesprochen: der Druck auf Menschen, niemandem zur Last zu fallen, Mitleid statt Anteilnahme und Suizid aufgrund fehlender Palliativversorgung. Auch sieht die katholische Kirche Gefahr für die Rolle des Staates und die Zukunft der Demokratie: durch die gesetzliche Legitimation und Verpflichtung der Beihilfe zum Suizid durch Ärzt*innen und Pflegepersonal, würden auch Werte zerstört. Indem das Recht auf Leben nicht demokratisch durch Mehrheiten legitimiert wird, kann umgekehrt auch kein Recht auf Sterben durch Mehrheiten Geltung erlangen. Das zerstören dieser Werte würde auch die Demokratie in ihren Fundamenten erschüttern (Auner, 2014). Zusammengefasst lässt sich die Haltung der katholischen Kirche beschreiben als liberal gegenüber passiver Sterbehilfe eingestellt und mit der Einstellung, dass eine gute Palliativversorgung den Sterbewunsch vieler Menschen gegenstandslos werden lassen würde. Darüber hinaus ist aktive Sterbehilfe ausnahmslos verboten.

5 Sterbehilfe aus Sicht der Prozessbeteiligten

Gemäß Sterbeverfügungsgesetz benötigen Suizidenten für die Unterstützung bei der Selbsttötung zwingend Ärzt*innen, Notariate und Apotheken. Faktisch sind jedoch auch andere Berufsgruppen und Personen, sowie die Gesellschaft insgesamt direkt oder indirekt davon betroffen. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Sicht einiger faktisch am assistierten Sterbeprozess Beteiligten und ihrer Kritik am Sterbeverfügungsgesetz.

5.1 Sterbehilfe aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten

Eine Gemeinsamkeit aller Sterbehilfegesetze ist der Umstand, dass passive oder aktive Unterstützung in den Händen von Ärzt*innen liegt, so auch in Österreich. Aus rechtlicher Sicht ist die Gleichwertigkeit beider Formen der Unterstützung nachvollziehbar, denn in jedem Fall sind die Sterbewilligen danach gestorben. Für die am Sterbehilfeprozess Beteiligten macht es aber einen Unterschied, ob der Tod durch Geschehen lassen oder aktive Tötung herbeigeführt wurde. Mediziner*innen und medizinisches Personal stehen hier an vorderster Linie.

5.1.1 Der Eid des Hippokrates

Ärzt*innen leisten bereits seit 1804 bei Abschluss ihres Studiums den sogenannten Hippokratischen Eid, seit 1948 das Genfer Gelöbnis. Dieser verpflichtet Ärzt*innen in seiner ursprünglichen Form zum Nutzen von Kranken zu handeln und sie vor Schaden und Unrecht zu bewahren. Explizit werden auch die Verabreichung eines tödlichen Gifts, sowie Abtreibung ausgeschlossen. Im Laufe der Jahrhunderte kam es jedoch mehrfach zu Anpassungen, da sonst auch Abtreibungen nicht möglich gewesen wären. Dem faktischen Handeln der Ärzt*innen in einer modernen Gesellschaft, entspricht der Weltärztebund (World Medical Association) 2017

mit einer Erneuerung des Genfer Gelöbnisses dahingehend, dass nun stärker als zuvor die Autonomie der Patient*innen im Vordergrund steht (Mau, 2017).

5.1.2 Einstellung der Ärzteschaft zur Sterbehilfe

Das Institut für Demoskopie Allensbach (IfD-Allensbach, 2010) hat im Zeitraum August bis September 2009 eine telefonische Umfrage bei insgesamt 527 Ärzt*innen in Deutschland zum Thema ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft durchgeführt. Gegenübergestellt wird diesen Ergebnissen die jeweilige Sicht der Patient*innen, aus einer Vorstudie vom Juli 2009. Darin geben 5% der befragten Ärzt*innen an, auch gegen den ausdrücklichen Willen der Patient*innen, lebensverlängernde Maßnahmen beibehalten zu wollen. In der Bevölkerung sprechen sich 11% dafür aus. Immerhin meinen 16% der Ärzt*innen, dass der Wunsch nach begleitetem Suizid häufiger vorkommt und 34% ihrer Patient*innen und/oder Angehörigen schon um Hilfe gebeten hätten. Interessant ist, dass Ärzt*innen, die bereits um Hilfe gebeten wurden, fast vollständig die Beweggründe nachvollziehen konnten. Dennoch befürworteten letztlich nur 30% der Befragten eine Regelung zum ärztlich begleitetem Suizid, wobei die Ablehnungen von Spitalsärzt*innen mit 65% höher als im niedergelassenen Bereich mit 60% ist. Die ablehnende Haltung wird vor allem mit der Unmöglichkeit, die Endgültigkeit des Sterbewunsches der Patient*innen einschätzen zu können, Zweifeln an der Hoffnungslosigkeit einer Erkrankung und religiösen Motiven begründet. Palliativmediziner*innen stehen Sterbehilfe in jeder Form etwas kritischer gegenüber. Befürworter*innen betonen dagegen das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen, die besondere Erfahrung der Ärzteschaft und die Möglichkeit, Patient*innen unnötige und lange Schmerzen zu ersparen. Unabhängig davon empfand eine Mehrheit von 78% der Ärzt*innen die Legalisierung assistierten Suizids als Belastung und fürchtete negative Auswirkungen auf das Ansehen der Berufsgruppe. Demgegenüber ist die Gruppe der Befürworter*innen, oder jene mit neutraler Einstellung dazu, in der Bevölkerung mit 81% sehr hoch. Anforderungen der Bevölkerung und Bereitschaft der Ärzteschaft stehen einander somit diametral gegenüber. Anzumerken ist jedoch auch, dass 79% der Ärzt*innen der Ansicht sind, dass ein Ausbau der Palliativmedizin zu einer Abnahme der Suizidwilligen führen würde und betonen, dass die Kapazitäten für palliativmedizinische Versorgung nicht ausreichen (73%). Halmich und Klein meinen dazu, dass unter Berufung auf den Hippokratischen Eid damit argumentiert wird, dass die Primärpflichten in Retten und Erhalten von Leben bestünden. Dazu sei aber anzumerken, dass zwar der Hippokratische Eid Sterbehilfe untersagt, in der Genfer Deklaration, auf die das ärztliche Gelöbnis abgelegt wird, diese aber nicht untersagt wird. Ebenso stünden dieser ablehnenden Haltung Schwangerschaftsabbrüche, das Zulassen des Sterbens und die in manchen Ländern erlaubte aktive Sterbehilfe gegenüber (Halmich & Klein, 2023, S. 104–105). Das Verhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen hat sich gewandelt, heute stellt der Wille der Patient*innen die

Grenze für ärztliches Handeln oder Nichthandeln dar. Ein weiteres Argument aus der Ärzt*innenschaft ist der Verlust des Vertrauens in der Bevölkerung, würden Ärzt*innen assistierten Suizid unterstützen. Empirisch lässt sich diese Aussage auch in Ländern, in denen aktive Sterbehilfe zulässig ist, nicht bestätigen. Im Gegenteil, eine derartige Haltung könnte das Vertrauen sogar belasten, wenn die Wünsche schwerkranker Patient*innen nicht ernstgenommen würden. In den Niederlanden, wo aktive Sterbehilfe erlaubt ist, wünscht sich ein Großteil der Patient*innen, von Ärzt*innen begleitet, zu sterben (Halmich & Klein, 2023, S. 107). Seitens der Ärztekammer besteht keine grundsätzliche Ablehnung gegenüber der Sterbehilfe, da Ärzt*innen faktisch im gesamten Prozess nur zu Beginn aufklären und bei den letzten Schritten des Sterbens nicht mitwirken müssten (Halmich & Klein, 2023, S. 108).

5.1.3 Exkurs: Der „Freie Wille“ aus neurowissenschaftlicher Sicht

Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz nennt als eine der Hauptvoraussetzungen für assistierten Suizid einen freien und selbstbestimmten Willensentschluss der Sterbewilligen. Auch andere Sterbehilfegesetze, mögen weitere Rahmenbedingungen auch unterschiedlich sein, verlangen eine autonome, unbeeinflusste Willensbildung. Das Vorhandensein eines freien Willens wurde Anfang der 1980er Jahre erschüttert, als der US-amerikanische Physiologe Libet (1916-2007) in seinen Experimenten im Bereich der Gehirnforschung zeigen konnte, dass zwischen bewusster Handlungsentscheidung und der motorischen Umsetzung 100-200ms vergehen (Libet, 1985). Die Studie zeigte somit, dass eine Entscheidung schon vor der Handlung nachweisbar ist und führte in der Folge zu umfangreichen Diskussionen, ob ein freier Wille überhaupt gebildet werden kann oder eine Gehirnaktivität darstellt, die sich dem Bewusstsein entzieht. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass der freie Wille empirisch nicht beweisbar ist, andererseits davon ausgegangen werden kann, dass das Unbewusste auch Einfluss darauf nehmen kann (Walter, 2017).

5.2 Sterbehilfe aus Sicht der Pflege

Die Praxis hat gezeigt, dass auch Gesundheitsberufe der Sterbehilfe unterschiedlich gegenüberstehen. Pflegepersonal, das mit Patient*innen meist engeren Kontakt hat als Ärzt*innen, steht der Sterbehilfe offener gegenüber (Halmich & Klein, 2023, S. 107). Feichtner meint dazu, dass Pflegepersonal aufgrund seiner Berufsethik und moralischen Haltung zwar Bedenken hat, den Suizidwunsch der Patient*innen zu unterstützen, andererseits aber ethisch verpflichtet ist, Leid bestmöglich zu lindern und Beistand bis zum Tod zu leisten. Daher ist es auch verständlich, dass die Berufsgruppe der Pfleger*innen bei der Entstehung des Sterbeverfügungsgesetz völlig außer Acht gelassen wurde (Feichtner, 2022, S. 8). Darüber hinaus vertreten viele Pfleger*innen die Meinung, dass Suizidwünsche ihrer Patient*innen nicht rational, sondern aus einer Leidenssituation oder aus Angst vor möglichem zukünftigem Leid getroffen

werden. Der Wunsch zu sterben sei instabil und bei entsprechender Zuwendung und Aufklärung, würden viele Patient*innen ihren Wunsch nach Suizid aufgeben und palliative Unterstützungsangebote annehmen. Es sei daher erschreckend, dass der Ausbau der Palliativversorgung nicht voranginge und es leichter sei, eine Zulassung zum assistierten Suizid zu bekommen. Feichtner sieht auch Selbstbestimmung, Selbstwert und Selbstachtung, im Sinne von Würde, falsch interpretiert. Aus ihrer Sicht ist die Abhängigkeit eines Säuglings und die daraus resultierende Fürsorge, für Kranke und Pflegebedürftige, genauso selbstverständlich. Das Gefühl, zur Last zu fallen, sei eng mit den Vorstellungen westlicher Leistungsgesellschaften verbunden. Pfleger*innen erführen oft als Erste von ihren Patient*innen den Wunsch nach Suizid und seien, wenn auch nicht assistierend, so doch über den gesamten Prozess und den Tod hinaus, eingebunden (Feichtner, 2022, S. 42). So werden auch Angehörige über Alternativen beraten und bei der Antragstellung unterstützt, wird mit Sterbehelfer*innen zusammengearbeitet und nach dem Suizid mit Familien und Ärzt*innen nachbesprochen. Diesbezüglich sind Schulungen der Pflegepersonen sehr wichtig. Generell ist die Frage, ob Pfleger*innen in ihrer Einrichtung am Suizidprozess mitwirken dürfen, auf institutioneller Ebene zu regeln und wenn erlaubt, oft auch eine Teamentscheidung. Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass die Mitwirkung am assistierten Suizid von Pfleger*innen als sehr einschneidend erlebt wurde und teilweise widersprüchliche Emotionen ausgelöst hat (Feichtner, 2022, S. 58), daher ist begleitende Supervision notwendig. Eine Gefahr besteht aus Sicht der Pflege auch in der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von assistiertem Suizid, die zu einer wachsenden Inanspruchnahme in Behinderteneinrichtungen und Pflegeheimen führen wird. So kann gezeigt werden, dass in Staaten, die Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen gesetzlich geregelt haben, eine Ausweitung der Indikationen, beispielsweise auf Minderjährige und Menschen mit Demenz, zu beobachten ist (Feichtner, 2022, S. 103). Auch die Verkürzung des Sterbens aus ökonomischen Gründen sei bei allem Kostendruck nicht vertretbar, aber eine reale Gefahr. Als größte im Gesundheitswesen tätige Gruppe betonen Pflegekräfte daher die Vielzahl an Alternativen zum assistieren Suizid, wie Therapiebegrenzung oder palliative Sedierung und wünschen sich einen verstärkten Ausbau der Palliativpflege.

5.3 Sterbehilfe aus Sicht der Gesundheitseinrichtungen

Die Rolle der Gesundheitseinrichtungen und des dort tätigen Personals ist im Gesetz nicht explizit geregelt. Für passive Sterbehilfe gilt daher weiterhin das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen oder wenn eine ausdrückliche Willensäußerung fehlt, der mutmaßliche Patient*innenwille, der durch Befragung der Angehörigen ermittelt werden kann. Liegt beides nicht vor, müssen Ärzt*innen das Weiterleben ermöglichen. Eine möglichen Therapieeskalation kann jedoch durch die Änderung des Therapieziels hin zur Palliativversorgung vermieden werden (Maxime, 2021, S. 3). In Hinblick auf das Sterbeverfügungsgesetz meint Maxime, dass

mit dem Gesetz keine ausreichende rechtliche Basis für Gesundheitseinrichtungen und auch für Suizidwillige geschaffen wurde und das vor dem Hintergrund, dass Patient*innen mit den im Gesetz aufgezählten schweren Erkrankungen zumeist in Pflegeeinrichtungen zu finden sein werden. Etwa 50% versterben im Krankenhaus, in Alten- und Pflegeheimen 18,6%, Tendenz steigend (Maxime, 2021, S. 4). Allerdings fallen weder die erforderlichen ärztlichen Aufklärungsgespräche, noch Suizidassistenz in das Leistungsspektrum von Krankenanstalten und sind auch durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) nicht gedeckt. Ärzt*innen müssten diese Leistungen daher außerhalb ihres Dienstvertrages erbringen, was auch für das Gesundheitspersonal gilt. Private Träger können die Mitwirkung am Suizid von vornherein ablehnen. Für öffentliche Träger ist die Situation etwas anders, da diese meist Gebietskörperschaften sind und verpflichtet, Grundrechte einzuhalten. Eine Untersagung würde demnach das Recht auf Selbstbestimmung einschränken und darf in diesen Einrichtungen der Zutritt zur Erbringung der Sterbehilfe und aller damit in Zusammenhang stehenden Leistungen, nicht untersagt werden. Kirchliche Träger können jedoch unter Hinweis auf die Grundsätze der Einrichtung, jede Unterstützung beim Suizid untersagen (Maxime, 2021, S. 7). Das klinische Ethikkomitee Innsbruck spricht in einer Stellungnahme zum Sterbeverfügungsgesetz seine Bedenken hinsichtlich der Umsetzbarkeit von assistiertem Suizid in öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten aus (Brunner, Jürgen et al., 2022). Sowohl in öffentlichen als auch privaten Einrichtungen lassen sich Unsicherheiten hinsichtlich der Unterstützung beim Sterben feststellen, da die Verantwortlichen keine Vorreiterrolle einnehmen wollen, um den Eindruck von Anrüchigkeit oder Unmoral zu erwecken. Diese Haltung ist vor allem angesichts der Erfahrungen in der Coronapandemie nachvollziehbar. Hier hat sich gezeigt, dass Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe, rasch Anfeindungen ausgesetzt waren. Ähnliche Erfahrungen mussten auch Einrichtungen die Schwangerschaftsabbrüche durchführten machen. Es ist daher aus Sicht der Betreiber abzuwägen, ob eine Unterstützung für assistierten Suizid verantwortet werden kann. Jedenfalls wäre dafür ein gesamtgesellschaftlicher Umdenkprozess Voraussetzung (Halmich & Klein, 2023, S. 109).

5.3.1 Sterbeort Krankenhaus

Es gibt zwar keine Rechtsvorschriften, die assistierten Suizid in Krankenanstalten verbieten, dennoch kann der Spitalsträger dies untersagen. Gemäß Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG, 08.09.2023) haben diese Einrichtungen den Auftrag zur Diagnostik und Behandlung von Patient*innen und assistierter Suizid stellt keine typische Leistung einer Krankenanstalt dar (§ 1 KAKuG). Darüber hinaus ist auch der Sterbewunsch per se keine Krankheit und wäre demnach auch die Anstaltsbedürftigkeit nach S22 KAKuG zu hinterfragen.

Somit dürften Sterbewillige nicht aufgenommen, oder müssten entlassen werden. Einige Spitäler haben dazu interne Richtlinien für den Umgang mit assistiertem Suizid erlassen (Halmich & Klein, 2023, S. 36).

5.3.2 Sterbeort Pflege-/Betreuungseinrichtung

Für Heimbewohner*innen stellt die Einrichtung gleichzeitig auch ihren Wohnort dar. Der Heimvertrag mit dem Heimträger unterliegt dabei den strengen Regelungen im Heimvertragsgesetz (HVerG, 08.09.2023), das als Bestimmung im Konsumentenschutzgesetz eingeführt wurde. Eine Kündigung ist nur aus wichtigen Grund möglich, wobei der Wunsch nach Sterbehilfe keinen solchen darstellt (Halmich & Klein, 2023, S. 36). Im Gegenteil, den Heimbewohner*innen werden besondere Persönlichkeitsrechte, Selbstbestimmungsrechte, Gleichbehandlung und das Recht auf Besuche eingeräumt. Somit ist es den Trägern der Einrichtungen zwar erlaubt Mitarbeiter*innen eine Mithilfe bei der Selbsttötung zu verbieten, jedoch können sich Bewohner*innen jederzeit Helfer*innen von außerhalb organisieren und den Suizid innerhalb der Einrichtung mit deren Unterstützung vornehmen. Den Suizidassistent*innen darf der Zutritt zur Einrichtung nicht verwehrt werden, das gilt vor allem für Pflegezentren. Auch ist es rechtlich nicht erlaubt, für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung zu verlangen, dass die Bewohner in Zukunft keinen assistierten Suizid durchführen werden (Halmich & Klein, 2023, S. 36).

5.3.3 Exkurs: Alternativen zu assistiertem Suizid - Palliative Versorgung

Das Sterbeverfügungsgesetz sieht zwingend die Aufklärung sterbewilliger Personen durch zwei Ärzt*innen vor. Im Rahmen dieser Gespräche sollen alle Optionen verständlich dargestellt werden, damit Patient*innen aus den vorhandenen Alternativen, die für sie passende Variante auswählen können. Dazu zählen, wie auch schon 2015 von der Bioethikkommission dargestellt, die Möglichkeiten der Palliativ- und Schmerztherapie, sowie palliativen Sedierung, Instrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht und verschiedene Hospiz- und Betreuungsangebote. In der Praxis dürfen Patient*innen zunächst selbst entscheiden, ob eine notwendige Therapie durchgeführt werden soll oder nicht, auch wenn das aus Sicht der Ärzt*innenschaft unvernünftig erscheint. So ist beispielsweise die Ablehnung von lebensrettenden Bluttransfusionen aus religiösen Gründen möglich. Die Ablehnung bestimmter Therapien kann bereits im Vorfeld durch Patientenverfügung oder Behandlungsvorausplanung festgehalten werden. Damit wird der Wille der Patient*innen dokumentiert, falls diese nicht mehr entscheidungsfähig sind. Dies ist umso wichtiger, da eine Erwachsenenvertretung im Zweifel davon ausgehen muss (§ 253 ABGB), dass eine Behandlung gewünscht wird (Halmich & Klein, 2023, S. 140). Wird eine kurative Therapie abgelehnt, handelt es sich aus medizinischer Sicht

um eine Therapiezieländerung, die dann zu einer Palliativbetreuung mit dem Ziel bestmöglicher Lebensqualität der Patient*innen wird. Der Sterbeprozess wird weder beschleunigt, noch verzögert, auftretende Symptome werden in Abstimmung mit den Patient*innen oder der Erwachsenenvertretung einvernehmlich behandelt. Für die Palliativversorgung steht somit ein natürlicher Tod am Lebensende im Vordergrund und nicht die Lebensverlängerung um jeden Preis (Halmich & Klein, 2023, S. 141). Die World Health Organisation (WHO) definiert Palliativversorgung sogar noch weitreichender: Die Lebensqualität von Patient*innen und ihrer Familien, soll durch frühzeitiges Erkennen und entsprechende Prävention auf körperlicher, psychosozialer und spiritueller Ebene, verbessert werden (WHO, 20.09.2023). Diese Definition berücksichtigt somit auch den zeitlichen Verlauf einer Erkrankung, wohingegen in Österreich mit der Palliativbetreuung meist nur bei unheilbaren Kranken und erst am Lebensende begonnen wird. Hier wäre ein Umdenken im Sinne der WHO-Definition eine Verbesserung für Patient*innen und Angehörige. Im Rahmen der Palliativversorgung sind verschiedene Berufsgruppen im Einsatz und für alle gilt, dass ihr Handeln der Verbesserung der Lebensqualität und dem Lindern von Schmerzen der Patient*innen dienen muss. Es sind also nur symptomorientierte Therapien und Medikationen zulässig, die auch dokumentiert werden müssen. Wenn gleich Nebenwirkungen von Medikamenten zum Tod führen können, gilt jedes Herbeiführen eines vorzeitigen Versterbens als Tötung. Dazu liegen zahlreichen Richtlinien vor, auch eine S3-Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [AWMF], 2021). Ist eine Kontrolle der Symptome nicht mehr möglich, kann zu einer Sedierungstherapie gewechselt werden. Patient*innen werden dann medikamentös in einen Zustand leichter, bis vollständiger Bewusstlosigkeit gebracht. Bei milder Sedierung ist Kommunikation mit den Patient*innen noch möglich, wohingegen tiefe Sedierungen einem Wachbewusstseins entspricht (Halmich & Klein, 2023, S. 144). Auf Therapiebegrenzung und Therapieabbruch, sowie die Besonderheiten bei psychisch kranken Personen wird hier nicht näher eingegangen. Zusammenfassend lässt sich aber festhalten, dass Würde, Wille und Wohlergehen der Patient*innen immer im Zentrum des Handelns stehen müssen. Auch gesetzlich wurde für eine Erweiterung der Unterstützungsmöglichkeiten vorgesorgt, indem über das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPaIFG, 2022) zusätzliche Mittel für beispielsweise mobile Palliativteams bereitgestellt wurden (Halmich & Klein, 2023, S. 72).

5.4 Gesellschaft und öffentliche Meinung

Bereits 2015, sieben Jahre vor Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes wurde eine Studie der Medizinischen Universität Graz zum Thema Sterbehilfe durchgeführt und im April veröffentlicht (Großschädl, 2015). In der schriftlich durchgeführten Umfrage sprechen sich 59% der Befragten für die Tötung auf Verlangen aus, geben aber an, dass diese an bestimmte Voraussetzungen geknüpft werden müsse. Immerhin 34% stimmten für ein absolutes Verbot. Als

Gründe für Sterbehilfe wurden unerträgliches schweres Leiden ohne Aussicht auf Genesung und der mehrfache Wunsch nach aktiver Sterbehilfe genannt. Interessant scheinen besonders zwei Aspekte: eine geringfügig höhere Akzeptanz für aktive Sterbehilfe, verglichen mit ärztlich assistiertem Suizid bei den Befürworter*innen und unterschiedliche Einstellungen zur Sterbehilfe in Abhängigkeit von Religiosität und Einschätzung der Missbrauchsgefahr. Im Rahmen der Untersuchung wurde auch erhoben, welche Rahmenbedingungen die Befragten selbst für ihr Lebensende erwarten. Neben Schmerzfreiheit, Autonomie und freier Entscheidungsmöglichkeit, wurde auch der Wunsch nach Abschiednehmen können und Rückhalt durch die Familie zu erfahren, genannt. Hingegen hatte die möglichst lange Verlängerung des Lebens nur geringe Bedeutung. Abgesehen von der Familie, wünschten sich religiöse Personen auch das Beisein eines Priesters, 20% der nicht religiösen Personen möchten allein sterben. Auch zeigte sich, dass die Befragten gerne zu Hause, begleitet von Familie oder nahestehenden Personen, sterben würden. Wenngleich mit dem Sterbeverfügungsgesetz Straffreiheit für die passive Sterbehilfe geschaffen wurde und Bedenken betreffend Missbrauchs ausgeräumt werden konnten, sind die Wünsche nach aktiver Sterbehilfe und vor allem dem Suizid zu Hause durch den Gesetzgeber unbeantwortet geblieben. Unbeantwortet bleibt auch die Frage nach der Unterstützung für Angehörige. Jungwirth (Jungwirth, 2023) weist in ihrem Beitrag über selbstbestimmtes Leben und Sterben darauf hin, dass es für Angehörige von sterbewilligen Personen keinerlei Unterstützungsangebote gibt. Vor allem wenn innerhalb der Familie unterschiedliche Sichten auf das Sterbevorhaben vorliegen, somit die Unterstützung als Erhalt der Autonomie oder Mord gesehen wird, kann dies zu schweren Krisen führen. Darüber hinaus stellt sie fest, dass es naturgemäß keine Rückmeldung zur Hilfe beim assistierten Suizid von den Verstorbenen selbst geben könne, das Ereignis aber bei den Angehörigen noch lange nachwirke und diese darunter litten. Innerhalb des ersten Jahres seit Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes wurde das tödliche Präparat etwa 160mal ausgegeben, wie oft es tatsächlich eingenommen wurde ist jedoch kaum dokumentiert. In der Sendung „Sterbehilfe auf dem Prüfstand“ berichten Feldner-Zimmermann & Plank wie Sterbehilfe in Österreich in der Praxis aussieht; ein Angehöriger schildert den leidvollen Weg vom ersten Sterbewunsch seiner Ehefrau, bis zur Sterbebegleitung bei der Einnahme der tödlichen Substanz. Obwohl er die gesetzliche Möglichkeit des assistierten Suizids begrüßt, konnte er doch so seiner Frau den letzten Wunsch erfüllen, beklagt er die völlige Intransparenz des Prozesses. Das Suchen nach bereitwilligen Ärzt*innen, Notariaten und Apotheken, die für die Sterbeverfügung notwendig waren, war von zahlreichen Rückschlägen gekennzeichnet und hätte zu zusätzlichen psychischen Belastungen geführt (Feldner-Zimmermann & Plank, 2023). Im Verlauf des Beitrages kommen auch Apotheker*innen, Notar*innen, Ärzt*innen und Jurist*innen zu Wort, die ebenfalls Kritik am Sterbeverfügungsgesetz üben.

5.5 Kritik am Sterbeverfügungsgesetz

Zum Thema Sterbehilfe an sich und dem Sterbehilfegesetz gibt es eine unüberschaubare Menge an Kritik und Vorschlägen, die aus Sicht der jeweiligen Gruppierung zumindest nachvollziehbar erscheint. Da der Entwurf zum und das Sterbeverfügungsgesetz selbst aufgrund der kurzen Begutachtungsfrist und rascher Gesetzwerdung fast ident sind, werden im folgenden Absatz einige der besonders häufig geäußerten Kritikpunkte dargestellt: Sterbehilfe in Form medizinischer Maßnahmen dürfen nur Ärzt*innen leisten, da diese aufgrund ihrer Qualifikation und Vertrautheit mit den Werten der Patient*innen besonders vertraut sind, außerdem kann dadurch ein persönliches Interesse Angehöriger am Tod Sterbewilliger (Erbschaft) ausgeschlossen werden. Damit wird es für Patient*innen aber unmöglich, Unterstützung zu Hause zu erhalten, wie das in den Niederlanden der Regelfall ist (Niedermayr, 2022, S. 61). Ein öffentliches Verzeichnis aller Ärzt*innen die Suizidberatung durchführen existiert nicht. Sterbewillige müssen sich, je nach Bundesland, telefonisch an eine der neun Landes-Ärztekammern wenden (www.aerztekammer.at, 08.09.2023). Lediglich in der Steiermark und in Salzburg sind die Listen der Ärzt*innen auch online verfügbar (Halmich & Klein, 2023, S. 27). Zur faktischen Durchsetzbarkeit für Patient*innen führen Halmich und Klein an, dass die bürokratischen Hürden für Sterbewillige hoch sind und vor die Wahl gestellt, mittels assistiertem Suizid oder einer anderen Todesart ihr Leben zu beenden, die Sterbeverfügung nicht die erste Wahl darstellt. Für ein Sterben in Würde sei zumindest der einfache Zugang zu Informationen erforderlich und daher gesetzlich zu regeln (Halmich & Klein, 2023, S. 90). Rechtsanwälte und Rechtsanwältinnen fordern das Recht, ebenfalls Sterbeverfügungen errichten zu dürfen und kritisieren, dass nicht bekannt sei, welche Notar*innen sich zur Errichtung bereit erklären würden. Dem Kritikpunkt nicht ausreichender Information begegnen Halmich & Klein durch eine Zusammenfassung der häufigsten Fragen und Antworten zum assistierten Suizid und der Sterbeverfügung in Österreich, gegliedert nach ärztlichen und juristischen Gesichtspunkten, sowie betreffend Apotheke und Sterbeort (Halmich & Klein, 2023, S. 118–129). Niedermayer ist der Ansicht, dass das Höchstgericht in Zukunft noch mit folgenden wesentlichen Defiziten des Sterbeverfügungsgesetzes konfrontiert sein wird (Niedermayr, 2022, S. 489): Beschränkung des Rechts auf assistierten Suizid auf Leidenszustände wie sie im StVfG als Voraussetzung in § 6 Abs. 3 genannt werden, vor allem das Fehlen psychischer Erkrankungen oder Demenz, weiters das Fehlen einer ärztlichen Verpflichtung zum assistierten Suizid und damit dem Fehlen einer faktischen Möglichkeit dafür und die fehlende gesetzliche Verankerung zur Schaffung ausreichender Palliativversorgung als Alternative zum Suizid, auch wenn die Mittel dafür vorgesehen sind. Ein wesentlicher Punkt seien weiters die rechtlichen Rahmenbedingungen für aktive Sterbehilfe. Abschließend sei Burda genannt, die die Notwendigkeit einer Sterbeverfügung für assistierten Suizid generell kritisiert, da Sterbewillige ohnehin im Rahmen der ärztlichen Aufklärungsgespräche den Wunsch zu sterben geäußert hätten und den Suizid zwingend

selbst durchführen müssten, wodurch der Sterbewunsch nach außen konkludent demonstriert würde. Aus ihrer Sicht ist eine Sterbeverfügung nur für aktive Sterbehilfe vorstellbar, die jedoch gesetzlich nicht erlaubt ist (Burda, 2022).

5.6 Exkurs: Gesundheitssystem und potenzielle Folgen

Wenngleich die Frage nach Gerechtigkeit beim assistierten Suizid eine untergeordnete Rolle spielen muss, ist es eine Tatsache, dass medizinische Maßnahmen und Medikamente zum Lebensende hin einen wesentlichen Kostenfaktor darstellen. Die Ausgaben für onkologische Präparate und technologische Verfahren steigen (Czypionka et al., 2022, S. 5), dazu kommen Aufwendungen für Personal, Räume und Ausstattung, medizinische Geräte und Zeit, die durch Sterbehilfeangebote zu einer Kostendämpfung führen könnten (Halmich & Klein, 2023, S. 89). Angesichts zunehmend angespannter Gesundheitsbudgets und neuer, sehr teurer Therapien, kann die Frage gestellt werden, ob nicht Ausgabenobergrenzen gesetzt werden müssten; ist es ethisch vertretbar die Versicherungsgemeinschaft mit Kosten zur Erhaltung menschlichen Lebens zu belasten und dafür entweder Beiträge zu erhöhen oder andere Leistungsangebote einzuschränken? Diese Frage soll hier nicht beantwortet werden.

6 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

In der vorliegenden Arbeit wurde gezeigt, dass das seit 1.1.2022 in Österreich geltende Sterbeverfügungsgesetz vorrangig zur Reparatur des vom Verfassungsgerichtshof beanstandeten § 78 des Strafgesetzbuches, dem Verstoß gegen das Recht auf Selbstbestimmung, beschlossen wurde. Indizien dafür sind neben der geringen Vorlaufzeit für die Begutachtung im Nationalrat, auch umfangreiche Kritik aus den Reihen der im Gesetzestext genannten Mitwirkenden und anderer davon betroffener Personen, Berufsgruppen und Einrichtungen. Daneben fehlt es aus Sicht der Sterbewilligen und deren Angehöriger vor allem an der faktischen Mitwirkungspflicht von Ärzt*innen, Notariaten und Apotheken, sowie mangelnder Transparenz. So fehlen Verzeichnisse von Ärzt*innen, die Aufklärungsgespräche durchführen (Ausnahmen: Steiermark, Salzburg) und Notariaten, bei denen eine Sterbeverfügung errichtet werden kann. Letztlich gibt es auch keine Übersicht der Apotheken, über die das tödliche Präparat Natrium-Pentobarbital bezogen werden kann. Es ist zu hinterfragen, ob der Gesetzgeber die Hürde möglichst hoch setzen wollte, um Sterbewillige von ihrem Vorhaben abzubringen, oder bewusst darauf vergessen wurde. Auf Betroffene kommen dadurch neben gesundheitlichen-, auch noch psychische Belastungen zu. Vor allem Personen die bereits körperliche Einschränkungen erfahren, nicht (mehr) mobil sind, oder im fortgeschrittenen Alter, sind kaum in der Lage eine für assistierten Suizid notwendige Sterbeverfügung ohne fremde Hilfe zu errichten. Ein Blick auf die demografische Entwicklung zeigt, dass der Anteil älterer Personen in Österreich

im Ansteigen ist. Wenngleich die Menschen älter werden, ist die Anzahl an gesunden Lebensjahren bestenfalls konstant geblieben. So betrug beispielsweise die Lebenserwartung von Männern 2014 78,9 Jahre und stieg 2019 auf 79,3 Jahre an. Die Lebenserwartung in sehr guter Gesundheit für den gleichen Zeitraum sank jedoch von 65,9 auf 63,1 Jahre. Im selben Zeitraum ist die Lebenserwartung der Frauen von 83,7 auf 84 Jahre gestiegen, die gesunden Lebensjahre sind jedoch von 66,6 auf 64,7 Jahre ebenfalls gesunken (Statistik Austria, 27.10.2023). Es ist daher zu erwarten, dass die Zahl jener Personen, die assistierten Suizid begehen wollen, ansteigen wird. Dazu kommt, dass klassische Familien- und Pflegestrukturen vor allem in Ballungsräumen kaum mehr existieren und ältere Menschen sich daher entweder eigenständig entscheiden, oder aufgrund fehlender Unterstützung dazu gezwungen sind, ihre Wohnung oder ihr Haus zu verlassen und in eine Pflegeeinrichtung einzuziehen. Auch eine schwere Erkrankung kann Grund für die stationäre Aufnahme werden und Patient*innen das Errichten einer Sterbeverfügung fast unmöglich machen. Je nach Träger der Einrichtung, kann diese assistierten Suizid aus ethischen- oder Glaubensgründen ablehnen, was bei katholischen Einrichtungen meist schon im Leitbild verankert ist. Demnach müsste zumindest in öffentlichen Einrichtungen assistierter Suizid erlaubt sein, wenn auch nicht unterstützt werden. Wie gezeigt wurde, beruft man sich hier auf die unklare Rechtslage. Als Kompromiss wird Dienstnehmer*innen die Mitwirkung außerhalb ihrer Arbeitszeit erlaubt. Auch kann in öffentlichen Pflegeeinrichtungen rechtlich der Besuch von Sterbehelfer*innen nicht untersagt werden. Krankenanstalten nehmen hier nochmals eine Sonderstellung ein, da sie per Definition Kranke heilen sollen und der Wunsch zu sterben nicht als Krankheit verstanden wird. Auch fehlen in den Leistungskatalogen für die Verrechnung mit den Kassen entsprechende Positionen. Die Sorge als Sterbekrankenhaus oder Sterbepflegeheim wahrgenommen zu werden, stellt ein weiteres Argument für die ablehnende Haltung dieser Einrichtungen dar.

Die eingangs gestellte Forschungsfrage, ob nach Einführung des Sterbehilfegesetzes, in österreichischen Einrichtungen der Altenbetreuung und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung, Unterstützung für assistierten Suizid geleistet wird, kann daher nur mit „ja, aber“ beantwortet werden. Betrachten wir zunächst die Voraussetzungen für das Errichten der Sterbeverfügung so wird klar, dass bereits im Vorfeld, idealerweise noch bei voller Entscheidungsfähigkeit und guter Gesundheit eine Patientenverfügung errichtet und über eine mögliche Erwachsenenvertretung nachgedacht werden sollte. Auch jene Personen, die später einmal helfend zur Seite stehen werden, sollte man schon bald identifizieren und vor allem sicher sein, dass diese dann auch das Vorhaben begleiten wollen. Ein Familienmitglied stellt dabei noch nicht automatisch eine Garantie für die sichere Unterstützung dar, wählt man mehrere Personen aus, kann es zwischen ihnen zu unterschiedlichen Auffassungen kommen. Ein Ausweg aus dieser Lage könnten sogenannte Sterbehilfevereine, wie sie in der Schweiz zu finden sind, sein. Grundsätzlich erlaubt das Sterbeverfügungsgesetz auch Vereine, die ohne Gewinnerzielungsabsicht

arbeiten, diese sind aber aktuell nicht vorhanden. Fraglich ist, ob der Gesetzgeber ein Minimalangebot an am Prozess zwingend Mitwirkenden bereitstellen müsste, damit dem Recht auf assistierten Suizid auch eine faktische Möglichkeit zur Umsetzung gegenübersteht (Halmich & Klein, 2023, S. 107). Sind diese Voraussetzungen bedacht worden, ist die Wahl der Pflegeeinrichtung von Bedeutung. Hier ist zu empfehlen, die Leitbilder der Einrichtung im Vorfeld zu studieren oder bei der Auswahl aktiv zu erfragen. Auch hier ist bei öffentlichen Trägern davon auszugehen, dass die Durchführung eines assistierten Suizids aus rechtlichen Gründen nicht untersagt werden kann, jedoch eine Unterstützung bei der Errichtung der Sterbeverfügung und Mitwirkung bei der Selbsttötung nicht angeboten werden muss. Jedenfalls sollte in derartigen Einrichtungen zumindest externe Hilfe nicht untersagt werden können.

Wirft man einen Blick auf die Praxis in den Niederlanden ist allerdings zu beobachten, dass seitens der Sterbewilligen vermehrt Nachfrage nach aktiver ärztlicher Sterbehilfe besteht und ein wachsendes Interesse an Palliativversorgung zu beobachten ist (Niedermayr, 2022, S. 425). Obwohl in Verbindung mit dem Sterbeverfügungsgesetz zusätzliche Mittel vorgesehen wurden, geht der Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung nur schleppend voran. Wie in dieser Arbeit mehrfach gezeigt wurde, ist die aktuelle Versorgungslage unzufriedenstellend. Aktive Sterbehilfe durch Ärzt*innen ist in Österreich verboten, was mehrfach kritisiert wurde, da aus rechtlicher Sicht eigentlich kein Unterschied besteht, ob Sterbehilfe passiv oder aktiv geleistet wird. Diesbezüglich ist auf eine theologisch-ethische Untersuchung hinzuweisen, die das holländische Modell in Hinblick auf Dambrucheffekte untersucht und die Frage stellt, ob es gegenwärtig möglich sei in Mitteleuropa eine liberale Euthanasiepraxis einzuführen, ohne gleichzeitig eine Reihe unerwünschter Nebeneffekte oder extreme Ausweitungerscheinungen in Kauf nehmen zu müssen. In der Folge wird ebenfalls untersucht, ob die in der holländische Gesetzgebung vorgesehenen Sorgfaltskriterien und Sicherheitsmaßnahmen als Leitbild für andere Länder infrage kämen (Zimmermann-Acklin, 2002, S. 386).

7 Conclusio und Ausblick

Ärztlich assistierter Suizid ist in Österreich zwar nun rechtlich erlaubt, faktisch jedoch mit großen Hürden verbunden. Das gilt vor allem für Personen die sich in Einrichtungen der Altenbetreuung und Pflege, Hospiz- und Palliativversorgung aufhalten und aufgrund körperlicher Einschränkungen und Krankheit, auf fremde Hilfe angewiesen sind. Ein Detail am Rande: im Jahr 2021 starben in Österreich 1099 Personen an Suizid, was etwa dreimal so viele Personen sind, wie jene, die im Straßenverkehr zu Tode kamen (Sozialministerium [MSGPK], 29.10.2023). Wie bereits dargestellt, steigt die Suizidrate mit dem Alter an. Es ist daher zumindest verwunderlich, dass dem Thema Unfallvermeidung in Medien und in der öffentlichen Diskussion Platz eingeräumt wird, jedoch Suizidprävention kaum Erwähnung findet. Positiv anzumerken ist jedoch ein gestiegenes Angebot an psychologischer und psychotherapeutischer

Unterstützung. Letztlich ist die öffentliche und transparente Auseinandersetzung mit Suizid eine politische Entscheidung und soll an dieser Stelle auch nicht weiterverfolgt werden. Was aber wünschen sich Österreicher*innen wirklich und was ist aus Sicht der Pflegeeinrichtungen notwendig, um Unterstützung beim ärztlich assistierten Suizid anzubieten? Die in der Arbeit dargelegten Kritikpunkte sind zu einem großen Teil von persönlichen Interessen der Mitwirkenden getragen: Rechtsanwaltskanzleien wünschen sich eine Gleichstellung mit Notariaten, Spitäler rufen nach gesetzlichen Regeln und zusätzlichen Möglichkeiten zur Verrechnung ihrer Leistungen, aber die eigentlich Betroffenen, Sterbewillige und deren Angehörige, nehmen in dieser Diskussion eher eine Randposition ein. Angesichts einer gesellschaftlichen Entwicklung in Österreich, in der die persönliche Würde und das Recht auf Selbstbestimmung in allen Lebenslagen immer wichtiger werden, ist die Frage zu stellen, was das konkret für Österreicher*innen bedeutet. Soll passive um aktive ärztliche Sterbehilfe ergänzt werden, was aus juristischer Sicht keinen Unterschied machen würde? Soll der im Gesetz aufgezählte Katalog schwerer Erkrankungen, als Voraussetzung für das Errichten einer Sterbeverfügung erweitert werden, oder gar nicht erst an das Vorliegen einer Erkrankung angeknüpft werden und eine Selbsttötung auch aus wohlüberlegten Gründen möglich sein? Ist für Suizid auch ein altruistischer Ansatz, etwa zugunsten des Gemeinwohls (Halmich, 2021, S. 96) denkbar, oder darf die Entscheidung für Sterben und Tod mit anderen Werten, Prinzipien, Überzeugungen, Wünschen und Lebensqualität verglichen und abgewogen werden? Ist es legitim, psychisch Kranke oder Personen mit Demenzerkrankung von assistierter Selbsttötung im Vorhinein auszuschließen? Benötigt es Sterbehilfeangebote die ein Sterben im Kreis der Angehörigen ermöglichen, wie beispielsweise in den Niederlanden, wo 80% der Menschen zu Hause sterben können (Halmich & Klein, 2023, S. 94)? In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, warum sich in Österreich bislang keine Sterbehilfeorganisationen etabliert haben, wo doch zumindest in öffentlichen Pflegeeinrichtung die Unterstützung durch externe Personen möglich wäre. Und wäre es nicht auch eine gesetzliche Verpflichtung, in öffentlichen Krankenanstalten die im Gesetz genannten Leistungen (ärztliche Aufklärung, Dokumentation und Hilfestellung) anzubieten (Niedermayr, 2022, S. 484)? Wie diese Arbeit gezeigt hat, werden Sterbewünsche oftmals zu Gunsten einer Palliativversorgung aufgegeben. Viele Menschen wünschen sich ein Sterben daheim, dazu könnten auch mobile Palliativangebote beitragen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass vor jedweder Änderung des Sterbeverfügungsgesetzes eine empirische Untersuchung unter Österreicher*innen notwendig wäre, um zumindest einen Teil der hier skizzierten Fragen zu beantworten. Es liegt daher nahe, diesen Fragen in einer nachfolgenden Untersuchung auf den Grund zu gehen.

Literaturverzeichnis

- Auner, Notburga. (2014). Katholische Kirche zu Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen (Euthanasie). *Imago Hominis*. <https://www.imabe.org/imabeinfos/katholische-kirche-zu-suizidbeihilfe-und-toetung-auf-verlangen-euthanasie>
- Beneker, Christian. (2015). Pro und Kontra Sterbehilfe: Verhindert die Scheu vor der Selbsttötung den Dambruch? *medscape*, 20.8.2015. <https://deutsch.medscape.com/artikelan-sicht/4903983>
- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. (2016). Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission. *Jahrbuch Für Wissenschaft Und Ethik*, 20(1), 313–336. <https://doi.org/10.1515/jwiet-2016-0120>
- Brunner, Jürgen, Anegg, Hildegard, Baubin, Michael, Bellmann, Romuald, Doppler, Thomas, & Ganner, Michael. (2022). Medical Ethics Position of the Clinical Ethics Committee on the Judgment of the Constitutional Court G 139/2019 of 11 December 2020 from the Viewpoint of a Public Hospital/Medizinethische Stellungnahme des Klinischen Ethikkomitees zum Urteil des Verfassungsgerichtshofs G 139/2019 vom 11. Dezember 2020 aus der Sichtweise einer öffentlich-rechtlichen Krankenanstalt. *Springer Journals*, Vol.57(4). <https://doi.org/10.1007/s00608-022-01000-0>
- Burda, Gloria. (2022). Das neue StVfG und die Novelle des § 78 StGB. Eine kritische Analyse der seit 1.1.2022 geltenden Rechtslage zum assistierten Suizid. *Recht der Medizin (RdM)*, 2022/02, 88–93.
- Czypionka, Thomas, Krau, Markus, & Röhrling, Gerald. (2022). *Perspektiven der Leistungs- und Kostenentwicklung in der Onkologie* (S. 150) [Studie]. Institut für Höhere Studien. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6546/10/ihs-report-2023-czypionka-krau-roehrling-perspektiven-leistungen-kosten-onkologie.pdf>

- Darwin, Charles & Carus, Julius Victor. (1872). *Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl: Oder die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe um's Dasein*. Schweizerbart.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (AWMF). (2021). *S3-Leitlinie Palliativmedizin-Kurzversion*. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Feichtner, Angelika. (2022). *Assistierter Suizid aus Sicht der Pflege*. Facultas.
- Feldner-Zimmermann, Monika & Plank, Astrid (Regisseure). (2023, August 29). Sterbehilfe auf dem Prüfstand. Wie sieht die Sterbehilfe in Österreich in der Praxis aus? In *ORF Ö1*.
- Gauthier, Saskia, Mausbach, Julian, Reisch, Thomas, & Bartsch, Christine. (2015). Suicide tourism: A pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*, 41(8), 611–617.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102091>
- Großschädl, Franziska. (2015, 1. April). *Sterbehilfe: Aktuelle Studie* [Pressemitteilung].
https://www.medunigraz.at/frontend/user_upload/dokumente/news-archiv/2015/2015-04-01 - Sterbehilfe Aktuelle Studie.pdf
- Halmich, Michael. (2021). Assistierter Suizid ab 2022: Rechtlicher Rahmen, Diskussionspunkte und das neue Sterbeverfügungsgesetz. *Pflege Professionell*. <https://pflege-professionell.at/assistierter-suizid-ab-2022-rechtlicher-rahmen-diskussionspunkte-und-das-neue-sterbeverfuegungsgesetz>
- Halmich, Michael & Klein, Andreas. (2023). *Selbstbestimmtes Sterben: Sterbehilfe, assistierter Suizid, Sterbeverfügung in Österreich: Rechtliche & ethische Aspekte*. Educa.
- Hamburger, Joseph. (1999). *John Stuart Mill on Liberty and Control*. Princeton University Press.
- IfD-Allensbach. (2010). *Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Sterbehilfe1.pdf
- Institut für Suizidprävention Graz (2018). *Statistiken*. <https://www.ifsg.at/suizidalitaet/statistik>
- Jungwirth, Katja. (2023, Juli 10). Über selbstbestimmtes Leben und Sterben. *Der Standard*.
<https://www.derstandard.at/story/3000000177985/das-ende-das-sie-sich-w252nscht?ref=article>

- Kant, Immanuel. (2001). *Metaphysik der Sitten* (Ebeling, Hans, Hrsg.). Reclam.
- Libet, Benjamin. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *The Behavioral and brain sciences*, Vol.8(4), 529–539.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00044903>
- Mackor, A. R. (2016). Sterbehilfe in den Niederlanden. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 128(1). <https://doi.org/10.1515/zstw-2016-0002>
- Mau, Jens. (2017). Neuer Hippokratischer Eid: Ärzte modernisieren Genfer Gelöbnis. *kma - Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, Vol. 22(11/2017). <https://doi.org/10.1055/s-0036-1594892>
- Maxime, May M. (2021). Sterbebegleitung und Assistierter Suizid: Die Bedeutung der neuen Rechtsgrundlagen für Träger von Gesundheitseinrichtungen und das dort tätige Gesundheitspersonal. *Journal für Medizin- und Gesundheitsrecht*, Vol.2021(4), 187–193.
<https://doi.org/10.37942/jmg202104018701>
- Niedermayr, H. (2022). *Sterbehilfe in Österreich: Ein liberaler Gesetzesentwurf und dessen ethische Erörterung anhand ausgewählter Fragestellungen*. Jan Sramek Verlag.
- Österreichischer RechtsanwaltsKammertag (ÖRAK). (2022). 3 Fragen an ... Georg Kathrein. *Anwaltsblatt Feber 2022*, 2022/51. https://www.oerak.at/fileadmin/user_upload/Anwaltsblatt/22_anwbl02.pdf
- Teichmann, F., & Camprubi, M. (2021). Regelung der Sterbehilfe in der Schweiz und in Deutschland. *Medizinrecht*, 39(2), 141–146. <https://doi.org/10.1007/s00350-020-5790-x>
- Walter, Sven. (2017). Précis zu Illusion freier Wille? Grenzen einer empirischen Annäherung an ein philosophisches Problem. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, Vol.71(3), 407–412.
<https://doi.org/10.3196/004433017821835696>
- Zimmermann-Acklin, Markus. (2002). *Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung*. Herder.

Onlinequellen

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782> [Abruf am 22.08.2023]

<https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/3.html> [Abruf am 22.08.2023]

https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/erwachsenenvertretung_und_vorsorgevollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900326.html [Abruf am 22.08.2023]

https://www.oesterreich.gv.at/themen/leben_in_oesterreich/demokratie/3/Seite.2230005.html#:~:text=Gesetzesvorschlag%20werden%20in%20der%20Regel,zu%20dem%20vorgeschlagenen%20Gesetz%20ab. [Abruf am 26.08.2023]

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission.html> [Abruf am 26.08.2023]

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>, [Abruf am 26.08.2023]

<https://ifsg.at/suizidalitaet/statistiken/> [Abruf am 27.08.2023]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/weiterfuehrende-bevoelkerungsstatistiken/religionsbekenntnis> [Abruf am 29.08.2023]

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285> [Abruf am 08.09.2023]

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2004_I_12/BGBLA_2004_I_12.html [Abruf am 08.09.2023]

<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1958/210/A2/NOR12016933> [Abruf am 08.09.2023]

<https://www.ris.bka.gv.at/eli/jgs/1811/946/P253/NOR40193059> [Abruf am 20.09.2023]

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Abruf am 20.09.2023]

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/800126/umfrage/suizide-und-todesfaelle-infolge-von-selbstbeschaedigung-in-oesterreich-nach-alter/> [Abruf am 23.10.2023]

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1379603/umfrage/umfrage-zur-persoelichen-einstellung-zu-assistiertem-suizid-in-oesterreich/> [Abruf am 23.10.2023]

<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung-in-gesundheit> [Abruf am 27.10.2023]

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [Abruf am 20.09.2023]

https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:0f43ba94-ab2d-48b5-8756-015e50b27f76/Suizidbericht_2022_Endversion.pdf [Abruf am 29.10.2023]

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sterbehilfe im Ländervergleich	12
-------------------------------------------------	----