



FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT



Assistierter Suizid

Rechtliche Aspekte zum neuen Sterbeverfügungsgesetz

Medizinische Universität Wien | Seminarreihe: Freier Wille und Medizin
17. November 2022 (15-18 Uhr)

Dr. Michael Halmich LL.M.
Jurist & Ethikberater im Gesundheitswesen



Verfassungsgerichtshof



Vier Antragsteller brachten 2019 einen Antrag beim VfGH ein.

Die Strafnorm „Mitwirkung am Selbstmord“ verwehre ihnen ein selbstbestimmtes Sterben.



VfGH-Erkenntnis vom 10.12.2020:

- Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben.
- Dazu gehört auch das Recht des Suizidwilligen, die Hilfe einer dazu bereiten anderen Person in Anspruch zu nehmen.
- Grundvoraussetzung: Freie Entscheidung / Selbstbestimmung!
- Strafbarkeit der Suizidassistentz wird mit Ende 2021 aufgehoben.



Seit 1.1.2022

Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Errichtung von Sterbeverfügungen

([Sterbeverfügungsgesetz – StVfG](#)) – zudem: [Parlamentarische Gesetzesmaterialien](#)

zudem kundgemacht: [Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung](#)

BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2021
Ausgegeben am 31. Dezember 2021
Teil I
242. Bundesgesetz: Sterbeverfügungsgesetz sowie Änderung des Suchtmittelgesetzes und des Strafrechtsgesetzbuches
(NR: GP XXVII RV 1177 AB 1255 S. 137. BR: 10806 AB 10837 S. 936.)

242. Bundesgesetz, mit dem ein Sterbeverfügungsgesetz erlassen wird sowie das Suchtmittelgesetz und das Strafrechtsgesetzbuch geändert werden
Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1
Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG)

1. Abschnitt Allgemeine Bestimmungen

Anwendungsbereich, Zweck

- § 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Sterbeverfügungen zum Nachweis eines dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung.
- (2) Eine Sterbeverfügung kann nur wirksam errichtet werden, wenn die sterbewillige Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich hat oder österreichische Staatsangehörige ist.
- (3) Die Voraussetzungen, die Wirkungen und die Beendigung einer Sterbeverfügung richten sich nach österreichischem Recht.

BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2022
Ausgegeben am 17. Jänner 2022
Teil II
16. Verordnung: Sterbeverfügungs-Präparate-V – StVf-Präp-V

16. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die Festlegung von Präparaten im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes (Sterbeverfügungs-Präparate-V – StVf-Präp-V)
Aufgrund des § 11 Abs. 6 des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021, wird verordnet:

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Regelungsgegenstand
- § 2 Bestimmung der zulässigen Präparate
- § 3 Einnahmeform
- § 4 Dosierung des Präparats
- § 5 Notwendige Begleitmedikation
- § 6 Verpackung und Etikettierung
- § 7 Inkrafttretensbestimmung

Was ist erlaubt?

**Kranke, entscheidungsfähige Erwachsene
dürfen straffrei Suizidassistenz
in Anspruch nehmen.**

Grundvoraussetzung: dauerhafter, freier und selbstbestimmter Entschluss zur Selbsttötung.

Wer ist ausgeschlossen?

Kinder / Jugendliche

Gesunde Menschen





CHRONIK

Assistierter Suizid: Salzburgerin gestorben

Die 57-jährige Andrea Mielke hat sich als erste Salzburgerin für den assistierten Suizid entschieden. Wegen eines seltenen Gendefekts war sie zeitlebens auf den Rollstuhl angewiesen und setzte sich seit ihrer Jugend für ein selbst bestimmtes Leben mit Behinderung ein. Donnerstagabend ist Andrea Mielke verstorben.

15. April 2022, 13.46 Uhr (Update: 15. April 2022, 15.33 Uhr)

Teilen



Grober Überblick

- Kranke, entscheidungsfähige Erwachsene dürfen straffrei Suizidassistenten in Anspruch nehmen.
- Grundvoraussetzung: dauerhafter, freier und selbstbestimmter Entschluss zur Selbsttötung.
- Prozedere:
 - Aufsuchen zweier Ärzt:innen (eine/r benötigt palliativmedizinische Qualifikation): Aufklärung, Beratung, Bestätigung
 - Nur bei Hinweis auf krankheitswertige psychische Störung: Vorab Abklärung durch FA Psychiatrie oder klin. Psychologie
 - Sterbeverfügung wird errichtet im Notariat oder bei der Patientenvertretung (Landeshauptstädte). Rechtsbelehrung.
 - Zeitverstreich bis Errichtung: mind. 12 Wochen nach erster ärztl. Aufklärung (nur bei terminaler Phase: mind. zwei Wochen)
 - Sterbeverfügung dann ein Jahr gültig.
 - Dazu bereite Apotheke gibt Präparat aus (letale Dosis Natrium-Pentobarbital und nötige Begleitmedikation).
 - Sterbeverfügungsregister
 - Freiwilligkeit der Mitwirkung, Benachteiligungsverbot | Werbeverbot und Verbot wirtschaftlicher Vorteile



Vier Stufen

Ärztlicher Part	Juristischer Part	Öffentl. Apotheke	Sterbeort
2x Allgemeinmediziner:in oder FÄ (1x Pall) PSYCH-Abklärung bei Bedarf	Notariat Patientenvertretung (12 Wochen 2 Wochen)	Abgabe Natrium-Pentobarbital + Begleitmed.	Einnahme oder Nichteinnahme? Ort soll sich die sterbewillige Person selbst aussuchen!

1.

2.

3.

4.

Wer?

Die sterbewillige Person muss sowohl im Zeitpunkt der ärztl. Aufklärung als auch im Zeitpunkt der Errichtung der Sterbeverfügung **volljährig und entscheidungsfähig** sein. Die Entscheidungsfähigkeit muss zweifelsfrei gegeben sein.

Zudem muss die sterbewillige Person **krank** sein.



Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die

- an einer **unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit** oder
- an einer **schweren, dauerhaften Krankheit** mit **anhaltenden Symptomen** leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen;

wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.

Und psychisch Erkrankte?

- Bei den Krankheitsvarianten wird im Gesetz nicht zwischen somatischer und psychischer Erkrankung unterschieden, sodass jede zum Tod führende oder schwere Krankheit ausreicht.
- **Conclusio:** Entscheidungsfähige Personen mit psychischer Erkrankung sind nicht per se von der Sterbeverfügung ausgeschlossen. Aber genaue Prüfung nötig!
- Gesetzesmaterialien: „Bei einem ausschließlich aufgrund und im Zustand einer psychischen Krankheit gefassten Sterbewunsch wird in der Regel keine Entscheidungsfähigkeit vorliegen.“

Regierungsvorlage 1177, S. 13



Ärztlicher Part

Der Errichtung einer Sterbeverfügung hat eine Aufklärung durch **zwei ärztliche Personen** voranzugehen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, und die unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat.

Mindest-Aufklärungsinhalte:

- mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen, sowie einen Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder auf andere Vorsorgeinstrumente, insbesondere Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog,
- einen Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung,
- einen Hinweis auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote,
- die Dosierung des Präparats (Natrium-Pentobarbital) und die für die Verträglichkeit des Präparats notwendige Begleitmedikation und
- Art der Einnahme des Präparats, Auswirkungen und mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparats und dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Behandlungen abgelehnt werden können.

Sterbeort

Nach der Konzeption des Gesetzes soll sich die sterbewillige Person [...] durch Vorlage ihrer Sterbeverfügung binnen eines Jahres nach der Errichtung das Präparat bei einer Apotheke abholen und dieses dann – **in dem von ihr gewählten, privaten Rahmen** – zu sich nehmen können.

Regierungsvorlage 1177, S. 5

Selbsttötung: Eingesetztes Präparat

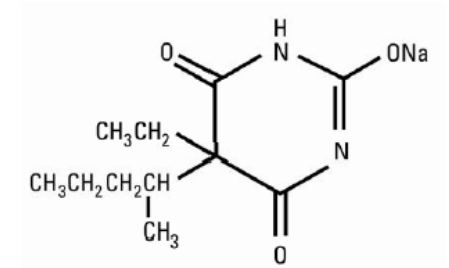
Natrium-Pentobarbital (Handelsname „Nembutal“)

=> Applikationsweg?

Durch [Verordnung](#) nun klargestellt:

Das Präparat Natrium-Pentobarbital kann als magistrale Rezeptur wie folgt eingenommen werden:

- orale Zubereitung (orale Applikation oder Applikation mittels PEG-Sonde) oder
- intravenös mit Infusion.



– Dieses Präparat wirkt lt. VO in der Dosierung von 15g des Reinwirkstoffs in beiden Einnahmeformen bei vollständiger Einnahme verlässlich letal.

– Rezeptur oral: 121,85 g (= 100 ml) | Haltbarkeit: ungeöffnet 1 Monat unter 25 °C
ca. EUR 52,00 (keine Kassenleistung)

Erste Erfahrungen I

- Großes Schulungsinteresse bei den Gesundheits-, Sozial- und Rechtsberufen!
- **Es haben bereits 12 Personen nach diesem Gesetz Suizidassistentz in Anspruch genommen.**
(Bericht von bürokratischen Hürden, Suche nach Ärzt:innen zur Beratung/Begutachtung schwierig!)
- Ca. 100 Personen haben schon ärztliche Aufklärungsgespräche vorgenommen.
- Zahlreiche Leitlinien zum Umgang in Institutionen – Spitäler I Pflegezentren I mob. Dienste
(auffällig: aktive Unterstützung bzw. Aufnahme in Angebotspalette selten, jedoch Begleitung in Einzelsituationen wird eingeräumt;
Einzelentscheidung der vor Ort tätigen Teams)

Erste Erfahrungen II

- Gesundheitsberufe melden großteils Überforderung im Umgang mit Äußerungen von Personen in Bezug auf Suizidwünsche; Suizidthema vielfach (noch) Tabuthema!
(=> Hinweis z.B. zur [OPG-Handreichung](#) zum Umgang mit Sterbe- und Suizidwünschen)
- Haltung zum Thema: Von erster Ablehnung zur Themenannäherung?
(z.B. in Gesprächen mit Personen aus dem Bereich der Palliative Care und der Psychiatrie)
- [ascirs.at](#) => Berichts- und Lernsystem der Österreichischen Palliativgesellschaft ist online!
(Sammlung von Erfahrungsberichten, Grundlage für Leitlinien, Forschung | bereits schon über 40 Einmeldungen!)

Welche Erfahrung möchten Sie uns mitteilen?

Assistierter Suizid
vollendet



» zum Bericht

Assistierter Suizid
abgebrochen



» zum Bericht

Assistierter Suizid
angefragt



» zum Bericht

Hinweis zum Schluss

ORF 2: Sendung „THEMA“ vom 14.11.2022: Selbstbestimmt Sterben – 10 Monate Assistierter Suizid



[Link](#) (7 Tage abrufbar)





FORUM
GESUNDHEITS-
RECHT

Dr. iur. Michael Halmich LL.M.

halmich@gesundheitsrecht.at

www.gesundheitsrecht.at

(mit regelm. Newsletter!)



Bücher: www.educa-verlag.at

educa
verlag

Freier Wille und Medizin

Wahrnehmungen und Perspektiven der Palliativmedizin

Betätigungsfeld der Palliativmedizin

Organisation und Auswirkungen der Palliativmedizin

Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ursprung von Sterbewünsche von Palliativpatient:innen und deren Umsetzung





Freier Wille und Medizin

Wahrnehmungen und Perspektiven der Palliativmedizin

Betätigungsfeld der Palliativmedizin/ Palliative Care

Organisation und Auswirkungen der Palliativmedizin

Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ursprung von Sterbewünsche von Palliativpatient:innen
und deren Umsetzung

Cicely Saunders

22. Juni 1918 in Barnet, Hertfordshire; † 14. Juli 2005 in London



St Joseph's Hospice, 1960



„Total Pain“

physisch
psychisch
sozial
spirituell

Saunders, C. BMJ 1996;313:1599-1601

WHO Definition von „Palliative Care“ (2002)

Palliative care is an approach that improves the quality of life in patients and their families

facing the problems associated with the life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering

by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Welche Erkrankungen

Krebserkrankungen

Nervenerkrankungen

AMYOTROPHE LATERALSKLEROSE, WACHKOMA, **DEMENZ**

Lungenerkrankungen

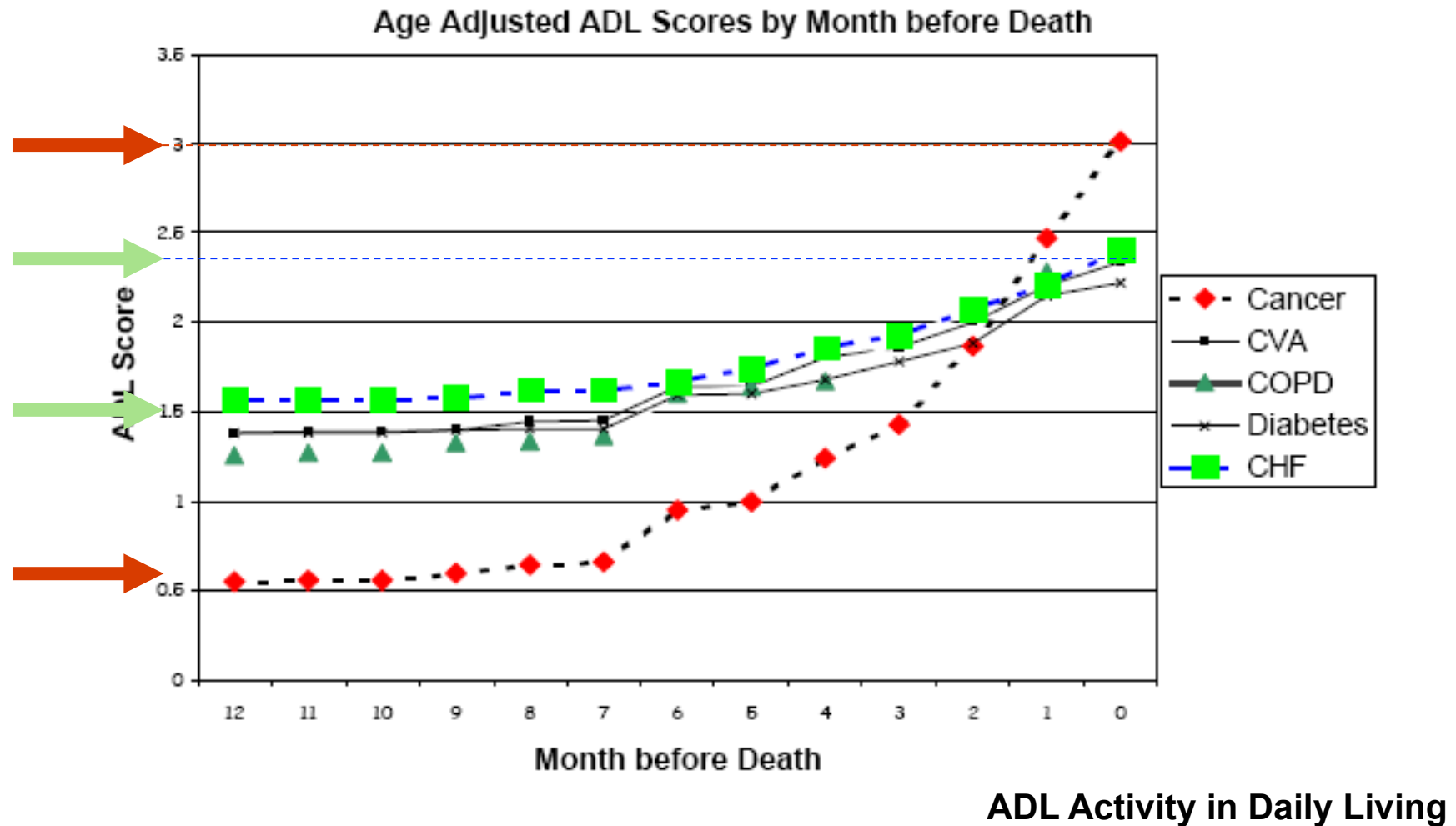
CHRONISCH OBSTRUKTIVE LUNGENERKRANKUNG

Herzerkrankungen

KARDIOMYOPATHIE

Teno JM Dying trajectory in the last year of life:
Does cancer trajectory fit other diseases
J Pall medicine 4:457-464, 2001

KRANKHEITSVERLAUF VERSCHIEDENER PATIENTENGRUPPEN

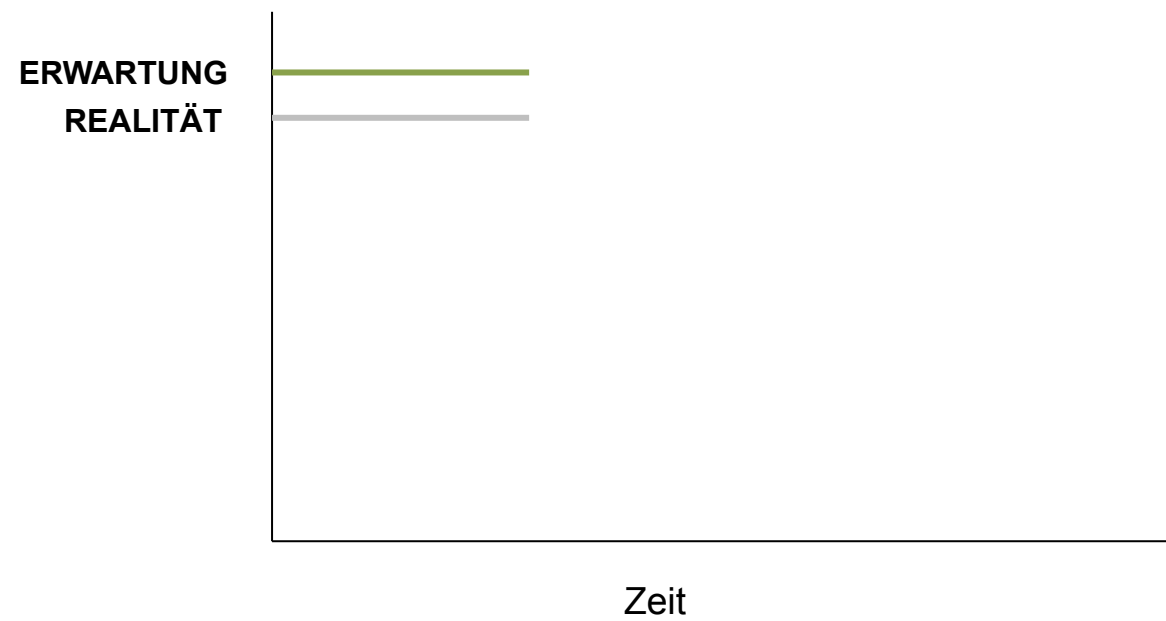


„Würde ich einmal einfach nicht mehr aufwachen.

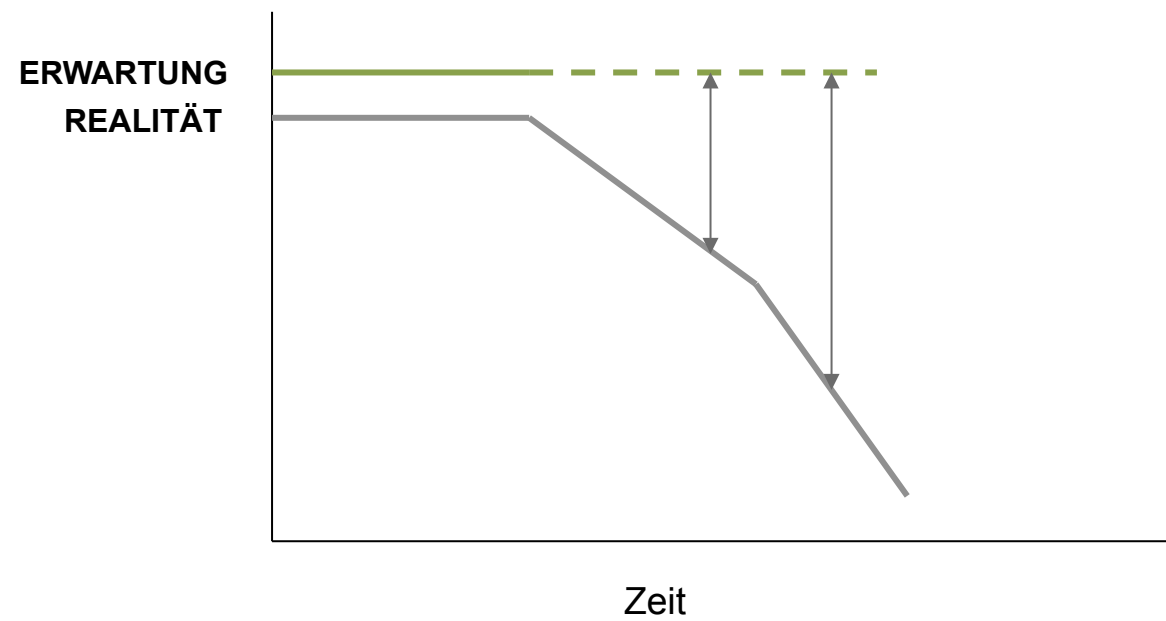
Das wäre mir jetzt schon das Liebste“



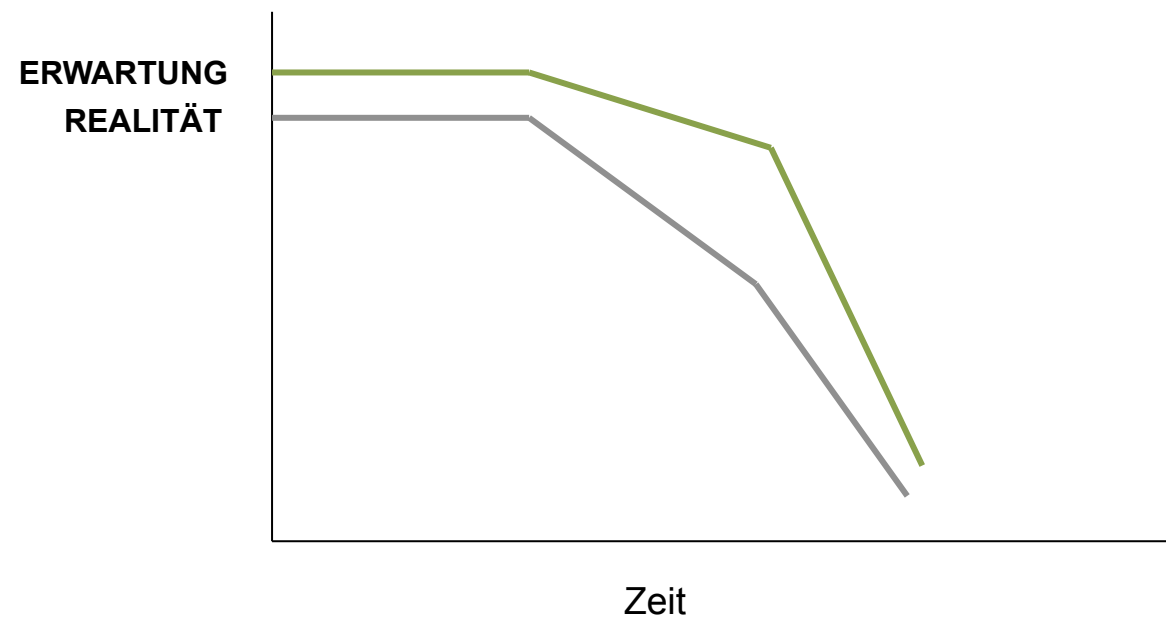
DAS „CALMAN GAP“



DAS „CALMAN GAP“



DAS „CALMAN GAP“



Freier Wille und Medizin

Wahrnehmungen und Perspektiven der Palliativmedizin

Betätigungsfeld der Palliativmedizin/ Palliative Care

Organisation und Auswirkungen der Palliativmedizin

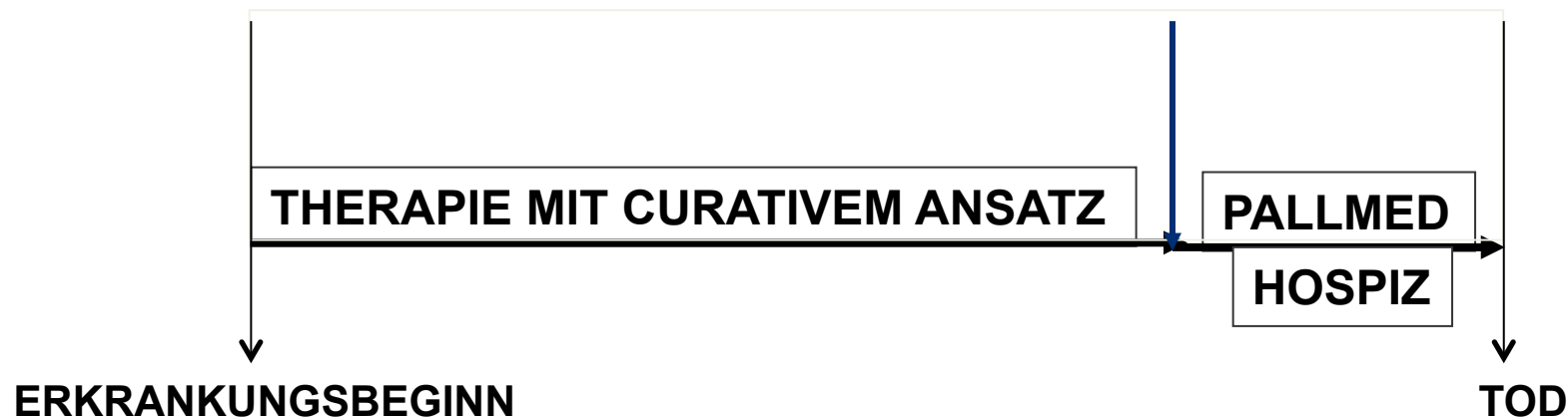
Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ursprung von Sterbewünsche von Palliativpatient:innen
und deren Umsetzung

WANN BEGINNT PALLIATIVE CARE

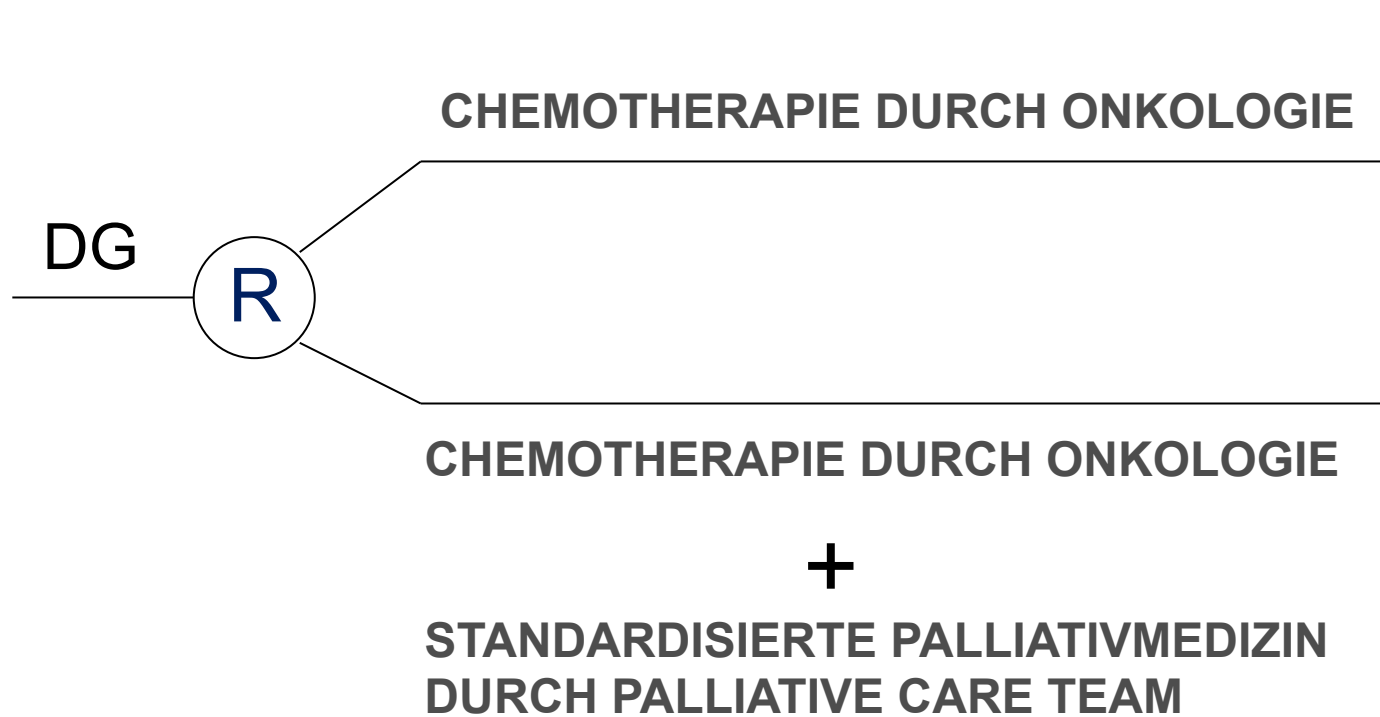
DER FRÜHER ÜBLICHE ANSATZ

HEILBAR vs UNHEILBAR
CURATIV vs PALLIATIV



**155 PATIENTEN
DG.: N. BRONCHI IV**

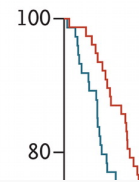
**3 JAHRE
FOLLOWUP**



JS Temel et al; NEJM 363:733, Aug 2010

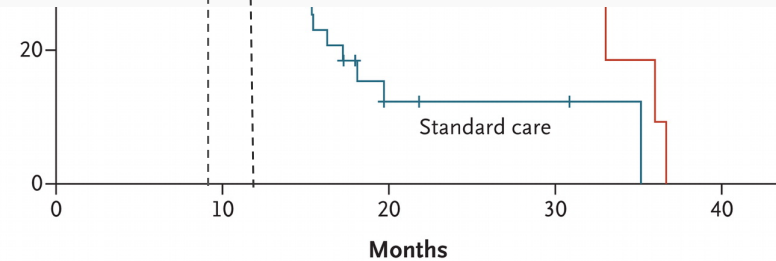
„EARLY PALLIATIVE CARE“

PATIENTEN IN DER „PALLIATIVGRUPPE“



WAS GENAU HAT DAS
PALLIATIV TEAM
GEMACHT ??

SIGNIFIKANT LÄNGERES ÜBERLEBEN



Checklist

- **Illness understanding/education**

Inquire about illness and prognostic understanding

- **Symptoms**

„End-of-Life Discussions“

- **Inquire**

ary

- **Inquire** about coping with life threatening illness

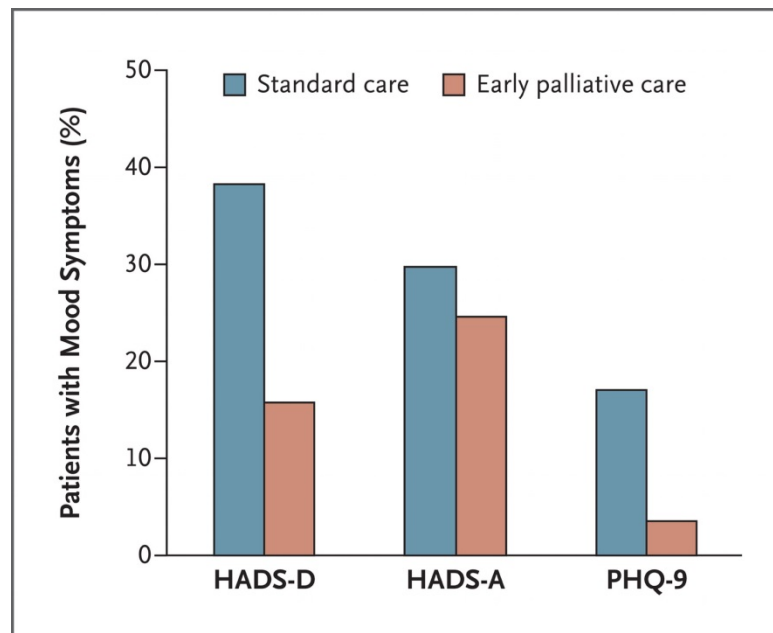
Patient

Family/family caregivers

- **Referrals/Prescriptions**

WAS BEWIRKEN FRÜHE END-OF-LIFE DISCUSSIONS NICHT

„Verlust der Hoffnung“



NEJM 363:733, Aug 2010

WHO

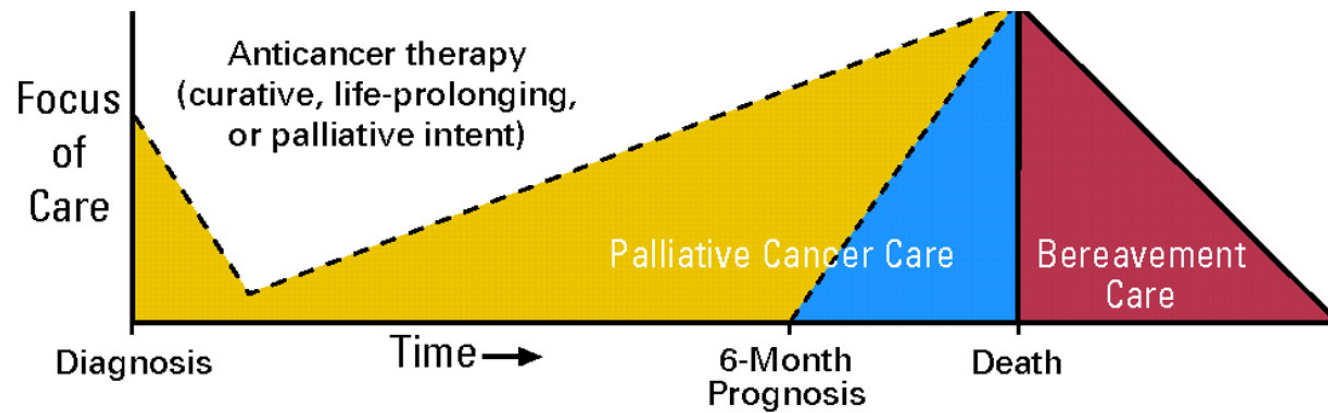
Ideally palliative care services should be provided from the time of diagnosis, adapting to the increasing needs of cancer patients and their families as the disease progresses.

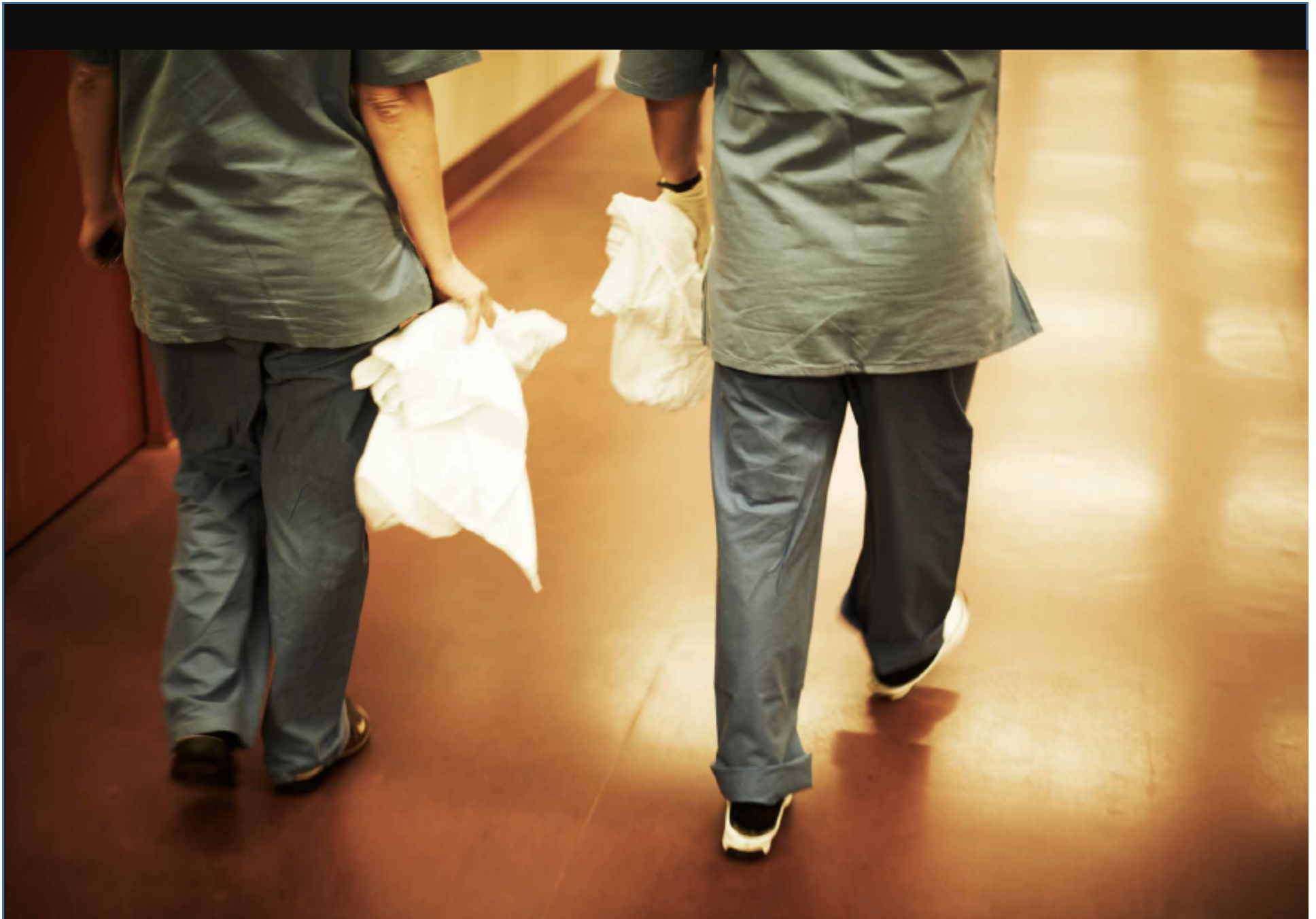
Palliative care is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Palliative care intends neither to hasten nor postpone death but to enhance quality of life; however, it may sometimes positively influence the course of illness and survival.

PALLIATIVMEDIZIN HEUTE

KURATIV UND PALLIATIV





N.mammae Erguss

Palliative Sedierungstherapie

Freier Wille und Medizin

Wahrnehmungen und Perspektiven der Palliativmedizin

Betätigungsfeld der Palliativmedizin/ Palliative Care

Organisation und Auswirkungen der Palliativmedizin

Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ursprung von Sterbewünsche von Palliativpatient:innen
und deren Umsetzung

Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ideally palliative care services **should be provided from the time of diagnosis**, adapting to the increasing needs of cancer patients and their families as the disease progresses.

Palliative care is applicable early in the course of illness, **in conjunction with other therapies such as chemotherapy or radiation therapy**, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Palliative care **intends neither to hasten nor postpone death** but to enhance quality of life; however, it may sometimes positively influence the course of illness and survival.

Early palliative care also reduces unnecessary hospitalizations and the use of health care services.

Freier Wille und Medizin

Wahrnehmungen und Perspektiven der Palliativmedizin

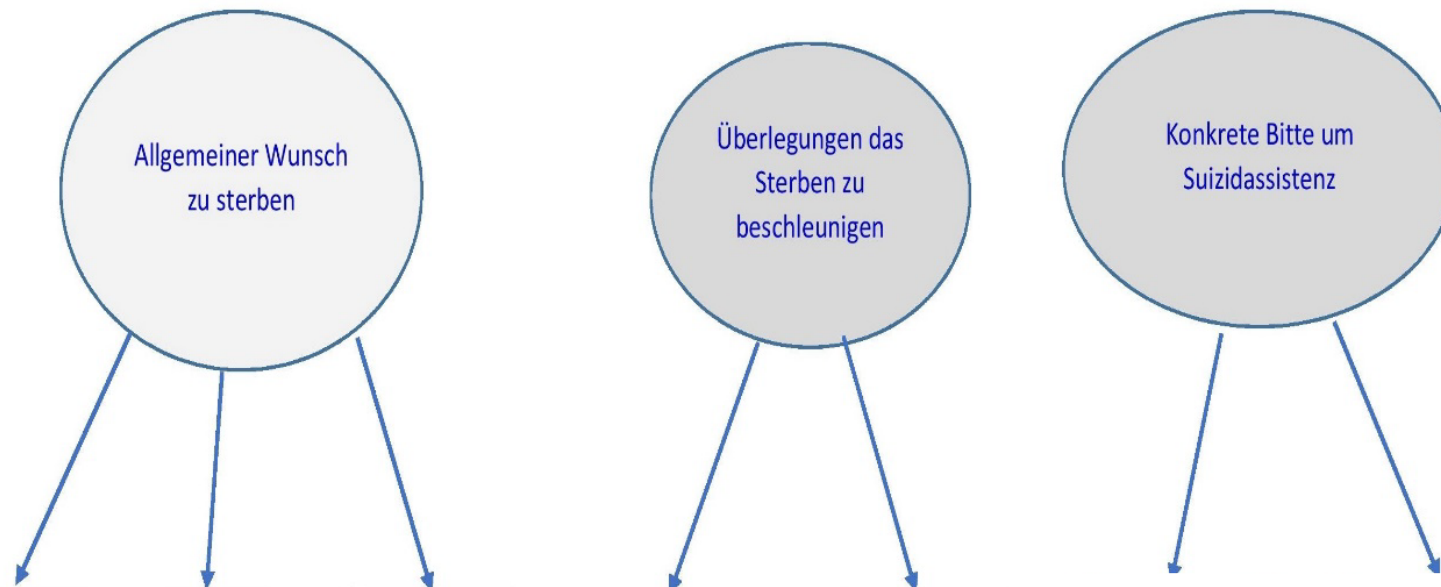
Betätigungsfeld der Palliativmedizin/ Palliative Care

Organisation und Auswirkungen der Palliativmedizin

Aufgaben und Haltungen von Palliativmediziner:innen

Ursprung von Sterbewünsche von Palliativpatient:innen
und deren Umsetzung

Ausprägungen von Sterbewünschen



Ziele im Umgang mit dem Sterbewunsch

1. **Wahrnehmen und Erkennen:** die Äußerung eines Sterbewunsches muss von den Betreuenden erkannt und respektvoll anerkannt werden.

2. **Verstehen:**

Damit ist ein Verständnis des Sterbewunsches vor dem Hintergrund der medizinischen, psychischen und sozialen Situation, der Persönlichkeit und der Lebenserfahrung der Patient*innen verbunden.

Es geht um die empathische Begleitung durch die professionell Betreuenden, um einen bedeutungsfindenden Prozess der Patient*innen, ggf. auch unter Einbezug der Angehörigen.

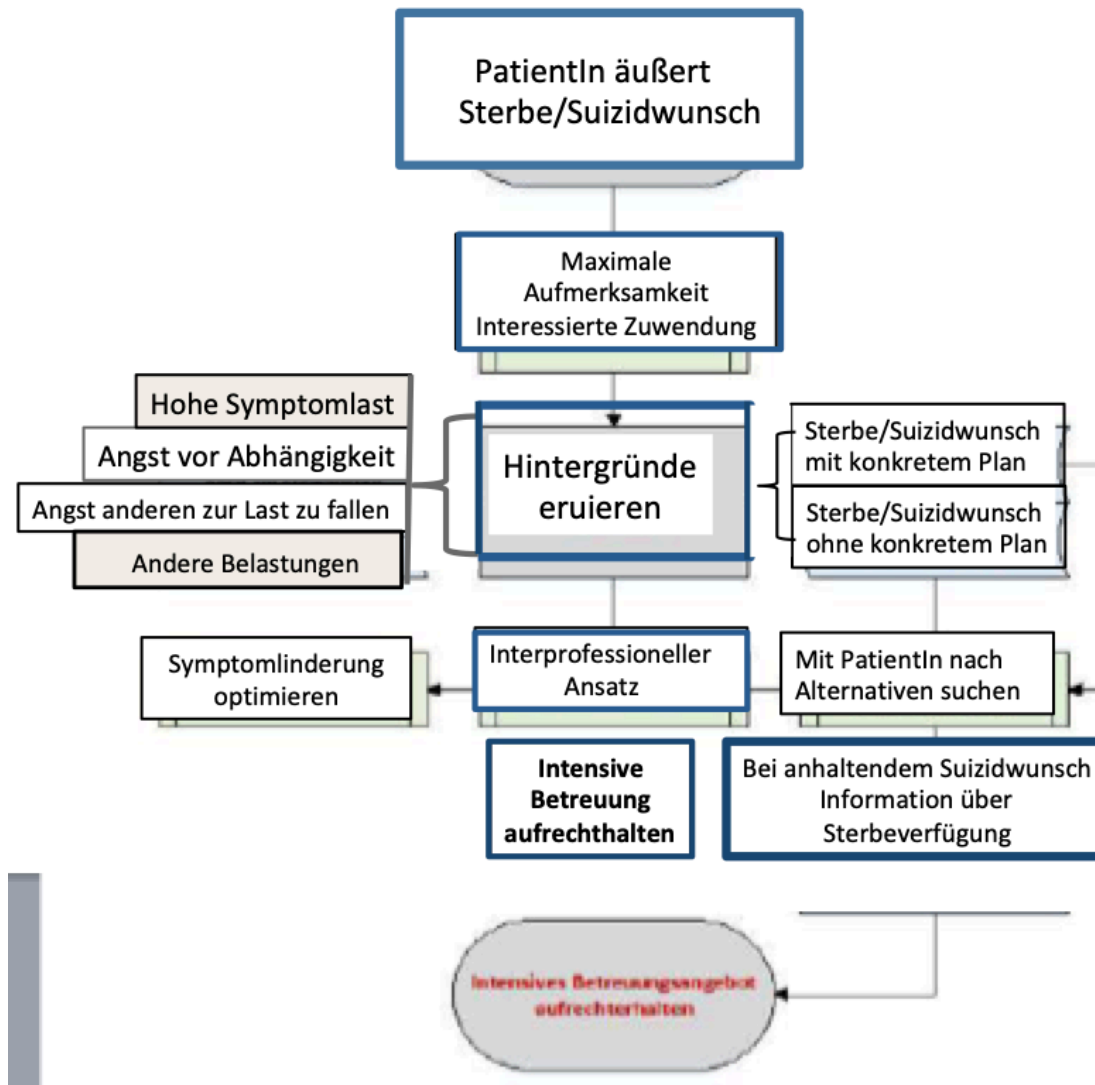
3. **Kompetente Unterstützung:**

Es ist die Aufgabe des Gesundheitspersonals, die Patient*innen zu begleiten, was nicht zwangsläufig das Ergreifen von direkten Maßnahmen, sondern womöglich „nur“ das aktive Mit-Aushalten des Leides bedeutet, ohne eine Antwort darauf geben zu können oder gar den Sterbewunsch zu beurteilen.

Sofern möglich und gewünscht, sollte das dem Sterbewunsch zugrunde liegende Leid durch konkrete bio-psycho-sozial-spirituelle Interventionen gelindert werden.

4. Suizidprävention

Einer Selbsttötung bzw. einem Selbsttötungsversuch sollte durch **intensive Betreuung** und das gemeinsame Bemühen um Alternativen vorgebeugt werden.





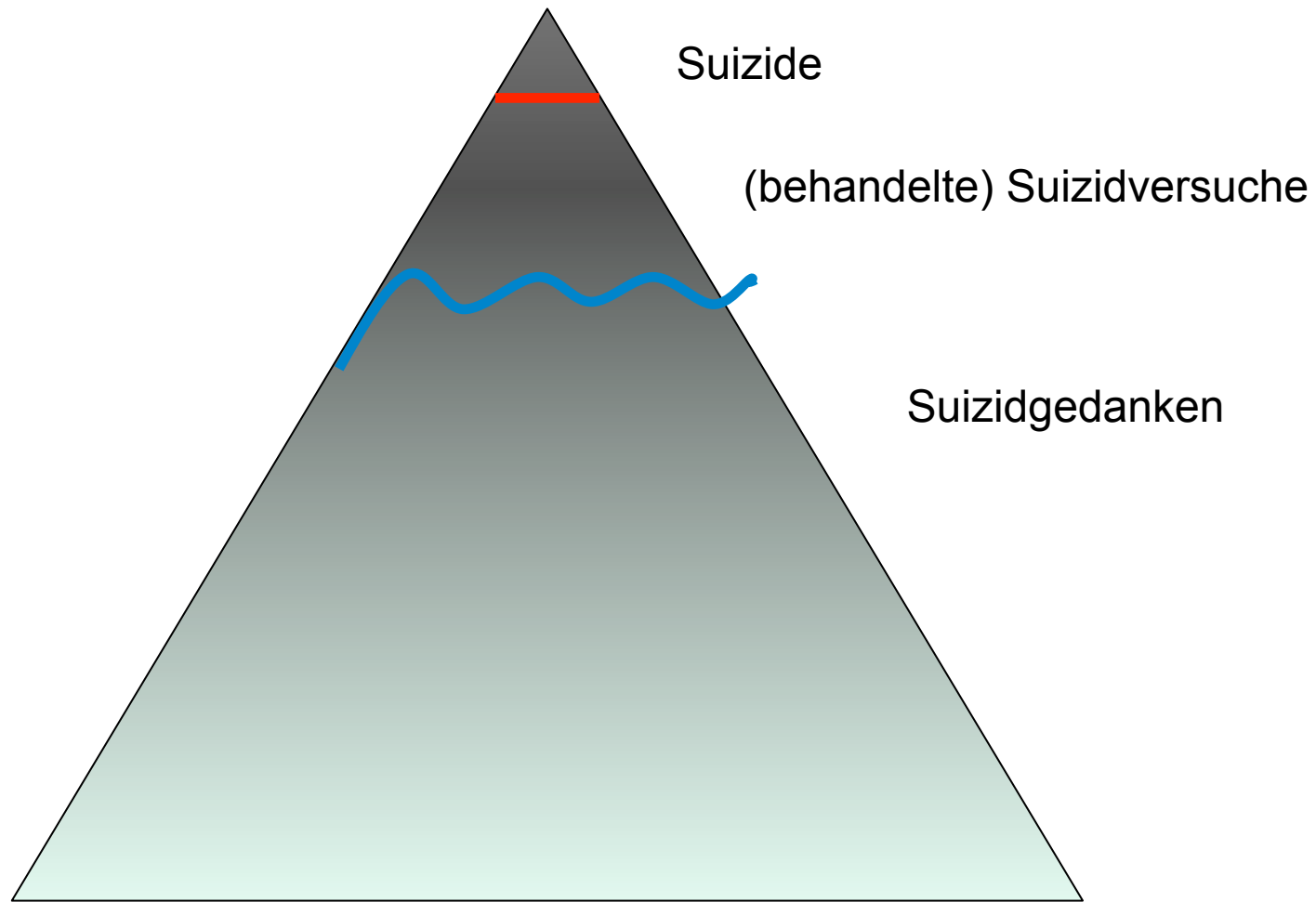
MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA

Assistierter Suizid in Österreich aus suizidpräventiver Sicht

**Thomas Niederkrotenthaler, MD PhD MMSc
Assoz. Professor, Medical University Vienna, Austria**

November 2022

Eisbergmodell Suizidalität



```
graph TD; A[RISIKOGRUPPE] --> B[ALKOHOL-  
DROGEN UND  
MEDIKAMENTEN-  
ABHÄNGIGKEIT]; A --> C[PSYCHISCH KRANK  
DEPRESSIV]; A --> D[ALT UND  
VEREINSAMT];
```

RISIKOGRUPPE

**ALKOHOL-
DROGEN UND
MEDIKAMENTEN-
ABHÄNGIGKEIT**

**PSYCHISCH KRANK
DEPRESSIV**

**ALT UND
VEREINSAMT**

I. Erwägung

Aggressionshemmung

Soziale Isolierung

Suizidale Entwicklung **(W. Pödlinger, 1968)**

II. Abwägung **(Ambivalenz)**

Direkte

Suizidankündigung

als Hilferuf

III. Entschluss

Indirekte

Suizidankündigung

Vorbereitungshandlungen:

„Ruhe vor dem Sturm“

*Wer
war*



**Erwin
Ringel?**

Dokumente · Berichte · Analysen
Herausgegeben von Franz Richard Reiter
EPHELANT

Präsuizidales Syndrom

(Ringel 1953)

- Einengung
- Aggressionsumkehr
- Suizidphantasien

Einengung

- Situative
- Zwischenmenschliche Beziehungen
- Wertwelt
- Dynamische: Apperzeption
 - Assoziation
 - Abwehrmechanismus
 - fixe Verhaltensmuster
 - Affekte

Situation

Assistierter Suizid wurde legal nach kontroversieller Entscheidung des obersten Gerichtshofs mit 1. Jänner 2022

Daraus entstand die Notwendigkeit Regeln und Implementierung zu definieren; andernfalls unreguliert.

Konsultationsprozess (in Form unstrukturierter Diskussionen) im Jahr 2021 geführt durch Justizministerium, mit unterschiedlichen Stakeholdern: JuristInnen, Gesundheitsbereich und Sozialeinrichtungen; Palliativbereich; religiöse VertreterInnen; pro-assistierter Suizid Gruppierung; Ärzte; Suizidprävention

Unter-repräsentation von Suizidprävention

Diskutiert wurden uA: Wer kann assistierten Suizid in Anspruch nehmen; wer kann ihn vollziehen; wie soll er durchgeführt werden; Qualitätssicherung: zertifizierte Stellen?; Werbung für assistierten Suizid

Medien: Fokus auf „Fehlbesetzung“ der konsultierten Gruppe; freier Wille; geringe Repräsentation medizinisch-psychologischer / psychiatrischer / Kriseninterventions- und Suizidpräventionssichtweisen

LEBEN UND TOD

Was Österreich aus dem Schweizer Sterbehilfe-Boom lernen kann

Was der Verfassungsgerichtshof hierzulande eben erst ermöglicht hat, ist in der Schweiz längst Praxis. Immer mehr Menschen begehen assistierten Suizid. Fluch oder Segen?

Gerald John

28. Juni 2021, 09:00, [698 Postings](#)

Himmel und Hölle: Im Streit um die Sterbehilfe hält die Schweiz für beides her. Während der Verfassungsgerichtshof hierzulande erst im Dezember jenen Passus des Strafgesetzes aufgehoben hat, der Hilfe bei "Selbstmord" verbietet, ist assistierter Suizid im Nachbarland seit vielen Jahren gelebte Praxis. Doch an den Erkenntnissen daraus scheiden sich die Geister.

Es ist ein makaber anmutender Boom, auf den die Eidgenossenschaft zurückblickt: Nahmen 2003 nur 187 im Land wohnhafte Personen assistierten Suizid durch Verschreibung eines tödlichen Medikaments in Anspruch, so waren es 2018 bereits 1176. Gleichzeitig ist die Zahl der klassischen, "wilden" Suizide gesunken – aber bei weitem nicht im gleichen Ausmaß.

Genau da haken Kritiker ein: Zählt man beide Varianten zusammen, dann ergibt sich ein Anstieg um 50 Prozent. Mit 26 pro 100.000 Einwohner scheiden in der Schweiz damit deutlich mehr Menschen freiwillig aus dem Leben als in Österreich, wo die Quote bei knapp 14 pro 100.000 liegt.



Schwerkranker Patient auf einer Palliativstation: Ab kommendem Jahr wird das Gesetz nicht mehr verhindern, dass Sterbewillige Hilfe beim Suizid in Anspruch nehmen. Doch um die Regeln wird gerungen.

Foto: Imago Images / EPD

WERBUNG

DerStandard, 28.6.2021

Der Prozess

- . Der Prozess involviert kein Sicherheitsnetz
- . Individuen mit “anhaltendem” freien Wunsch zu sterben und unerträglichem Leiden
- . Aufsetzen einer Sterbeverfügung
 - .Konsultation mit 2 ÄrztInnen; Spezialisierung offen; eine/r davon mit Expertise in Palliativmedizin
 - .Notiz im Sterbeverfügungsregister sobald bewilligt
- . Rezept für spezifische letale Substanz die von spezifizierten Apotheken erhältlich ist
 - .Notiz im Sterbeverfügungsregister wenn Substanz bei suizidierter Person gefunden wird
 - . Keine Sicherheitsvorkehrungen bzgl. Verwahrung, Zeitrahmen oder Ort der Nutzung der abgeholten Substanz, etc.

Problemfelder

- Das Gesetz fordert einen anhaltenden Wunsch zu Sterben aber spezifiziert keine Dauer. Die Testung der Dauer ist nicht expliziter Teil des Assessment Prozesses der zum assistierten Suizid führt.
- Die einzige diesbezügliche Bedingung ist ein Minimum von 3 Monaten zwischen Sterbeverfügung und dem Erhalt der letalen Substanz. Diese Periode verkürzt sich auf 2 Wochen für terminale PatientInnen.
- ExpertInnen für psychische Gesundheit sind nicht verpflichtend involviert im Prozess, mit Ausnahme wenn eine/r der beiden zu konsultierenden ÄrztInnen Zweifel hat bzgl. möglicher psychischer Erkrankungen. Dies verhindert sehr wahrscheinlich adäquates Assessment von Suizidalität, Diagnose und Behandlung etwaiger psychischer Erkrankungen und psychosozialer Krisen.

Problemfelder

- Es gibt kein Sicherheitsnetz bezüglich des Umgangs mit letaler Substanzen—diese werden durch die betroffene Person selbst in spezifizierten Apotheken abgeholt, ohne Bedingungen für sichere Verwahrung oder follow-up zu Hause.
- Der derzeit vorgesehene Registrierungsprozess erlaubt keine qualitätsgesicherte Analyse der Daten, was adäquate Public Health Surveillance nicht ermöglicht.
- Unmittelbare Nebeneffekte bzgl. medialer Diskussion letaler Substanzen / Suizidmethoden für assistierten Suizid
- Der starke, oft alleinige Fokus auf “freien Willen” ist irreführend und kann zu einer Normalisierung des Suizids als Problemlösungsstrategie generell beitragen

Sonderdruck

Raimund Klesse, Martin Teising, Ute Lewitzka,
Peter Bäurle, Luc Ciompi, Georg Fiedler, Isabella
Justiniano †, Thomas Kapitany, Reinhard Lindner,
Susanne Lippmann-Rieder, Thomas Niederkrotenthaler,
Christa Rados, Barbara Schneider & Manfred Wolfersdorf

Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch?

Das Konzept der »freien« Entscheidung
zum Suizid im Lichte von anthropologischen,
entwicklungspsychologischen und
psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden

Erscheint in:
psychosozial

45. Jg. (2022) Heft III (Nr. 169)



Psychosozial-Verlag



Breite haben. Hier ist die geringe therapeutische Breite erwünscht, das heißt: Bei einer Dosis,

DER STANDARD

ASSISTIERTER SUIZID

Welche Mittel werden beim assistierten Suizid verabreicht?

Video / Laura Schmidt 27. Oktober 2021, 17:37, [288 Postings](#)

Dauerhaft schwerkranke oder unheilbar kranke Personen können ab 2022 Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen. Welche Mittel dafür verabreicht werden und wie sie wirken, erklärt Michael Freissmuth, Leiter des Zentrums für Physiologie und Pharmakologie der Med-Uni Wien

DerStandard, 27.10.2021

„narrow therapeutic window is an advantage“

→ ↺ 🏠 🔒 <https://salzburg.orf.at/stories/3152187/> 📄

Salzburg-News ▾ Radio Salzburg ▾ Salzburg im TV ▾ Landesstudio ▾ Ganz Österreich 🔔



CHRONIK

Assistierter Suizid: Salzburgerin gestorben

Die 57-jährige Andrea Mielke hat sich als erste Salzburgerin für den assistierten Suizid entschieden. Wegen eines seltenen Gendefekts war sie zeitlebens auf den Rollstuhl angewiesen und setzte sich seit ihrer Jugend für ein selbst bestimmtes Leben mit Behinderung ein. Donnerstagabend ist Andrea Mielke verstorben.

15. April 2022, 13.46 Uhr (Update: 15. April 2022, 15.33 Uhr) [Teilen](#) ➔

Selbst entscheiden, wenn man aus dem Leben geht, wenn es nicht mehr geht – das wollte Andrea Mielke. Auch ihren letzten Weg wollte sie in Würde bestreiten und entschied sich als erste Salzburgerin für den assistierten Suizid, der in Österreich seit Jahresbeginn gesetzlich möglich ist. „Wenn du nicht zäh und mutig genug bist, dann hast du eh verloren, denn der Kampf gegen die Behörden ist der Schlimmste und das steht fast keiner durch“, schilderte Andrea Mielke in einem ORF-Interview vor wenigen Tagen.

Die Salzburgerin kämpfte ihr ganzes Leben lang – als Aktivistin für die Rechte behinderter Menschen und für ein Leben mit persönlicher Assistenz. Das Recht, dass ihr Assistent Adi rund um die Uhr für sie da sein kann, hatte sich die Salzburgerin vor Gericht erstreiten müssen.

Privat

Orf.at, April 15,
2022

I have lived my life and can only say „dare it, it is so much worth it“

Diese Woche endet die kurze Begutachtungsfrist für das „Sterbeverfügungsgesetz“. Warum es aus suizidpräventiver Sicht hochproblematisch ist. Ein Gastkommentar.

Von Thomas Niederkrotenthaler
und Thomas Kapitany

Der vorliegende Entwurf eines „Sterbeverfügungsgesetzes“ birgt eine Reihe von Unklarheiten und Schwächen, die aus Sicht der Suizidprävention äußerst kritisch zu bewerten sind. Große Mängel bestehen etwa im Hinblick auf den Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Indem sich das Angebot des assistierten Suizids explizit an Personen richtet, die „an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leide[n], deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen“, sind diese Menschen klar angesprochen.



Sich selbst überlassen?

Hinzu kommt, dass die vorgesehene Wartezeit von zwölf Wochen nach einem womöglich innerhalb weniger Tage durchgeführten Begutachtungsverfahren viel zu kurz ist, um tatsächlich zu gewährleisten, dass in dieser Zeit

Problematisch ist auch die Vermischung von Aufklärung beziehungsweise Beratung und Begutachtung im Gesetzesentwurf. Aufklärung und Bestätigung/Begutachtung sollten nicht in einer Hand liegen, weil das die Ergebnisoffenheit des Aufklä-

The Werther Effect and Assisted Suicide

ANDREAS FREI, MD, TANJA SCHENKER, MD, ASMUS FINZEN, MD,
VOLKER DITTMANN, MD, KURT KRAEUCHI, PhD,
AND ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, MD

In the course of a large epidemiological study in the region of Basle, Switzerland, from 1992 to 1996, a considerable rise in suicides assisted by the right-to-die society EXIT was uncovered after wide press coverage of an assisted double suicide of a prominent couple in that region in March 1995. Further investigation

Papageno Effekt assistierter Suizid?



Chodowiecki, Berlin, 1775



Alberti, Vienna, 1791

Problemfelder

- Legalisierung von assistiertem Suizid bedeutet nicht Reduktion nicht-assistierter Suizide
- Risiko dass assistierter Suizid zur gesellschaftlichen Antwort auf Angst psychischer und somatischer Erkrankung wird

Problemfelder

- Risiko sozialen Drucks auf Personen mit schweren und chronischen Erkrankungen, assistierten Suizid für frühzeitigen Tod zu nutzen
 - **In Gegenden mit niedrigem sozioökonomischen Status der niederländischen Bevölkerung macht assistierter Suizid 17% der Todesfälle aus (De Boer, 2021)**
- Effekte auf die Familie, Freund:Innen
 - Dilemma, wie kann ich mit dem Todeswunsch umgehen?
 - Risiko der Traumatisierung unter Trauernden

Notwendige Adapationen

- Evaluation der Effekte des Gesetzes
- Interdisziplinäre Erarbeitung von Guidelines wie die Umsetzung / Implementierung erfolgen soll
- Qualitätssicherung bzgl. des Assessments von InteressentInnen und der Bedingungen für Sterbeverfügung
- Umfassende Steigerung der Ressourcen für Suizidprävention: Psychiatrie, Public Health, Psychotherapie, Forschung
- Qualitativ hochwertige mediale Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben inkl. assistierter Suizid und Palliativmedizin



MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA

thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at



MEDICAL UNIVERSITY
OF VIENNA

Gesundheit
kommt von Herzen.



Orthopädisches
Spital Speising
Wien

Ein Unternehmen der
www.vinzenzgruppe.at

 Vinzenz
Gruppe



Gesundheit
kommt von Herzen.

Freier Wille und assistierter Suizid

AKH Wien

17.11.2022



vorläufiger Orientierungsrahmen von Caritas & ÖOK

Caritas Österreich und die Österreichische Ordenskonferenz erarbeiten 2021 einen OR für den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in ihren Einrichtungen.

vorläufig in Kraft gesetzt seit 1.1.2022 – Auftrag zur Evaluierung

adaptierte Version des OR ab 1.1.2023



Herausforderung - Spannungsfelder

Pat./Klient./Bewohner*innen in ihren Fragen/Wünschen und Willensäußerungen ernst nehmen

als katholische Träger stehen wir für eine „Assistenz zum Leben“

als Träger*innen Orientierung geben

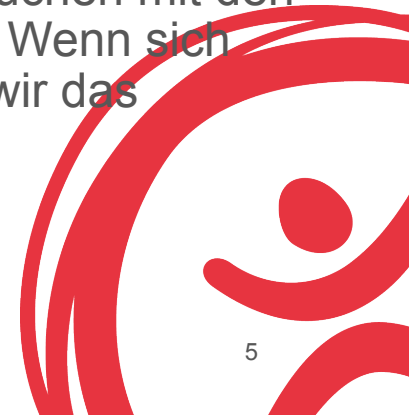
um die Nuancen in persönlichen Begleitprozessen wissen



Zitate – im Blick auf Willensäußerungen des Pat.

Grundsätze – Punkt 5:

Wir sind uns bewusst, dass Menschen, die sich uns anvertrauen, trotz aller Bemühungen dennoch mit Situationen konfrontiert sein können, die ihnen das Leben als unerträglich erscheinen lassen, und die ihnen Mut und Kraft zum Weiterleben nehmen. Wenn Menschen dann explizit um einen assistierten Suizid bitten, nehmen wir die Frage bzw. den Wunsch ernst und suchen mit den Menschen, solange wie möglich und nötig, nach Alternativen. (...) Wenn sich jemand dennoch für den assistierten Suizid entscheidet, müssen wir das akzeptieren.



Zitate – im Blick auf Willensäußerungen des Pat.

Grundsätze – Punkt 6:

Menschen sollen ihre Entscheidungen zu Leben und Tod in größtmöglicher Freiheit gestalten können. Die frühzeitige Beendigung eines Lebens durch assistierten Suizid sehen wir als große Tragik an. Entsprechend dem Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes muss es Menschen aber unbenommen sein, dass sie an einem gewissen Punkt frei und persönlich zur Entscheidung kommen können: Ich möchte und kann die letzte Wegstrecke nicht mehr gehen (also nicht „so“ nicht mehr gehen, sondern „unter keinen Umständen“). (...) Wir schenken allen Menschen, die diesen Wunsch äußern, Gehör und menschliche Nähe, begleiten sie und begegnen ihnen mit Achtung.

Zitate – im Blick auf Willensäußerungen des Pat.

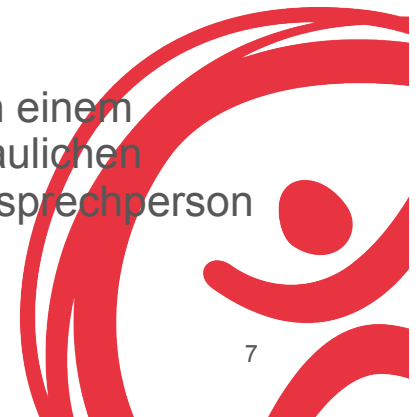
Haltungen:

Wir begegnen Menschen, die sich uns anvertraut haben und Sterbewünsche aussprechen, mit Achtung und nehmen den Wunsch nach einem assistierten Suizid ernst.

Wir sind uns der inneren Kämpfe, die Menschen zur Äußerung dieses Wunsches führen können, bewusst und vermeiden belehrende, leichtfertige und simplifizierende Aussagen.

Verhalten:

Mitarbeiter*innen, die von Suizidwilligen auf deren expliziten Wunsch nach einem assistierten Suizid angesprochen werden, schaffen einen Raum des vertraulichen Gespräches. In Folge informieren sie ihr Team bzw. ihre hauptamtliche Ansprechperson darüber.



Zitate – im Blick auf Willensäußerungen des Pat.

Haltungen:

Wir schließen die Begleitung zu Beratungsgesprächen bis hin zu den Aufklärungsgesprächen gemäß § 7 Sterbeverfügungsgesetz nicht dezidiert aus. Eine solche etwaige Begleitung ist keinesfalls als Zustimmung zu deuten. Sie dient uns dazu, besser zu verstehen, was den Wunsch nach einem assistierten Suizid entstehen lässt und ermöglicht uns genau an diesen Punkten in der weiterführenden Begleitung anzusetzen.



Zitate – im Blick auf Träger*innen Sichtweisen

Grundsätze –Punkt 3:

Der assistierte Suizid kann niemals Teil unseres Angebots-Spektrums sein, weil dies nicht den Werten entspricht, für die wir eintreten. Wir werden den assistierten Suizid niemals fördern. Wir schließen für unsere Mitarbeiter*innen jedwede Mitwirkung an der Vorbereitung oder Durchführung eines assistierten Suizids aus. Wenn eine andere Person die Handlung, die zum Tod führt oder diesen zum Ziel hat, vollzieht oder bei dieser assistiert, können Mitarbeiter*innen nicht zugegen sein – auch um das Missverständnis auszuschließen, die Einrichtungen und Dienste von katholischen Träger*innen würden an dieser Stelle das Bekenntnis zum Schutz des Lebens relativieren.



Zitate – im Blick auf Träger*innen Sichtweisen

Haltungen:

Wir hören diese Wunschäußerung als einen Ruf nach Zuwendung, Klärung oder Entlastung und suchen gemeinsam mit dem*der Suizidwilligen nach hilfreichen Lösungswegen. Gegebenenfalls knüpfen wir ein verstärktes Netz von **Begleiter*innen**.

Die durchgehende Begleitung zum Zeitpunkt des assistierten Suizides schließen wir für unsere Mitarbeiter*innen und in unseren Einrichtungen aus:

- Ausgeschlossen ist für alle Mitarbeiter*innen jede direkte oder indirekte Assistenz zum Suizid. (...)
- Selbst bei ausdrücklichem Wunsch der suizidwilligen Person und bei vollkommener Freiwilligkeit des*der Mitarbeiter*in ist die durchgehende Anwesenheit während des Suizids nicht möglich.



Zitate – im Blick auf Träger*innen Sichtweisen

Verhalten:

Auf dezidierte Nachfrage von Menschen, die sich uns anvertrauen, informieren wir über die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Für alle näheren Informationen sowie etwaige konkrete Schritte (Kontaktaufnahme mit Ärzt*innen, Notar*innen, Apotheken etc.) verweisen wir an die nächstgelegene Patient*innenanwaltschaft. Wir stellen selber keine direkten Kontakte zu diesen Stellen her.

Die Durchführung des assistierten Suizides soll nicht in unseren Einrichtungen stattfinden; dies leiten wir auch aus dem Schutzauftrag gegenüber den Menschen, die sich uns anvertrauen – Betroffenen wie ggf. ihren Mitbewohner*innen – sowie gegenüber unseren Mitarbeiter*innen ab. Für einen möglichen Ort der Durchführung und den Transport dorthin hat die*der Betroffene selbst bzw. die assistierende Person grundsätzlich selbst zu sorgen.



und die Praxis...?

1. Spitäler - Pflegeeinrichtungen
2. Sorge und Belastung von MA*innen
3. Ansprechpersonen + Führungskräfte vor Ort

