

# Thema

## Ein Sterbenswörtchen sagen

### Sterbeverfügungsgesetz.

In letzter Minute regelt die Regierung die Beihilfe zum Suizid neu. Wir haben Kenner der Materie ersucht, den Entwurf zu beurteilen.

Von **Martin Kronek-Burger, Raoul Mazhar und Philip Klepeisz**

Das Sterbenswörtchen ist das letzte Hauchen, der finale Satz – oder die gut informierte Willensbekundung eines Sterbenskranken, der seinem Leiden ein Ende setzen will. Und womit? Mit Recht. Wer Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen will, kann ab 2022 eine Sterbeverfügung errichten. Der Zugang ist auf dauerhaft schwer kranke oder unheilbar kranke Menschen beschränkt. Basis für diese Verfügung ist der Ministerialentwurf Sterbeverfügungsgesetz.

Dieses Regelung war notwendig geworden, weil der Verfassungsgerichtshof (VfGH) den § 78 StGB („Mitwirkung am Selbstmord“) mit Ende 2021 zum Teil aufgehoben hat. An der Stelle, an der es heißt: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“, fiel der Satzteil „oder ihm dazu Hilfe leistet“. Die Frage war nun: Unter welchen Bedingungen wird diese Änderung vollzogen? Die Regierung antwortete angesichts des Fristenlaufs in letzter Minute. Das Gesetz soll „Rechtssicherheit bringen“, damit helfende Personen nicht unter Strafe gestellt werden, „sondern wirklich schwer kranken Menschen bei ihrem Entschluss, in Würde zu sterben, helfen und unterstützen können“, sagte Justizministerin Alma Zadic (Die Grünen).

Lesen Sie bitte weiter auf **Seite 5**

### Sterbehilfe - Rechtliche Lage in Europa

■ Geschäftsmäßiger assistierter Selbstmord erlaubt (Tödliches Mittel wird zur Verfügung gestellt)

■ Aktive Sterbehilfe erlaubt (Tötung auf Verlangen durch Arzt)



\*Gesetzliche Regelung in Ausarbeitung  
Grafik: © APA

Wo aktive Sterbehilfe bzw. Beihilfe zum Selbstmord erlaubt sind. © APA-Grafik / picturedesk.com



Thomas Szekeres

„Entwurf zu diesem sensiblen Thema ist ausgewogen und zufriedenstellend.“

### Individuelle Entscheidung steht an oberster Stelle

„Die Österreichische Ärztekammer hat im Zusammenhang mit der Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes in Bezug auf assistierten Suizid immer betont, dass für sie mehrere Dinge wesentlich sind: Zum einen darf es keinerlei Druck in dieser Frage geben. Weder dürfen schwer kranke Menschen in die Lage kommen, dass sie ihren Lebenswillen und ihre Daseinsberechtigung rechtfertigen müssen. Auf der anderen Seite darf es aber auch keinen Druck auf die Ärztinnen und Ärzte geben – weder wenn sie es ablehnen, zur Tötung eines Menschen beizutragen, noch wenn sie sich dafür ent-

scheiden, hier mitwirken zu wollen. Hier steht die individuelle Entscheidung an oberster Stelle. Ebenso war es für die Ärztekammer wichtig, dass die Sterbehilfe nicht zu einem Geschäftsmodell wird, wie wir es aktuell in einigen Nachbarländern mitverfolgen müssen. Hier ist dazu im Gesetzesentwurf ein entsprechendes Werbeverbot vorgesehen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der vorliegende Entwurf zu diesem sensiblen Thema ausgewogen und zufriedenstellend ist. Zudem wurde zugesagt, dass es einen Ausbau der Palliativmedizin geben soll, was die Österreichische Ärztekammer ebenfalls seit längerer Zeit bereits fordert. Denn hier gibt es sehr gute Betreuungsmöglichkeiten, im Rahmen derer man Menschen am Ende ihres Lebens bestens begleiten kann. Das funktioniert bereits sehr gut, es braucht aber hier noch eine bessere Ausstattung mit finanziellen Mitteln und die Schaffung von mehr Optionen.

Die Rahmenbedingungen für das Gesetz sind also in Ordnung. Wir werden sehen, wie es umgesetzt wird und wie sich die rechtliche Situation in Zukunft verändert.“

Prof. Dr. Thomas Szekeres, Präsident der Österreichischen und der Wiener Ärztekammer



Hubert Niedermayr

„Die Aufklärungspflichten erscheinen mir zurückhaltend.“

### Vorsorge für informierten Willen des Sterbewilligen

„Der Entwurf ist zu begrüßen, wird doch der assistierte Suizid – der Sterbewillige tötet sich selbst mit einer Substanz, die ihm von einer dritten Person zur Verfügung gestellt wird – freigegeben. Im Einzelnen ist er aus meiner Sicht handwerklich unvollständig und mangelhaft:

- Die Voraussetzungen sind beliebig (§ 6). Nicht nur eine terminal kranke (im letzten Krankheitsstadium befindliche) Person darf darauf optieren, sondern auch eine an einer „schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leidende [...], deren Folgen die Person in ihrer gesamten Lebensführung dauer-

haft beeinträchtigen“ und anders das Leiden nicht beseitigt werden kann. Sollen darunter auch psychiatrisch relevante Krankheiten fallen? Nach dem Gesetzestext eindeutig.

- Welche Vorsorge wird getroffen, dass es diesbezüglich einen stabilen unbeeinflussten und informierten Willen der sterbewilligen Person gibt? Es sind zwar (§ 7) Aufklärungspflichten vorgesehen, die etwas zu zurückhaltend erscheinen.
- Ein starkes Leiden wäre – § 8 – um zwölf Wochen zu prolongieren, da diese Karenzfrist vorgesehen ist. Das ist nicht sachgerecht.
- Die Sterbeverfügung ist nach einem Jahr unwirksam (§ 10). Dies ist unzumutbar kurz und verlangt den Betroffenen zu viel Organisationsenergie ab.
- Nach Vorlage einer wirksamen Verfügung soll sich jede (!) Person in der Apotheke das todbringende Präparat abholen können! Es ist in § 11 Abs. 3 zwar lapidar angemerkt, die Person hätte entsprechende Maßnahmen zur Sicherung gegen eine unbefugte Verwendung des Präparats durch andere zu treffen. Hier droht tödlicher Missbrauch! ■

Dr. Hubert Niedermayr, Jurist und Philosoph mit Schwerpunkt Medizinrecht und Medizinethik



# Thema. Sterbehilfe

Fortsetzung von Seite 4

Jurist Hubert Niedermayr kritisiert, dass assistierter Suizid durch Hilfe jeder Person zulässig sein soll. „Hier ergeben sich erhebliche Bedenken im Hinblick auf die Zuverlässigkeit dieser Person, die ja eben nicht medizinisch gebildet ist und auch sonst über eine Motivation verfügen kann, die nicht näher hinterfragt wird. Etwa: Eigene finanzielle Interessen am Tod des Betroffenen.“

Bioethikerin Susanne Kummer fragt: „Derzeit könnten auch Personen mit einer schweren, dauerhaften, aber nicht lebensbedrohlichen Krankheit eine Sterbeverfügung ertönen. Das trifft viele ältere Menschen, sie sind chronisch beeinträchtigt, sehen und hören schlecht, leiden an Rheuma, Altersdiabetes und können vielleicht nicht mehr alleine die Wohnung verlassen. Sie fühlen sich vereinsamt, als Last und als Kostenfaktor. Vielleicht steckt auch eine unentdeckte Altersdepression dahinter. Ist dieses schwere anhaltende Leiden schon hinreichend für einen begleiteten Alterssuizid? Verliert die Gesellschaft die Geduld mit den Alten?“ Ob der Ausbau der Palliativmedizin genügt, bezweifelt die Expertin: „Warum sollen gerade Haus- oder Palliativärzte besonders kompetent sein, den freien Willen festzustellen? 90 Prozent aller Suizide gehen auf eine psychiatrische Erkrankung zurück, die bei rechtzeitiger Behandlung verhindert hätte werden können.“

Niedermayr erkennt eine Gleichheitswidrigkeit: „Warum ist nach der Gesetzeslage nach wie vor passive Sterbehilfe – der Arzt greift in einen Sterbevorgang nicht ein, etwa weil er nicht mehr beatmet – und assistierter Suizid zulässig, nicht jedoch aktive Sterbehilfe, bei der der Arzt über Wunsch des aufgeklärten Patienten die todbringende Injektion setzt? Das ist nicht konsequent und widersprüchlich. Warum soll es zulässig sein, dem Betroffenen ein Präparat zur Selbsttötung zu überlassen, das dieser selbst einnehmen muss, gleichzeitig muss man ihm eine Hilfe verweigern, wenn er das nicht mehr kann?“ Das letzte Wort hat der Leiter des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien, Ulrich Körtner: „Ärzte tragen bei der verpflichtenden Aufklärung ein hohes Maß an Verantwortung. Erfreulich ist, dass die Aufklärung über Alternativen zum Suizid vorgeschrieben wird. Es wäre fatal, wenn die Möglichkeiten von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten künftig ungenutzt blieben.“

## Buchtipps

### Schön alt aussehen



nau mit dieser Vision einer Reintegration des Alters in der Mitte unserer Gesellschaft beschäftigt sich dieses Buch. Die Autoren, die sich seit vielen Jahren in der Medizin, Krankenpflege, Wissenschaft, Politik, Philosophie oder anderen Wissens- und Tätigkeitsfeldern mit dem Thema des Alterns beschäftigen, nähern sich aus ihrer jeweils eigenen Perspektive dem Mega-Thema Altern in Würde. ■

Walter Schippinger, Rudolf Likar, Georg Pinter  
**Das ganze Leben leben. Holt Euch das Alter wieder zurück!**

304 S., Softcover 28, 51 Euro, Springer Verlag 2021  
ISBN 978-3-662-62485-2

Wir wollen möglichst alt werden, verdrängen aber das Alter gleichzeitig aus unserem öffentlichen und persönlichen Bewusstsein. Und ge-



Susanne Kummer

„Was nützen Hinweise über Alternativen, wenn man keinen Zugang dazu hat.“

## Autonomie setzt Wahlfreiheit voraus

„Der Gesetzgeber gab sich redlich Mühe, den vom VfGH bewirkten Dammbrech in rechtliche Bahnen zu lenken und Kautelen einzuziehen, um Missbrauch bei der Beihilfe zum Suizid zu verhindern: ein mehrstufiger Prozess, Wartezeiten, Prüfung der Entscheidungsfähigkeit. Mithilfe

beim Töten ist kein ärztlicher Auftrag, kein Arzt oder Apotheker darf dazu gezwungen werde. So weit, so gut. Doch da beginnen schon die Fragezeichen.

Bloße Hinweise auf Palliativ- und sonstige Angebote, die dem Suizidgefährdeten laut Gesetz gegeben werden müssen, genügen nicht – höchstens, um Checklisten abzuhaken. Was nützen die besten Hinweise über Alternativen, wenn man gleichzeitig keinen Zugang dazu hat? Was Patienten brauchen, sind Erfahrungen. Autonomie setzt Wahlfreiheit voraus. Es braucht einen Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizversorgung. Wo Beihilfe zum Suizid erlaubt ist, zeichnet sich ab, wer die gefährdetste Gruppe ist: Ältere und Hochaltrige. In der Schweiz werden bereits 88,5 Prozent aller assistierten Suizide von Senioren (65+) begangen. Eine Beschränkung auf die terminale Phase wäre deshalb ein wichtiger Schutz vor Missbrauch. ■

**Mag. Susanne Kummer**, Ethikerin und Geschäftsführerin des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik



Ulrich H. J. Körtner

„Legalisierung von Tötung auf Verlangen ist keineswegs vom Tisch.“

## Der Entwurf ist ein respektabler Kompromiss

„Ein eigenes Sterbeverfügungsgesetz soll Suizidhilfe in engen Grenzen sowie unter strengen Auflagen erlauben. Der Entwurf ist ein respektabler Kompromiss. Erfreulicherweise stellt er sicher, dass die Mitwirkung am Suizid auch zukünftig keine ärztliche Aufgabe ist und kein Geschäftsmodell werden soll. Gleichzeitig kündigt die Regierung den

Ausbau der Palliativversorgung an. Abgesehen von ungeklärten Finanzierungsfragen ist von einem gesetzlich garantierten Recht auf Palliativversorgung, das seit Langem gefordert wird, nicht die Rede. Das Sterbeverfügungsgesetz nimmt sich das Patientenverfügungsgesetz zum Vorbild. Dieses kennt aber keine Reichweitenbeschränkung auf unheilbare, zum Tod führende Krankheiten oder schwere chronische Erkrankungen, die für den Sterbewilligen mit einem unerträglich empfundenen Leidensdruck verbunden sind. Ob diese Begrenzung verfassungsrechtlich halten wird, wird sich weisen. Menschen, die physisch nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu töten, könnten sich benachteiligt fühlen. Die Forderung nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen ist mit dem neuen Gesetz keineswegs vom Tisch. Dass offenbar auch schwere psychische Erkrankungen ein Rechtfertigungsgrund für straffreie Suizidhilfe sein können, ist ein kritischer Punkt.“ ■

**Prof. Dr. Ulrich H. J. Körtner**, Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Universität Wien

## Uragelan®

Urapidil

Referenzprodukt: Ebrantil®

**Einziges Urapidil mit zusätzlicher 90 mg Wirkstärke<sup>1</sup>**



- **Dualer Wirkmechanismus<sup>2,\*</sup>**
- **Rasche Blutdrucksenkung** bereits in der 1. Behandlungswoche<sup>2</sup>
- **Dämpfung von belastungsbedingten Blutdruckspitzen** → Wirkungseintritt bereits nach einer Stunde<sup>2</sup>
- **Zusätzliche Monatspackung** (60 Stück OPIII)<sup>1</sup>

Verfügbare Wirkstärken und Packungsgrößen:

- 30 mg
- 60 mg > Hartkapseln (retardiert) zu 30 und 60 Stück
- 90 mg

Laktosefrei

GEROT LANNACH

Markenarzneimittel zum Generikapreis

\*Periphere selektive Blockade von  $\alpha_1$ -adrenergen Rezeptoren und zentrale Stimulation von Serotoninrezeptoren (5-HT<sub>1A</sub>).  
Buch J. Adv Ther 2010;27:426-43.  
Quellen: <sup>1</sup>WVZ 10/2021 <sup>2</sup>Fachinformation Uragelan®, Stand 07/2020.

Fachkurzinformation siehe Seite 30