

psychopraxis. neuropraxis 2023 · 26:120–123
<https://doi.org/10.1007/s00739-023-00893-1>
 Angenommen: 30. Januar 2023
 Online publiziert: 9. März 2023
 © The Author(s), under exclusive licence to
 Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von
 Springer Nature 2023



Christa Rados

Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, LKH Villach, Villach, Österreich

Sterbeverfügungsgesetz versus Suizidprävention?

Unzweifelhaft stellt die Autonomie des Menschen einen besonders hohen Wert aufgeklärter Gesellschaften dar. Vorstellungen über ein „würdevolles Sterben“ stehen in diesem Zusammenhang im Zentrum eines teilweise sehr kontrovers geführten gesellschaftlichen Diskurses. Dabei werden aus unterschiedlicher ethischer, philosophischer, rechtlicher oder medizinischer Perspektive auch verschiedene Formen der Sterbehilfe thematisiert. International ist seit vielen Jahren ein Trend zur Liberalisierung von Sterbehilfeoptionen zu beobachten. Die Autonomiedebatte in diesem Zusammenhang berührt auch verfassungsrechtliche Aspekte.

» Recht auf freie Selbstbestimmung umfasst auch Recht auf Gestaltung des Sterbeprozesses

Auch in Österreich hat sich daher der Verfassungsgerichtshof (VfGH) auf Basis eines Individualantrags mit der Rechtspraxis der Sterbehilfe auseinandergesetzt, was zu einer am 11.12.2020 veröffentlichten Entscheidung führte, in der begründet wurde, dass das verfassungsmäßige Recht auf freie Selbstbestimmung nicht nur das Recht auf die Gestaltung des Lebens, sondern auch das Recht auf die Gestaltung des Sterbeprozesses umfasst. Daher habe der Gesetzgeber auch in diesem Zusammenhang das Recht auf freie Selbstbestimmung zu respektieren [1].

In seiner Entscheidungsbegründung wies der VfGH darauf hin, dass im Falle des assistierten Suizids der Sterbewunsch auf einem „aufgeklärten und informierten Willensentscheid“ zu beruhen habe

und die Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches gewährleistet sein müsse. Voraussetzung ist jedenfalls die freie Selbstbestimmung der sterbewilligen Person.

Gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Österreich

Diese Erkenntnis des VfGH erforderte eine neue gesetzliche Grundlage der Sterbehilfe, die bis zum Ende des Jahres 2021 im Rahmen des Strafgesetzbuches (StGB) geregelt war. Laut § 77 StGB ist die „Tötung auf Verlangen“ nach wie vor strafbar, wohingegen die „Mitwirkung am Selbstmord“, die bisher ausschließlich im § 78 StGB geregelt und generell verboten war, nunmehr unter bestimmten Umständen legitimiert wurde.

Um die innerhalb dieses Rahmens erlaubte Hilfeleistung zur Selbsttötung gesetzlich klar zu definieren, wurde das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) verabschiedet, das seit dem 01.01.2022 in Österreich gültig ist [2]. Im Sinne dieses Gesetzes kann nun die „sterbewillige Person“ bei einem Notar/einer Notarin eine Sterbeverfügung errichten, welche bestimmte Hilfeleistungen beim Suizid ermöglicht. Eine Voraussetzung dafür ist, dass Sterbewillige entweder an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung oder an einer schweren dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die betreffende Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen (§ 6 StVfG).

Wesentliche Voraussetzung ist die zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person. Der Entschluss, das Leben zu beenden, muss in jedem

Fall frei und selbstbestimmt erfolgen. Das muss durch zwei ärztliche Personen sowie durch einen Notar/eine Notarin festgestellt und dokumentiert werden. Die entsprechende Verfügung ist danach für ein Jahr gültig.

Sterbewilligkeit oder Suizidalität?

Aus ärztlicher, insbesondere psychiatrischer Sicht, steht seit dem 01.01.2022 der Begriff der „Sterbewilligkeit“ jenem der „Suizidalität“ gegenüber. Im ersten Fall handelt es sich um ein gesetzlich verankertes und verfassungskonformes Recht, im zweiten Fall um eine eher unerwünschte Todesursache.

Besonders kompliziert wird die Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen dadurch, dass auch psychiatrische Patient:innen, die an einer schweren dauerhaften Krankheit leiden und die einen entsprechenden Leidensdruck nachweisen können, das Sterbeverfügungsgesetz in Anspruch nehmen können, sofern die Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung gegeben ist. Im weiteren Verlauf sind allerdings keine ärztlichen oder psychologischen Kontrollen mehr vorgesehen, sodass eine mögliche Änderung relevanter Kriterien für die Errichtung der Sterbeverfügung danach nicht mehr beurteilt wird.

» Die meisten Suizidfälle sind letale Komplikationen psychischer Erkrankungen

Die meisten Suizidfälle in Europa treten nachweislich als letale Komplikation psychischer Erkrankungen auf [3].

Menschen, die im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung suizidal dermaßen eingeengt sind, dass sie ihr Leben und/oder ihre Gesundheit ernstlich und erheblich gefährden, fallen in Österreich in den Geltungsbereich des Unterbringungsgesetzes (UbG). Unter Anwendung dieses Gesetzes können Patient:innen auch gegen ihren Willen an einer psychiatrischen Abteilung so lange festgehalten und behandelt werden, bis die Gefährdung nicht mehr gegeben ist [4].

Entgegen der nach wie vor weitverbreiteten Meinung, man könne in Österreich im medizinischen Kontext kein offenes Gespräch über Todeswünsche führen, ohne „gleich fürchten zu müssen, auf Grund akuter Selbstgefährdung zwangsweise untergebracht zu werden“ [5], betrifft die Anwendung des UbG nur einen kleinen Teil psychisch akut und schwer erkrankter Patient:innen. In den meisten Fällen werden in Arztpraxen und Ambulanzen die Sterbewünsche psychisch und/oder somatisch Erkrankter durchaus offen angesprochen und differenziert beurteilt.

Insbesondere Psychiater:innen sind ebenso wie viele Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen in ihrem Arbeitsalltag sehr häufig mit den Todeswünschen von Patient:innen konfrontiert. Diese Berufsgruppen sind daher im besonderen Maße mit Todeswünschen vertraut.

» Suizidale Krisen bedürfen der Auseinandersetzung mit dem individuellen Sterbewunsch

Aus psychiatrischer Sicht sind suizidale Krisen seelische Notlagen und bedürfen der empathischen und differenzierten Auseinandersetzung mit dem individuellen Sterbewunsch. Der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patient:innen sollte dabei auch innerhalb eines suizidpräventiven Ansatzes selbstverständlich sein.

Suizidprävention

Die Verhütung von Suiziden ist ein wesentlicher Teil ärztlichen und the-

rapeutischen Handelns und beinhaltet neben dem individuellen auch einen gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag. Beispielsweise ist der Erwerb einer Expertise in Suizidprävention in der ärztlichen Ausbildungsordnung sowohl für Allgemeinmediziner:innen als auch für Psychiater:innen verpflichtend verankert.

Aus suizidpräventiver Perspektive ist es evident, dass der Wunsch zu sterben üblicherweise keine endgültige Entscheidung darstellt, sondern als Ausdruck von Angst und Ambivalenz in charakteristischer Weise fluktuiert. Insbesondere bei somatisch Kranken sind Sterbewünsche sehr häufig durch verschiedene Ängste motiviert. Am häufigsten wird die Angst vor dem qualvollen Ersticken und vor unbeherrschbaren Schmerzen angegeben, aber auch die Sorge, anderen zur Last zu fallen. Durch einfühlsame therapeutische Gespräche können Betroffene oft sehr rasch entlastet werden. Besonders durch die Vermittlung palliativmedizinischer Optionen ergeben sich häufig völlig neue Zukunftsperspektiven.

Hier steht eine Anzeige.

Die ärztliche Rolle im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes

Im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes ist die Freiwilligkeit aller an der Umsetzung Beteiligten eine wesentliche Voraussetzung. Diese wurde auch gesetzlich verankert und gilt für Ärzt:innen, Apotheker:innen, Notar:innen sowie für sämtliche Hilfspersonen. Niemand darf also verpflichtet werden, bei der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken bzw. die ärztliche Aufklärung, die notarielle Beglaubigung oder die Abgabe des letalen Mittels zu übernehmen.

Voraussetzung für die Errichtung einer Sterbeverfügung ist unter anderem die Begutachtung der Sterbewilligen durch zwei ärztliche Personen, von denen eine/r über – vom Gesetzgeber nicht näher definierte – palliativmedizinische Expertise verfügen muss.

In Anbetracht der hohen Komorbidität psychischer Erkrankungen, die nachweislich gerade bei somatisch schwer Erkrankten oft nicht erkannt wird [6], ist es problematisch, dass die Hinzuziehung psychiatrischer bzw. psychologischer Fachkräfte bei der Errichtung der Sterbeverfügung nicht zwingend, sondern nur im Verdachtsfall vorgeschrieben ist.

» Suizidverhütung beinhaltet auch einen gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag

Die ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Errichtung einer Sterbeverfügung umfassen nicht nur die Überprüfung der Voraussetzungen, insbesondere die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit des/der Sterbewilligen, sondern auch die Durchführung der ärztlichen Aufklärung. Diese beinhaltet Informationen zur Wirkungsweise, Dosierung und Art der Einnahme des Suizidmittels einschließlich möglicher unerwünschter Begleiterscheinungen wie Übelkeit oder Erbrechen. Letztere machen in der Regel eine entsprechende Begleitmedikation erforderlich, über deren Einnahme ebenfalls ärztlich aufzuklären ist.

Ebenso ist es verpflichtend vorgesehen, die Sterbewilligen über Behandlungsalternativen und palliativmedizi-

psychopraxis. neuropraxis 2023 · 26:120–123 <https://doi.org/10.1007/s00739-023-00893-1>
© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2023

C. Rados

Sterbeverfügungsgesetz versus Suizidprävention?

Zusammenfassung

Das Sterbeverfügungsgesetz, das in Österreich seit dem 01.01.2022 gültig ist, hat die Hilfeleistung bei der Selbsttötung schwer oder terminal Erkrankter legitimiert. Ärztliche Aufgaben bei der Errichtung von Sterbeverfügungen umfassen die Beurteilung der gesetzlichen Vorgaben, insbesondere die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit, aber auch die Aufklärung zur Durchführung des Suizids sowie die Aufklärung über suizidpräventive Angebote. Demgegenüber steht die ärztliche Verpflichtung zur Suizidprävention, insbesondere

beim Vorliegen psychischer Erkrankungen. Psychiater:innen sind in besonderer Weise mit der Ambivalenz und Veränderbarkeit von Todeswünschen vertraut und verfügen über entsprechende Expertise. Für Sterbewillige im Sinne des Gesetzes können palliativmedizinische Angebote einen gangbaren Weg und eine echte Alternative zum assistierten Suizid darstellen.

Schlüsselwörter

Sterbehilfe · Gesetzgebung · Suizidalität · Ärztliche Begutachtung · Palliativpsychiatrie

Law on Assisted Suicide Versus Suicide Prevention

Abstract

The law dealing with assisted suicide, valid in Austria since 1 January 2022, legitimized assisted suicide in the case of severe or terminal illness. Medical issues in the establishment of living wills include assessment of the legal requirements, in particular to determine the ability of persons to make decisions, but also to give information about the legal procedure and the way of performing the suicide as well as on suicide prevention services. On the other hand, there is a medical obligation for suicide prevention, especially in

the case of patients with psychiatric disorders. Psychiatrists are particularly familiar with the ambivalence and changeability of death wishes and have the appropriate expertise. For people wishing to die, palliative medicine can be a viable option and a real alternative to assisted suicide in a legal sense.

Keywords

Euthanasia · Legislation · Suicidality · Medical assessment · Palliative psychiatry

nische Versorgungsmöglichkeiten zu informieren und explizit auf therapeutische und suizidpräventive Angebote hinzuweisen.

Die Behandlungsbedürftigkeit oder Behandlungswilligkeit der Patient:innen bzw. das Ausschöpfen möglicher Behandlungsoptionen der der Sterbeverfügung zugrunde liegenden Erkrankung sind übrigens keine Voraussetzung für deren Errichtung und stellen somit kein Kriterium im Rahmen der ärztlichen Begutachtung dar.

Optionen der Sterbehilfe

Unter „Sterbehilfe“ werden meist Handlungen von Ärzt:innen oder anderen Personen verstanden, die aktiv bei der Umsetzung von Sterbewünschen mit-

wirken. Dabei werden im Rahmen der „aktiven Sterbehilfe“ auf Wunsch der Betroffenen Tötungshandlungen durch Ärzt:innen oder andere Hilfspersonen durchgeführt. Diese Form der Sterbehilfe ist in Österreich weiterhin verboten (§ 77 StGB, Tötung auf Verlangen).

Legitim ist nunmehr die Hilfestellung beispielsweise bei der Errichtung der Sterbeverfügung, bei der Beschaffung des letalen Mittels oder bei der Vorbereitung einer letalen Infusion. Der letzte Schritt – die Einnahme der Substanz oder die Aktivierung der Infusion – muss gesetzeskonform durch die Sterbewilligen selbst erfolgen.

Als „passive Sterbehilfe“ wird Sterbehilfe durch Therapieverzicht, durch Unterlassung von Behandlungen oder durch

Therapieabbruch im Einverständnis mit dem Patienten/der Patientin bezeichnet.

Durch § 49 des Ärztegesetzes ist es seit 2019 klar geregelt, dass im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen gesetzt werden dürfen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen oder Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Sterbeprozesses überwiegt.

Der Begriff der Sterbehilfe kann allerdings auch noch vollkommen anders verstanden werden. „Sterbehilfe“ kann auch die erleichternde Begleitung des Sterbeprozesses durch medizinische, pflegerische und psychologische Maßnahmen bedeuten, die im Rahmen der Palliativmedizin oder Hospizbetreuung gut verankert sind. Diese Form der Sterbehilfe ist auch ganz im Sinne des Gesetzgebers, der im Kommentar zum Sterbeverfügungsgesetz klar auf die Notwendigkeit des Ausbaus palliativmedizinischer Angebote hinweist.

In der ethischen Debatte zu Sterbehilfoptionen sollte diese Form der Hilfeleistung jedenfalls stets mitgedacht und stärker thematisiert werden.

Psychiatrische und palliativmedizinische Aspekte

Aus psychiatrischer Sicht kann nicht oft genug betont werden, dass Todeswünsche üblicherweise keine Konstante darstellen, sondern in Abhängigkeit von aktuellen Krankheitssymptomen, verschiedensten Ängsten, aber auch durch Einflüsse des sozialen Umfelds in hohem Maße fluktuieren. Es empfiehlt sich daher, bei vorliegender Suizidalität psychiatri-

sche und/oder psychologische Expertise einzuholen.

Auf die Bedeutung palliativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten als Alternative zum assistierten Suizid wurde bereits hingewiesen. Diese sollten in sämtliche Bereiche der Medizin Eingang finden.

Das betrifft auch das Fachgebiet der Psychiatrie, wo palliative Ansätze in vielen Ländern diskutiert, aber bis jetzt nur sehr eingeschränkt umgesetzt werden. Der Fokus liegt dabei auf schweren therapieresistenten, aber nicht unbedingt lebensbegrenzenden Erkrankungen. Schadensminimierung („harm reduction“), Verringerung der Krankheitslast und die Bereitschaft zu auch unkonventionellen therapeutischen Alternativen sind zentrale Anliegen einer palliativen Psychiatrie [7].

Unabhängig davon, ob die Begegnung mit sterbewilligen Personen im Rahmen der Errichtung einer Sterbeverfügung oder in einem anderen medizinischen Kontext erfolgt, sollte in jedem Fall die Bereitschaft zur Begleitung signalisiert werden. Es gibt aus psychiatrischer Sicht keine „austherapierten“ Patient:innen – ein therapeutisches Beziehungsangebot ist immer eine Option. In der Auseinandersetzung mit suizidalen Menschen sollte der Fokus daher stets auf Verständnis gelegt werden und in diesem Zusammenhang Hoffnung und Motivation vermittelt werden.

Korrespondenzadresse



© Helge Bauer

Dr. Christa Rados

Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, LKH Villach
Nikolaigasse 43, 9500 Villach, Österreich
christa.rados@kabeg.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Rados gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von der Autorin keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. VfGH 11.12.2020 G139/2019. Tötung auf Verlangen und Mitwirkung am Suizid. Presseaussendung VfGH. www.vfgh.gv.at
2. ris.bka.gv.at. Zugegriffen: 01.01.2022
3. Wahlbeck K, Mäkinen M (2008) Prevention of depression and suicide. Consensus paper Luxembourg, S4–5
4. Kopetzky C (2012) Grundriss des Unterbringungsrechts, 3. Aufl. Verlag Österreich (Rz 91, Rz 103 ff)
5. Geschäftsstelle der österreichischen Bioethikkommission (2015) Sterben in Würde, Stellungnahme der österreichischen Bioethikkommission, S31
6. Wilhelm K et al (2003) Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *J Affect Dis* 75:155–162
7. Trachsel M et al (2016) *Bmc Psychiatry* 6:240

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.