

Bachelorarbeit

**Sterbetourismus -
Ausreisen, um würdevoll zu sterben**

eingereicht von

Sandra Weinzierl

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science

(BSc)

Medizinische Universität Graz

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram

Lehrveranstaltung Palliativpflege und Hospiz

Graz, 2015

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, November 2015

Sandra Weinzierl eh.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
1. Einleitung.....	6
1.1 Forschungsfrage	7
1.2. Methodik.....	7
2. Begriffsbestimmungen.....	8
2.1. Sterben und Tod	8
2.2 Sterbehilfe	8
2.2.1 Aktive Sterbehilfe.....	9
2.2.2 Passive Sterbehilfe.....	9
2.2.3 Indirekte Sterbehilfe	9
2.2.4 Terminale Sedierung.....	10
2.2.5 Futility	10
2.2.6 Assistierter Suizid	10
2.4 Euthanasie	11
3. Autonomie und Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase	12
3.1 Patientenverfügung in Österreich seit 2006.....	13
3.2 Vorsorgevollmacht.....	15
3.3 Betreuungsverfügung	16
4. Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich.....	17
4.1 Palliativmedizin.....	17
4.2 Hospizwesen	17
4.3 Situation in Österreich	18
4.3.1 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	19
5. Gesetzeslagen in Österreich	21
5.1 Stellungnahme: Leben bis zuletzt.....	22

5.2 Stellungnahme: „Ethik“ ARGE	24
6. Gesetzeslagen im internationalen Vergleich.....	25
6.1 Deutschland	25
6.2 Schweiz	26
6.3 Holland	27
6.4 Belgien	28
6.5 Luxemburg	28
6.6 England	29
6.7 Frankreich	29
6.8 Italien.....	29
6.9 Polen	30
6.10 USA.....	31
7. Organisierte Sterbehilfe.....	31
7.1 Exit	32
7.2 Dignitas	34
7.3 DGHS	38
8.Schlussfolgerung.....	40
Literaturverzeichnis	42
Tabellenverzeichnis	44

Zusammenfassung

Das Thema Sterbehilfe ist in Österreich sowie in vielen anderen Ländern ein viel diskutiertes und kontroverses Thema. Immer mehr Menschen mit einer irreversiblen Krankheit hegen den Wunsch selbstbestimmt zu sterben und entscheiden sich eine Reise in die Schweiz zu unternehmen, wo es ihnen mit Hilfe von Fachpersonal gelingt sich selbstständig von ihren Leiden zu lösen. In der folgenden Arbeit werden die Gesetzeslagen der unterschiedlichen Länder zur Sterbehilfe verglichen und vor allem das Gesetz aus österreichischer Sicht geschildert, welche durch Stellungnahmen ergänzt werden. Die bekanntesten Sterbehilfeorganisationen werden beschrieben und es wird erklärt wie diese arbeiten und wie eine Freitodbegleitung von statten geht, für Menschen, die beschließen aus Österreich auszureisen, um würdevoll zu sterben.

Abstract

In Austria as well as in other countries euthanasia in general is a much discussed and controversial topic. More and more people who are suffering from an incurable disease want to die autonomously. So some of them decide to travel to Switzerland where terminally ill persons are able to die through assistance suicide. In the following bachelor's theses legal situations of different countries will be compared and especially the legal situation of Austria will be discussed which get supplemented with statements of several important Austrian's institutions. Also assisted suicide organisations will be introduced to get a read how they use to work and how an assisted suicide runs for people who leave Austria for a death with dignity.

1. Einleitung

Sterben und Tod sind Themen über die nicht gerne gesprochen wird, mit denen sich aber schon jeder Einzelne befasst hat. Für viele Menschen handelt es sich hierbei um ein Tabuthema, mit dem man sich erst auseinandersetzt, wenn man direkt damit konfrontiert wird. Zum Beispiel wenn ein nahestehender Mensch von ihm geht. Jeder stirbt auf eine andere Art und Weise. Man hat Angst vor dem Sterben und wünscht sich einen würdevollen Tod - ohne Schmerzen und ohne leiden zu müssen. Eine Möglichkeit selbstbestimmt zu sterben bietet die Sterbehilfe, welches ein viel diskutiertes und kontroverses Thema in der heutigen Gesellschaft darstellt. Die Sterbehilfedebatte flammt immer wieder von neuem auf, wobei es meist um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Österreich und um die Beihilfe zum Tod geht. Viele sind einfach nur „dafür“ oder „dagegen“, doch die Hintergründe ihrer Meinung bleiben außen vor. Vielmehr sollte über die Gründe debattiert werden, warum sich Menschen einen selbstbestimmten, würdevollen Tod wünschen und wie es leidende Menschen mit einer irreversiblen Krankheit in Österreich gelingt das Sterben in Würde zu bewerkstelligen.

In der nachfolgenden Arbeit werden zunächst alle wichtigen Begriffe zur Sterbehilfe detailliert erklärt, bevor auch das Thema „würdevolles Sterben“ behandelt wird.

Die Gesetzeslagen rund um die Sterbehilfe unterscheiden sich in den meisten Ländern Europas, welche hier verglichen werden, unermesslich. Ein Augenmerk wird vor allem auf die rechtliche Lage in Österreich gelegt, indem auch Stellungnahmen von wichtigen Institutionen geschildert werden sowie ein Einblick in die österreichische Palliativ- und Hospizversorgung gegeben wird.

Feststeht, dass es in Österreich, wie in einigen anderen Ländern, verboten ist, aktive Sterbehilfe durchzuführen sowie Beihilfe zum Tod zu leisten. Um das Gesetz zu umgehen, nehmen Menschen, aufgrund einer unheilbaren Krankheit, die Reise in die Schweiz auf sich, um sich mit Hilfe einer fachkundigen Person selbstständig vom Leiden und qualvollen Schmerzen zu erlösen um den Sterbeprozess zu beschleunigen, indem sie einen Suizid durchführen. Die Frage stellt sich, wie man am besten vorgeht wenn man einen assistierten Suizid in Erwägung zieht und wie sieht so ein begleiteter Selbstmord aus?

Die bekanntesten Sterbehilfeorganisationen werden beschrieben und es wird erklärt wie diese arbeiten und wie eine Freitodbegleitung von statten geht, für Menschen, die beschließen aus Österreich auszureisen um würdevoll zu sterben.

1.1 Forschungsfrage

Wie bereits in der Einleitung angedeutet sollen folgende Fragen in dieser Bachelorarbeit beantwortet werden:

- Wie unterscheiden sich europäische Länder hinsichtlich dem Thema Sterbehilfe und wie sieht die Gesetzeslage aus österreichischer Sicht aus?
- Wie muss ein österreichischer Bürger vorgehen um die Freitodbegleitung in einer Sterbehilfeorganisation in der Schweiz in Anspruch zu nehmen?

1.2. Methodik

Der Schwerpunkt der Literatursuche wurde auf Online Bibliotheken der Medizinischen Universität Graz sowie der Karl-Franzens Universität Graz als auch der Fachbibliothek der Erziehungswissenschaft Graz gelegt. Es wurden zudem auch Internetquellen verwendet.

Die Schlüsselwörter, die für die Recherche verwendet wurden, waren folgende: „Sterbehilfe“, „Freitodbegleitung“, „Sterbehilfeorganisationen“ sowie „Sterben in Würde“.

2. Begriffsbestimmungen

2.1. Sterben und Tod

Sterben und Tod sind Themen mit denen sich früher oder später jeder auseinandersetzt. Die beiden Begriffe „Sterben“ und „Tod“ werden schon immer als zusammenhängende Vorgänge und Umstände diskutiert. Seit Entstehung der Wissenschaft gibt es auch einige Begriffe und Theorien, durch die das Sterben sowie der Tod in jeden Zeiten, Kulturen und Religionen erklärt werden soll. Jedoch bedeuten gleiche Worte nicht gleich selber Inhalt. Es gibt eine Differenzierung zwischen den bei Begriffen. Das Sterben muss als Prozess angesehen werden. Man nennt es auch der „soziale Tod“, während der Tod das Ende des Vorgangs ist. Der Sterbeprozess kann lange andauern, kann sehr qualvoll sein und es werden verschiedene Phasen durchlaufen sowie Merkmale ersichtlich, die vom Sterbenden, aber auch von Außenstehenden wahrgenommen werden können. Der Tod kann diagnostiziert werden und gilt als endgültiger Zustand, wo Außenstehende mit Ungewissheit weiterleben (vgl. Zülicke 2005, S. 15-16).

2.2 Sterbehilfe

Als Sterbehilfe kann man jedes Verhalten beschreiben, dessen Ziel das beschleunigte Sterben sind oder den Tod eines Menschen, der unheilbar krank ist, zu bewirken um ihn vor schmerzvollen und unnötigem Leiden zu bewahren. Menschen, die in Anbetracht ziehen eine Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, sehen auf Grund eines tödlichen Krankheitsverlaufes keinen Sinn mehr im Weiterleben. Die unheilbare Krankheit solcher Patienten wird einen tödlichen Verlauf nehmen. Um dem schmerzhaften, qualvollen und aussichtslosen Leben ein Ende zu setzen, gibt es mehrere Formen dies durchzuführen. Die Differenzierung dieser Formen ist enorm wichtig, da sie sich durch die

Gesetzeslagen deutlich unterscheiden.

2.2.1 Aktive Sterbehilfe

Aktive (oder direkte) Sterbehilfe ist das Töten auf Verlangen und gezielte Tötung eines Menschen. Unheilbar kranke Patienten wünschen sich den Tod schneller, als der natürliche Verlauf es zulassen würde. Der Arzt verabreicht in diesem Prozess meist eine Überdosis an Schmerz- und Beruhigungsmittel oder eine den Tod herbeiführende Injektion oder Infusion. Die aktive Sterbehilfe ist in Österreich und Deutschland strafbar (vgl. Bardola 2009, S.16; vgl. Schell 2002, S. 178).

2.2.2 Passive Sterbehilfe

Bei der passiven Sterbehilfe handelt es sich um den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen oder eine Behandlung wird bei einem unheilbar kranken Patienten abgebrochen, dessen Tod bald zu erwarten ist. Dies können Beatmung, Dialyse, Bluttransfusionen, künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr oder Reanimation sein. Die Zustimmung des Kranken ist eine Voraussetzung. Der Arzt ist bei dieser Handlung zwar aktiv anwesend und führt den Abbruch der Behandlungen durch, lässt jedoch somit den natürlichen Krankheitsverlauf zu und wird nicht gezielt früher herbeigeführt. Die passive Sterbehilfe ist strafrechtlich nicht eindeutig geregelt, aber sie ist in Österreich und Deutschland nicht strafbar (vgl. Bardola 2009, S.17; vgl. Schell 2002, S. 178).

2.2.3 Indirekte Sterbehilfe

Als indirekte Sterbehilfe werden Eingriffe bezeichnet, die die Schmerzen eines unheilbar kranken Patienten lindern sollen und so den beschleunigten Eintritt des

Todes begünstigen. Es werden ärztlich verordnete, schmerzlindernde Medikamente eingesetzt, die unbeabsichtigt, jedoch unvermeidbar zum Tod führen. Auch die indirekte Sterbehilfe befindet sich strafrechtlich in einer Grauzone, da es Parallelen zur aktiven Sterbehilfe gibt. Mit keiner Strafe zu rechnen ist, wenn die Dosis der gewählten Medikamente geringer ist, als bei Tötungsabsicht. Vorsätzlich gilt es jedoch die Schmerzen zu lindern und nicht jemanden gezielt zu töten und ist daher nicht strafbar (vgl. Bardola 2009, S.17; vgl. Schell 2002, S. 178).

2.2.4 Terminale Sedierung

Die terminale Sedierung gilt als eine Form der indirekten Sterbehilfe. Hier werden Beruhigungs- und Schlafmittel oft in Kombination mit morphinhaltigen Schmerzmitteln verabreicht, um die Wachheit und das Bewusstsein zu vermindern (vgl. Payk 2009, S. 147).

2.2.5 Futility

Situationen, bei denen lebensverlängernde Maßnahmen aus ärztlicher Sicht als sinnlos erscheinen, werden international als „futility“ bezeichnet. Hier liegt die Entscheidung für eine passive oder indirekte Sterbehilfe am ärztlichen Personal (vgl. Pott & Meijer 2015, S. 6).

2.2.6 Assistierter Suizid

Der assistierte Suizid ist die Beihilfe zur Selbsttötung. Der unheilbar kranke Patient setzt seinem eigenen Leben ein Ende, wenn es absehbar ist. Ihm wird von einer fachkundigen Personen, meist Ärzten, assistiert, indem dieser Informationen und

Mittel zur Verfügung stellt. Der assistierte Suizid wird in Sterbehilfeorganisationen durchgeführt. Der Sterbewillige muss sich im Wachzustand befinden und urteilsfähig sein, da er sich das ärztlich verschriebene, tödliche Medikament selbständig verabreicht. Dies kann auf oralem Wege geschehen, oder parenteral, durch eine Infusion vom Patienten selbst initialisiert. Es soll eine sanfte, schmerzlose Art der Selbsttötung darstellen und findet meist im Kreise von Angehörigen statt (vgl. Bardola 2009, S. 16; vgl. Englert et al. 2005, S. 177). Das am häufigsten verwendete Medikament beim assistierten Suizid ist das verschreibungspflichtige Natrium- Pentoarbital oder kurz „NaP“, welches auch als Beruhigungs-, Schlaf- oder Narkosemittel verwendet wird. Kurz nach der Einnahme führt es schmerz- und risikolos zum Tod (vgl. Infobroschüre Dignitas).

2.4 Euthanasie

Das griechische Wort „Euthanos“ bedeutet übersetzt „guter Tod“ und kann sowohl das Eintreten als auch das Herbeiführen des guten Todes bezeichnen. Wie bei der Sterbehilfe soll „Euthanasie“ daher als Hilfe beim Sterben, sowie Hilfe zum Sterben beschrieben werden. In den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern wird der Begriff „Euthanasie“ als Synonym für Sterbehilfe verwendet. Im deutschsprachigen Raum ist er jedoch negativ geprägt, da er hauptsächlich mit der Zeit des Nationalsozialismus und deren Rassenhygiene assoziiert wird. Ab 1939 betrieb das Regime Mordaktionen für „Vernichtung lebensunwerten Leben“. Somit kann vom Euthanasiebegriff in jener Zeit nicht vom „gutem Tod“ gesprochen werden (vgl. Benzenhöfer 2009, S. 65).

2.5 Sterbetoursimus

Da in den meisten europäischen Ländern unter anderem auch in Österreich und in Deutschland aktive Sterbehilfe, als auch der assistierte Suizid, gesetzlich verboten und somit strafbar sind, nehmen sterbewillige unheilbar kranke Patienten die Reise auf sich, um in einer Sterbehilfeorganisation, wie sie es in der Schweiz gibt,

den Tod selbst herbeiführen. Derzeit ist es jedoch nur in der Organisation „Dignitas“ möglich, als Österreicher das Angebot des assistierten Suizides in Anspruch zu nehmen.

3. Autonomie und Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase

Obwohl sich zwischen den Begriffen „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ einige Unterschiede auszuzeichnen, werden sie in diesem Kontext oft synonym verwendet.

Da es bei diesen Begriffen um die Entscheidung von Patienten geht, gibt es verschiedene Aspekte auf Sicht der lebensverlängernden Maßnahmen:

- Autonomie und freie Handlung: die Entscheidung der Patienten geschieht ohne äußeren Druck, die Willensbildung liegt allein bei ihnen, vorausgesetzt sie sind über die Situation umfangreich aufgeklärt.
- Autonomie als Authentizität: die Entscheidungen stimmen mit den Wertevorstellungen der Patienten überein.
- Autonomie als praktische Reflexion: Patienten können ihre Entscheidung nachvollziehbar begründen und versteht die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten.
- Autonomie als moralische Reflexion: Patienten können Werte nennen, die auf die Entscheidung basiert und akzeptiert jedoch auch Konsequenzen.

Kein Mensch muss sich vor seinem Arzt hinsichtlich seiner Entscheidungen verantworten. Für den Arzt spricht jedoch, wenn er versucht seine Patienten zu verstehen, die Hintergründe seiner Entscheidungen zu hinterfragen und den Patienten ernst nimmt. Die Qualität der Kommunikation und eine bessere Arzt-Patienten-Beziehung sind ausschlaggebend für die Verwirklichung der

Patientenautonomie.

Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase bedeutet auch die Antwort auf die Frage, was dem Patient in der noch verbleibenden Zeit am wichtigsten ist. Dies kann viele Bereiche betreffen, sei es Vermächtnisse, Versöhnungen oder Begräbnisse. Die Hauptaufgabe der Palliativmedizin ist es diese Frage zu beantworten und körperliche, psychische oder spirituelle Hindernisse zu beseitigen, um die größtmögliche Entfaltung des menschlichen Potenzials zu schaffen. Dies gilt als eine Umschreibung der Verwirklichung der Selbstbestimmung.

Die Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung aus juristischer Sicht sagt aus, dass sobald ein Mensch volljährig ist, dieser Entscheidungsfähigkeit besitzt. Betrifft es die Fähigkeit über medizinische Maßnahmen zu entscheiden, nennt man dies die Einwilligungsfähigkeit. Die Einwilligungsfähigkeit kann man dem Menschen trotz Depressionen, leichter Demenz oder Verwirrtheit nicht so einfach entziehen. Der Betroffene muss sich seinem Willen frei bilden und klar ausdrücken können, solange die Handlungen, die entschieden werden nicht gegen die Gesetze verstoßen. Das Fehlen der Einwilligungsfähigkeit ist nachweispflichtig. Zu seinem Schutz wird dem Betroffenen ein Betreuer zu Seite gestellt, der die Vollmacht übernimmt. Trotz des Fehlens der Einwilligungsfähigkeit verliert der Mensch zu keinem Zeitpunkt seines Lebens seine Autonomie. Sie kann nur in unterschiedlichen Maßen ausgeführt werden (vgl. Borasio 2014, S. 70-73).

Für den Fall des Verlustes künftiger Einwilligungsfähigkeit, Handlungs- oder Geschäftsfähigkeit infolge einer Erkrankung oder des höheren Alters gibt es als Vorsorge bezüglich einer Regelung der persönlichen Angelegenheiten mehrere Möglichkeiten. Im in den nachfolgenden Subkapiteln werden die Patientenverfügung, die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung beschrieben.

3.1 Patientenverfügung in Österreich seit 2006

Man kann sagen, dass die Patientenverfügung eine direkte Anweisung an den

zukünftigen Arzt darstellt, indem er bestimmte medizinische Behandlungen ablehnt. Diese Erklärung soll für den Fall gelten, wenn sich der Patient nach einem Unfall oder einer Erkrankung nicht mehr äußern kann und urteils- sowie entscheidungsfähig ist.

Die Patientenverfügung kann zum Beispiel beinhalten, dass zum Falle eines längeren, qualvollen Sterbeprozess, bei tödlicher Erkrankung mit Bewusstseinsverlust oder wenn keine Kommunikation aufgrund schwerer Demenz oder Koma, möglich ist, sich gegen lebensverlängernde Maßnahmen ausspricht. Zu diesen Maßnahmen gehören Wiederbelebung, Bluttransfusionen, Notfalloperation, Amputationen, Medikamente, Organspenden, Dialyse sowie künstliche Beatmung und Ernährung.

In der Patientenverfügung können auch Wünsche, die sich auf die pflegerische Unterbringung und Betreuung, Sterbebegleitung oder alternative Behandlungen wie Angst- und Schmerztherapie beziehen. Die inhaltliche Ausgestaltung der Patientenverfügung steht jedem individuell frei. Voraussetzung zur Errichtung ist, dass die Verfügung als individuelle Willenserklärung einer entscheidungsfähigen Person formuliert wird und dies auf höchstpersönlichem Wege passiert und nicht durch einen Stellvertreter oder dem Sachwalter. Durch Widerruf kann die Patientenverfügung auch im Nachhinein unwirksam gemacht werden oder umformuliert werden. Jugendliche ab dem 14. Lebensjahr haben das Recht eine Verfügung zu erstellen solange ersichtlich ist, dass es die Reife zulässt. Außerdem setzt die Errichtung einer Patientenverfügung eine umfassende ärztliche Aufklärung voraus, in der das Wesen und die Folgen besprochen und medizinisch wichtige Aspekte geklärt werden. Der Patient soll nach diesem Gespräch genauestens über alle Zusammenhänge Bescheid wissen („informed consent“).

Es gibt zwei gesetzliche Formen der Patientenverfügung: die verbindliche und die beachtliche Patientenverfügung:

Bei der verbindlichen Patientenverfügung muss sich der Arzt an die vereinbarten Inhalte in der Verfügung halten, wenn der Patient zu diesem Zeitpunkt weder einsichts-, urteils- oder äußerungsunfähig ist und darf die abgelehnten Maßnahmen nicht durchführen, auch wenn diese zum Tod führen. Bei der

Errichtung der verbindlichen Patientenverfügung muss ein Rechtsanwalt, Notar oder ein rechtskundiger Patientenvertreter anwesend sein und sie muss alle fünf Jahre hinsichtlich Zweifel, Unklarheiten oder neuen diagnostischen oder therapeutischen Erkenntnissen aktualisiert werden.

Fehlt eine oder mehrere Voraussetzungen für die verbindliche, handelt es sich um eine beachtliche Patientenverfügung. Sie gilt als Orientierungshilfe für den Arzt, um den Patientenwillen nachzugehen (vgl. Payk 2009, S. 179-181; vgl.) Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich 2006).

3.2 Vorsorgevollmacht

Bei einer Vorsorgevollmacht kann eine Person im Vorhinein festlegen, wer stellvertretend für ihn im Falle eines Verlustes von Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit Entscheidungen trifft und dem Willen der Person Geltung verschafft. Die Vorsorgevollmacht kann unter anderem sinnvoll sein, wenn der Auftraggeber an Demenz leidet und das Entscheidungsvermögen früher oder später beeinträchtigt sein wird oder um bei mögliche Einschränkungen nach einem Unfall vorzusorgen.

Der Vollmachtgeber kann rechtzeitig und überlegt festlegen, welche Maßnahmen und Therapien im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls in welcher Weise und in welchem Umfang von ihm akzeptiert oder abgelehnt werden, wenn zu diesem Zeitpunkt keine Geschäftsfähigkeit gegeben sein oder er nicht einsichts-, urteils- oder der äußerungsfähig ist. Er kann auch bestimmen für welche Angelegenheiten der Bevollmächtigte zuständig werden soll. Die Vollmacht kann unter mehreren Personen aufgeteilt werden, die die Anliegen des Bevollmächtigten unter sich aufteilen. Ebenso gibt sie dem Arzt im Gegensatz zur Patientenverfügung einen Gesprächspartner, was mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten schafft. Von Vorteil ist eine gute Vertrauensbasis zwischen dem Vollmachtgeber und dem Bevollmächtigten um alle Ängste und Wünsche in Bezug auf das Lebensende zu besprechen und alle Geltungsbereiche festzulegen zum Fall wenn die Vorsorgevollmacht wirksam wird. Es sollen auf umfassende und ausreichende

Informationen von einem Arzt eingeholt werden.

Ohne Vollmacht besteht das Risiko, dass bei einer Akutsituation ein Berufsbetreuer eingesetzt wird.

Die Errichtung muss von einem Notar, Rechtsanwalt oder vor Gericht stattfinden, muss eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden und muss alle zentralen Punkte, wie Aufgabenbereiche des Bevollmächtigten, Zeitpunkt ab wann sie wirksam wird und wann sie endet sowie individuelle Wünsche und Vorstellungen enthalten.

Die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht kann bei Verlust der Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit, dann muss ein ärztliches Zeugnis eingeholt werden, in welchem Umfang der Verlust eingetreten ist, oder kann sofort eintreten. Um sie wirksam zu machen, muss die Vollmacht von einem Notar im österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis registriert werden.

Die Vorsorgevollmacht kann jederzeit formlos widerrufen werden. Dies ist auch noch nach dem Eintritt eines Vorsorgefalles möglich. Für weiterreichende Wünsche hat eine notarielle Beurkundung zu erfolgen (vgl. Payk 2009, S. 181-183; vgl. Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich 2006)

3.3 Betreuungsverfügung

Die Betreuungsverfügung stellt eine weitere Möglichkeit zur selbstbestimmten Vorsorge dar. Sie ist eine Willensäußerung mit Handlungsanweisungen, die infolge eines Verlustes von Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit eintritt. Der gesetzlich bestellte Betreuer muss die in der Verfügung festgelegten Angelegenheiten und Wünsche beachten. Dies wird vom Gericht kontrolliert, was im Gegensatz zur Vorsorgevollmacht nicht vermieden werden kann. Als Betreuer sollte ein Angehöriger oder eine Bezugsperson gewählt werden (vgl. Payk 2009, S. 184).

Es wird empfohlen eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht oder einer Betreuungsverfügung zu verknüpfen, um sicherzustellen, dass alle

niedergeschriebenen Wünsche von Ärzten und dem Pflegepersonal im Falle einer Entscheidungs-, Äußerungs- und Handlungsunfähigkeit respektiert werden. Sinnvoll sind dabei ein ausführlich ärztliches Beratungsgespräch sowie eine genaue Formularanwendung, die dann mit Datierung und Unterschrift versehen werden. Die Verknüpfung soll regelmäßig aktualisiert werden und die Informationen sollen an Vertrauensperson, Hausarzt oder anderen Angehörigen übermittelt werden (vgl. Payk 2009, S.181).

4. Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

4.1 Palliativmedizin

Der Begriff „palliativ“ bedeutet aus dem Lateinischen übersetzt „mit einem Mantel (schützend) bedecken“ (Stowasser 1997). Die Weltgesundheitsorganisation (kurz WHO) definiert palliative Therapie als „eine umfassende, aktive Weiterbehandlung von schwer kranken, nicht mehr heilbaren Patienten für den Rest ihres Lebens“ (Payk 2009). Das Ziel ist, die höchstmögliche Lebensqualität bei unheilbar kranken Patienten zu erhalten. Palliativmedizin ist die aktive und umfassende Betreuung von Patienten, deren Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann und zielt auf Schmerztherapie und Symptomkontrolle ab. Sie ist eine fächerübergreifende Disziplin und umfasst Patienten, die Familie und die Gesellschaft (vgl. Aulbert 2012, S. 10).

4.2 Hospizwesen

Der Begriff „Hospiz“ stammt vom lateinischen Wort „hospitum“ ab, womit eine Herberge für reisende Pilger gemeint war (vgl. Stowasser 1997, S.238). Die Hospizarbeit versorgt unheilbare, schwerstkranke Menschen in der Endphase ihres Lebens. Dies beginnt bei der Kontaktaufnahme und endet mit dem

Abschiednehmen während des Sterbeprozesses. Das Hospizwesen basiert auf den Prinzipien der Mitmenschlichkeit, Fürsorge und Achtsamkeit. Im Hospizwesen gibt es ambulante oder stationäre Betreuungseinrichtungen. Im Vergleich zur Palliativmedizin geht das Hospiz von einem breiten Versorgungssatz aus. Es sollen auf der Grundlage des ganzheitlichen Menschenbildes eine gleichwertig ärztlich-pflegerische Behandlung sowie eine psychosoziale, spirituelle und pastorale Betreuung des sterbenden Menschen und seinen Angehörigen möglich sein. Eine ausreichende palliative Versorgung soll den sterbenden Menschen die Angst vor einem unwürdigen Hinscheiden in Schmerz und Einsamkeit nehmen. Es wird daher ein großer Wert auf wohnliche Gegebenheiten und einen familiären Umgang gelegt. Die Angehörigen und Besucher werden so gut wie möglich mit einbezogen. Der Patient nimmt den Status eines Gastes an, der bis zum Tod bleibt. Die Empfindungen und Äußerungen des Patienten müssen akzeptiert werden und Rückzugsbedürfnisse müssen beachtet werden. Der Patient hat ein Recht auf geduldiges Ertragen und Begleiten seines Sterbens.

Es gibt verschiedene Organisationsformen der Hospize: Es gibt eigenständige, vollstationäre Einrichtungen, die eine Hotelkomponente für Geborgenheit vermitteln und eine Ganztagsbetreuung anbieten und es gibt Tageshospize, in denen Patienten tagsüber medizinisch-palliativ betreut werden. Bei ambulanten Diensten werden Patienten und deren Angehörigen zu Hause Hilfe und Beistand geleistet, so kann der Kranke in der gewohnten häuslichen Umgebung betreut werden. Ehrenamtliche Helfer unterstützen die professionelle Betreuung der Pflegekräfte und werden in Kursen auf ihre spezielle Tätigkeit vorbereitet (vgl. Payk 2009, S. 171-177).

4.3 Situation in Österreich

In Österreich hat sich 1999 ein integratives Netzwerk palliativer Einrichtungen unter der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) etabliert. Die OPG ist „eine interprofessionelle wissenschaftliche Vereinigung aller Berufsgruppen, die mit der Betreuung schwerstkranker Patienten mit fortgeschrittenem Leiden befasst sind“ (palliativ.at). Es werden stationäre sowie konsiliarische Angebote umfasst.

Als Merkmal einer besonderen Spezialisierung durch Weiterbildung, die ein wichtiges Anliegen in der Gesellschaft darstellt, wurde 2002 das „Palliativdiplom“ von der österreichischen Ärztekammer anerkannt.

1995 wurde die erste stationäre Hospizeinrichtung in Wien gegründet. Durch den Dachverband „Hospiz Österreich“ (DVHÖ) gibt es derzeit etwa 40 stationäre Palliativ- und Hospizplätze (vgl. Payk 2009, S. 177-178). Im Jahr 2004 wurde das „Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung“ entwickelt und eine unverbindliche Umsetzung zwischen Bund und Ländern vereinbart.

4.3.1 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Das Konzept einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung wurde im Jahr 2004 von einer Expertengruppe entwickelt, um die Versorgung von unheilbar kranken und sterbenden Menschen sowie ihren Angehörigen zu verbessern. Es wurde vereinbart eine österreichweit gleichwertige flächendeckende abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich umzusetzen, welche in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens geleistet werden soll. Es umfasst sechs verschiedene, spezialisierte Versorgungsangebote, die die derzeitige Versorgungslandschaft sinnvoll ergänzen und auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse eingehen sollen. Diese sind jedoch noch nicht vollständig in die österreichische Versorgungslandschaft integriert (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S.12).

1. Palliativstation

Die Palliativstation ist eine in einem Akutkrankenhaus eigenständige Station, die auf die Versorgung von Palliativpatienten spezialisiert ist. Sie setzt sich zum Ziel, dass die bestmögliche Behandlung und Betreuung zur Linderung von vielfältigen Symptomen gewährleistet wird. An- und Zugehörige werden in die Betreuung mit einbezogen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S. 13).

2. Stationäres Hospiz

Es handelt sich hier um eine Einrichtung mit eigener Organisationsstruktur, die auf längerfristige Betreuung bis zum Tod von Patienten spezialisiert ist. Ziel ist das Erreichen einer höchstmöglichen Lebensqualität bis zum Ableben indem Symptomen und Schmerz gelindert werden. Auch die Betreuung der An- und Zugehörigen spielen hier eine Rolle (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S. 16).

3. Tageshospiz

Palliativpatienten haben die Möglichkeit Behandlung, Betreuung und Begleitung tagsüber in Anspruch zu nehmen. Das Tageshospiz ist ein eigenständiges Angebot. Das Lebensumfeld soll erweitert werden und die soziale Isolation soll verhindert werden. Gleichzeitig werden pflegende Angehörige dadurch entlastet und die Betroffenen haben die Möglichkeit sich mit Gleichgesinnten auszutauschen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S. 19). .

4. Palliativkonsiliardienst

Der Palliativkonsiliardienst unterstützt die Ärzte und das Pflegepersonal in den Stationen und in den Ambulanzen. Es besteht aus einem multiprofessionell zusammengesetzten Team, das im Krankenhaus gebildet wird. Das Ziel ist palliativmedizinische, pflegerische, psychosoziale und kommunikative Expertise und Kompetenzen in den Stationen und Ambulanzen der Krankenhäuser zu Verfügung zu stellen und Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Erst in zweiter Linie wendet sich der Palliativkonsiliardienst an die Patienten und deren Angehörigen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S. 22).

5. Mobiles Palliativteam

Das mobile Palliativteam kümmert sich in erster Linie um die Betreuenden zu Hause oder im Heim. Es ist ein beratendes und leitendes Team, das Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosoziale Betreuung zur Verfügung stellt. In Absprache kann das Team auch medizinische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen am Patienten durchführen. Ziel ist

es die Betreuung im gewohnten Umfeld in vertrauter Umgebung durchführen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S.25).

6. Hospizteam

Das Hospizteam setzt sich aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern und einer Koordinationsfachkraft zusammen. Von ihnen werden mitmenschliche Begleitung, Beratung und Trauerbegleitung angeboten. Dies kann in Krankenhäusern, Heimen oder zu Hause erfolgen. Das Hospizteam soll für psychosoziale und emotionale Entlastungen für Palliativpatienten, deren Angehörigen aber auch für die betreuenden Berufsgruppen sorgen (vgl. Gesundheit Österreich GmbH 2014, S. 28).

5. Gesetzeslagen in Österreich

„Österreich gehört aktive Sterbehilfe gemäß §§ 75 ff. StGB zu den strafbaren Handlungen gegen Leib und Leben“ (Payk 2009). Sie ist unabhängig von den Absichten des Täters strafbar und wird gemäß §77 StGB mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bestraft (vgl. StGB).

Hier gilt, dass der assistierte Suizid strafrechtlich nicht von der aktiven Sterbehilfe unterschieden und unter gleichen Bedingungen geahndet wird, obwohl der Selbstmord in Österreich nicht strafbar ist, was verfassungsrechtliche Bedenken aufwirft.

Die indirekte sowie die passive Sterbehilfe ist in Österreich zulässig und wird nicht bestraft, vorausgesetzt es entspricht dem niedergeschriebenen Willen des sterbenden Patienten, denn ein schmerzfreies Sterben gilt als höheres Rechtsgut gegenüber einer lebensverlängernden Maßnahme und die subjektive Lebensqualität des Patienten ist dessen Lebensdauer überzuordnen. Bei der indirekten Sterbebegleitung betrifft dies die Schmerzlinderung durch Verabreichung von schmerz- und angstlindernden Medikamenten, welche als Nebenwirkung den Tod begünstigt. Bei der passiven Sterbebegleitung bedeutet dies ein Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen. Diese Verzichtserklärung

wird durch die in der Patientenverfügung formulierten Inhalte wirksam.

Während laut einer Umfrage 49% der österreichischen Bevölkerung die Sterbehilfe nach holländischen Vorbild befürworten, ist die Sterbehilfedebatte in Österreich noch lange nicht beendet (vgl. Payk 2009, S. 117). Zusammen mit der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) verfasste die Enquete des Dachverbandes Hospiz Österreich (DVHÖ) am 1. April 2014 eine Stellungnahme mit dem Namen „Leben bis zuletzt“.

5.1 Stellungnahme: Leben bis zuletzt

Die internationale Hospiz- und Palliativbewegung setzt sich für ein würdevolles Leben mit umfassender Versorgung bis in die letzte Lebensphase ein. Zu dieser Versorgung gehören gleichermaßen körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Faktoren. Es wird davon ausgegangen, dass der Wunsch nach dem Tod schwindet, wenn die Patienten eine wirksame Linderung und Entlastung erfahren. Durch die Patientenverfügung erfahren Menschen weitreichende Autonomie und können selbstbestimmt im Falle einer zukünftigen Entscheidungs- und Äußerungsfähigkeit bestimmte Behandlungen und lebensverlängernde Maßnahmen ablehnen. Mit der Vorsorgevollmacht können Angelegenheiten stellvertretend von An- und Zugehörigen entschieden werden.

Die österreichische Palliativgesellschaft und Hospiz Österreich sprechen sich ausdrücklich gegen eine Legalisierung von Tötung auf Verlangen und der Beihilfe zur Selbsttötung aus. Die gegenwärtige Gesetzeslage soll beibehalten werden. Die Gründe wurden in folgenden Punkten zusammengefasst:

- Gebrechlichkeit und Leiden soll in das „Menschsein“ integriert werden. Hilfsbedürftigkeit widerspricht nicht der Würde, sondern gehört zum Leben des Menschen und auch zur humanen Gesellschaft, dass man sich um jene Mitglieder sorgt, die auf andere angewiesen sind. Kranke und pflegebedürftige Menschen fallen in der Gesellschaft nicht zu Last.

- Wäre die Tötung auf Verlangen gesetzlich möglich, bestünde die Gefahr, dass Menschen sich dazu gedrängt fühlen.
- Durch die Entscheidung, über die Menschen verfügen, zu Beendigung des eigenen Lebens, kann eine schleichende Ausweitung der Tötung auf Verlangen mit sich bringen. Diese kann sich auf Patienten ausbreiten, die die Tötung nicht verlangen oder die Entscheidung wird aufgrund des Befindens der Angehörigen oder des sozialen Umfelds getroffen.
- Für ältere, pflegebedürftige Patienten wächst er gesellschaftliche Druck. Durch das Verbot der Tötung auf Verlangen können Menschen vor diesem Druck geschützt werden. Niemand soll sich für das Angewiesensein auf Pflege und Unterstützung rechtfertigen müssen.
- Die Tötung auf Verlangen widerspricht dem Berufsethos von Ärzten und Pflegekräften und würde auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten, Ärzte und Pflegekräfte deutlich beeinträchtigen.
- Tragische Einzelerfahrungen im Umgang mit Sterben und mit den Grenzen der Leidensfähigkeit dürfen nicht zum Regelfall der Rechtsprechung erhoben werden.

Die Lage der Betroffenen ist ernst zu nehmen und die Gesellschaft soll herausgefordert werden wirksame Hilfe anzubieten. Daher wird gefordert, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Rechtsanspruch auf Betreuung durch Hospiz- und Palliativeinrichtungen verankert wird und dessen Versorgung für alle Menschen, die sie brauchen, zugänglich und leistbar ist. Außerdem soll die umfassende Integration in Einrichtungen geregelt werden und durch öffentliche Hand finanziert werden. Weiters fordert die OPG und der DVHÖ eine interprofessionelle Qualifizierung beteiligter ehrenamtlicher Mitarbeiter und Berufsgruppen und Unterstützungsangebote für pflegende und trauernde Angehörige (vgl. „Leben bis zuletzt“ 2014).

5.2 Stellungnahme: „Ethik“ ARGE

Auch Arbeitsgemeinschaft „Ethik“ (ARGE) der österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) hat am 13. März 2014 eine Stellungnahme zur Sterbehilfedebatte verfasst und folgende Punkte ausgearbeitet:

- Argument „unbeherrschbarer Schmerz“:

Eine befriedigende Schmerztherapie oder andere Verfahrensweisen können eine große Hilfe auch in ausweglos erscheinenden Situationen darstellen. Den „Notausgang“ aufzuzeigen, indem man den Tod zuvor kommt, ist daher nicht nachvollziehbar.

- Argument „Recht auf Selbstbestimmung“:

Dieses Argument sollte kritisch hinterfragt werden, obwohl die ARGE „Ethik“ die zentrale Bedeutung von Selbstbestimmung zuerkennt. Die Selbstbestimmung dient als Maßstab der Entscheidung und kann auch durch Belastungen (wie zum Beispiel Depression) beeinträchtigt sein. Die Frage ist, ob die Entscheidung vom mutmaßlichen Willen oder der Lebensqualitätsabschätzung Dritter ausgeht, bleibt ungewiss.

- Selbstbestimmung und Selbstwertgefühl

Die Selbstbestimmung steht in Frage, wenn der Stellenwert gewisser Bevölkerungsgruppen niedrig eingeschätzt wird. Somit kann auch das Selbstwertgefühl dieser Menschen sinken und die Vermutung der eigenen „Nutzlosigkeit“ kommt auf und somit wird der Tod als Vermeidung eines Lebens gesehen.

- Sicherung der Selbstbestimmung

Für diesen Punkt hat Österreich die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht hervorgebracht, die in die ARGE „Ethik“ als äußerst hilfreich, vor allem im intensivmedizinischen Bereich begrüßt wird

- Kein therapeutisches Handeln

Aktive Sterbehilfe kann kein ärztliches Handeln darstellen, da jede therapeutische Maßnahme auf eine Verbesserung eines belastenden Zustandes abzielt.

- Herausforderungen und Forderungen

Konzepte der stationären und ambulanten schmerz- und palliativmedizinischen Versorgung soll verbessert werden und es sollen fundierte Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten geschaffen werden und der Wissensstand über die Möglichkeiten der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht soll verbessert werden (vgl. ARGE „Ethik“ 2014).

6. Gesetzeslagen im internationalen Vergleich

6.1 Deutschland

Die Gesetzeslage ist fast gleichzusetzen wie die der österreichischen. Die gezielte Lebensverkürzung wird als strafbare, vorsätzliche Tötung geahndet und wird als Mord oder Totschlag bestraft. Das Sterbenlassen (passive Sterbehilfe) wird als rechtlich zulässig betrachtet, bleibt jedoch nur straflos, wenn der Wille darüber schriftlich niedergelegt ist. Ansonsten kann passive Sterbehilfe als Unterlassung der Hilfeleistung angesehen werden. Indirekte Sterbehilfe ist ebenso straffrei. Anders als in Österreich ist in Deutschland die Beihilfe zur Selbsttötung, also die Förderung und nicht Verhinderung eines Suizides nicht strafbar. Dieses Thema ist jedoch vielfach umstritten. Sie wird davon abhängig gemacht, wer das zum Tode

führende geschehen letztendlich in der Hand hatte, also der Sterbende muss bis zum Schluss die Kontrolle über das Geschehen haben. So kann er seine Meinung jederzeit ändern oder die Tat bis zum Tod durchführen. Zur strafbaren Mithilfe wird es, wenn der Sterbende unter beherrschenden Einfluss einer Person gestanden hat oder durch zielgerichtete Täuschung oder Missbrauchs durch ein Abhängigkeitsverhältnis in den Tod getrieben wurde (vgl. Payk 2009, S. 145-147) Im Juli 2015 wurde das Thema rund um den assistierten Suizid neu aufgerollt. Im November 2015 wurde im deutschen Bundestag entschieden, dass eine geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung in Zukunft laut § 217 StGB mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft werden soll. Dies betrifft vor allem Sterbehilfeorganisationen („Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ wird in Deutschland strafbar, 2015).

Als nicht strafbar gilt auch die terminale Sedierung. Es werden Beruhigungs- und Schlafmittel meist in Kombination mit Schmerzmitteln verabreicht, um die Wachheit und Schmerzen zu vermindern, worin sie als indirekte Sterbehilfe gleichzusetzen ist. Werden diese Medikamente mit Absicht auf den beschleunigten Tod verabreicht, gilt dies als aktive Sterbehilfe und ist somit strafbar (vgl. Payk 2009, S. 148-150).

6.2 Schweiz

Tötungsdelikte sind auch in der Schweiz ausnahmslos strafbar. Passive sowie indirekte Sterbehilfe sind aus unter den bereits genannten Bedingungen erlaubt. Das Augenmerk in der Schweiz liegt im assistierten Suizid, welcher wie in Deutschland nicht strafbar ist, solange er Sterbende den Suizid selbstständig, aus eigenen Willen durchführt. Im schweizerischen Strafgesetzbuch ist diese Situation jedoch eindeutiger und strenger geregelt. Es besagt, dass wenn jemand aus selbstsüchtigen Beweggründen eine Person zum Selbstmord verleitet oder ihm dabei Hilfe leistet, wenn er versucht oder vollzogen wurde, kann er mit einer Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren oder einer Geldbuße bestraft werden. Somit kann auch abgeleitet werden, dass der nicht selbstsüchtige Beweggrund nicht strafbar ist (vgl. Borasio 2014, S. 52). Auf dies berufen sich die

Sterbehilfeorganisationen in der Schweiz. Der assistierte Suizid wurde 2007 als Grundrecht in der Schweiz anerkannt. Es wurde sogar geraten den assistierten Suizid als Betreuungsangebot der Pflegeeinrichtungen einzubeziehen. Ein außenstehender Arzt soll jedoch prüfen, ob an dem Sterbewunsch ein Dritter beteiligt ist oder ein Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung steht (vgl. Payk 2009, S. 117-118). Vor allem die Schweiz ist für den Sterbetourismus bekannt. Im Gegensatz zu Holland dürfen hier auch ausländische Patienten die Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen.

6.3 Holland

Im Gegensatz zu den bereits beschriebenen Ländern mit ihren Rechtslagen, ist in Holland eine aktive Sterbehilfe ab dem 16. Lebensjahr erlaubt. Eine Tötung auf Verlangen darf unter bestimmten Auflagen und unter Kontrolle von einem Arzt, einem Juristen und einem Ethiker straffrei durchgeführt werden. Um Rechtssicherheit sicherzustellen wurden folgende Sorgfaltskriterien des Euthanasiegesetzes zusammengefasst:

- Die Bitte nach einer aktiven Sterbehilfe, darf nur nach reichlicher Überlegung und ohne Beeinflussung Dritter, also freiwillig, gestellt werden.
- Das Leiden muss unheilbar und unerträglich sein.
- Eine umfassende Aufklärung über die Prognose und die Situation über den Krankheitsverlauf des Patienten muss durchgeführt werden und Behandlungsalternativen müssen geprüft worden sein.
- Mindestens ein weiterer Arzt muss zum Behandelnden hinzugezogen werden.
- Der Arzt muss bei der Durchführung der aktiven Sterbehilfe mit besonderer Sorgfalt handeln.

Die meisten Fälle der aktiven Sterbehilfe waren Patienten mit Krebserkrankungen. Die Gründe für Patienten eine aktive Sterbehilfe vorzunehmen, ist vor allem das aussichtslose und unerträgliche Leiden aber auch die Vermeidung von Entwürdigung. Um einen Missbrauch aktiver Sterbehilfe zu vermeiden, gibt es in

Holland eine Verbotsbescheinigung mit der sich einzelne Patienten schützen können (vgl. Payk 2009, S. 119-124).

Die aktive Sterbehilfe ist jedoch für Patienten aus dem Ausland nicht erlaubt. Nur holländische Staatsbürger dürfen einen Euthanasieantrag stellen (vgl. Pott & Meijer 2015, S. 17).

6.4 Belgien

In Belgien ist nicht nur die Tötung auf Verlangen bei unheilbar kranken Personen zulässig, es ist auch bei Menschen mit chronisch psychischen Leiden erlaubt, wenn der Sterbewillige eine schriftliche oder mündliche Willenserklärung abgegeben hat. Ausgeschlossen sind geistig behinderte Menschen. Zu den verbindlichen Kriterien für eine Tötung sind die Volljährigkeit sowie die Zurechnungsfähigkeit und muss auch umfangreich aufgeklärt sein. Außerdem muss sich der Patient in einer medizinisch aussichtslosen Lage befinden und seelische und körperliche Qualen erleiden. Die Bitte zur Sterbehilfe darf nur durch den eigenen Willen erfolgen und ein zweiter Arzt soll hinzugezogen werden. Auch eine Kontrolle durch einen Arzt, einen Jurist und einen Ethiker muss gegeben sein (vgl. Payk 2009, S. 123-124)

6.5 Luxemburg

Auch in Luxemburg gibt es ein Gesetz zur Straffreiheit der aktiven Sterbehilfe. Vorausgesetzt ist hier die freiwillige, die überlegte und schriftlich niedergelegte Bekundung eines unheilbar kranken Menschen, der dauerhaft an unerträglichen Schmerzen leidet. Es muss von zwei unabhängigen Ärzten zugestimmt werden und die Entscheidungsfähigkeit des Sterbewilligen muss gegeben sein (vgl. Payk 2009, S.124-125).

6.6 England

Forderungen nach aktiver Sterbehilfe bei unheilbar Kranken sowie bei leidenden Patienten und auch in Bezug auf psychisch Kranke wurden stets vom Parlament abgewiesen und werden dem Mord gleichgesetzt. Auch die britische Ärztevereinigung wandte sich strikt dagegen. Die Hilfe zur Selbsttötung ist hier ebenso strafbar mit dem Argument, dass das Recht auf Leben nicht auch zwangsläufig ein Recht auf Sterben heißen muss. Das Recht auf Selbstbestimmung darf dahingehend interpretiert werden, dass jeder Mensch das Recht habe eher den Tod als das Leben zu wählen (vgl. Payk 2009, S. 111-112). Die indirekte Sterbehilfe ist in England legal. Es dürfen schmerzstillende Medikamente eingesetzt werden um das Leiden des Patienten zu lindern, auch wenn die Nebenwirkung der Tod ist. Im Gegensatz zur indirekten Sterbehilfe gibt es zur passiven keine näheren Angaben.

6.7 Frankreich

In Frankreich gilt aktive Sterbehilfe als fahrlässige Tötung und wird mit einer Haftstrafe von bis zu fünf Jahren geahndet und Beihilfe zum Suizid als unterlassene Hilfeleistung. Jedoch müssen Patientenverfügungen beachtet werden. Ärzte können somit in Einzelfällen Behandlungen begrenzen oder einstellen, wenn das der Wunsch es Patienten ist. Somit unterliegen die passive und die indirekte Sterbehilfe legalen Bedingungen (vgl. Payk 2009, S. 116-118).

6.8 Italien

Tötung auf Verlangen und der assistierte Suizid sind in Italien verboten und werden mit Gefängnisstrafen von 5- 21 Jahren geahndet. Bei aussichtslosem Krankheitsverlauf unter der Bedingung, dass eine Patientenverfügung vorliegt, ist eine passive Sterbehilfe erlaubt. Existiert keine Patientenverfügung, ist das

Sterbenlassen mit einer Tötung durch Unterlassen gleichzusetzen und wird somit strafbar. Ausnahme ist der Hirntod bei Patienten. Mit einem Einverständnis von Angehörigen und einem Ärztekollegium ist hier passive Sterbehilfe erlaubt. Bei Uneinigkeit wird die Entscheidung durch das Gericht getroffen (vgl. Pott & Meijer 2015, S. 20).

6.9 Polen

In Polen sind aktive Sterbehilfe und assistierter Suizid sowie indirekte und passive Sterbehilfe verboten. Trotzdem ist das Sterbenlassen bei unheilbar kranken Patienten, deren Krankheitsverlauf aussichtslos ist, gängig. Die Grenze zwischen formal verbotener passiver Sterbehilfe und futility ist fließend. Die polnischen Ärzte und Pflegekräfte arbeiten jedoch stets fürsorglich und leidensmindernd und der Gebrauch von Morphin und anderen Beruhigungsmitteln ist gängig (vgl. Pott & Meijer 2015, S. 20).

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die europäischen Gesetzeslagen:

Land	Passive Sterbehilfe	Indirekte Sterbehilfe	Aktive Sterbehilfe	Assistierter Suizid
Belgien	erlaubt	erlaubt	erlaubt (auch bei Kindern)	erlaubt
Dänemark	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Deutschland	erlaubt	erlaubt	verboten	erlaubt
Finnland	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Frankreich	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Griechenland	keine Angaben	keine Angaben	verboten	verboten
Großbritannien	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Italien	erlaubt	s. Text auf S. 20	verboten	verboten
Irland	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Luxemburg	erlaubt	erlaubt	erlaubt	erlaubt
Niederlande	erlaubt	erlaubt	erlaubt (auch bei Kindern)	erlaubt
Norwegen	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten
Österreich	erlaubt	erlaubt	verboten	verboten

Tabelle 1: Gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern.

Quelle: Pott G. & Meijer D. 2015, S. 21.

6.10 USA

Hier gibt es unterschiedliche Regelungen in den verschiedenen Bundesstaaten zum Thema Sterbehilfe.

Auch in den USA verliefen Debatten einer aktiven Sterbehilfe anfangs erfolglos. Nach mehreren Anläufen im Bundesstaat Oregon wurde 1997 dann das Euthanasiegesetz („Death with Dignity act“) rechtskräftig. Somit ist Oregon anfangs der einzige US-Staat, indem ärztliche Sterbehilfe erlaubt ist. Vorausgesetzt wird, dass der Patient volljährig ist und dessen Lebenserwartung unter einem halben Jahr liegt. Letzteres muss ärztlich festgestellt sein. Der Patient muss seinen Todeswunsch zweimal mündlich und einmal schriftlich geäußert haben, was gutachterlich geprüft werden muss. Es gibt eine Beratung, in der über alternative Behandlungsmöglichkeiten und über eine Vermittlung zur palliativmedizinischen Behandlung gesprochen wird. Nach einer 15-tägigen Wartezeit dürfen dann tödlich wirkende Medikamente verabreicht werden. Die Werbung für Suizidhilfe ist in Oregon verboten (vgl. Payk 2009, S. 113-116; vgl. Borasio 2014, S. 53).

2007 entschied der Oberste Gerichtshof in Washington, dass auch hier den Ärzten nicht verboten werden kann, solche Mittel zu verschreiben. Bei einem Verdacht oder einem Vorliegen einer psychischen Störung muss dies jedoch fachärztlich untersucht werden.

Mittlerweile wurde die Beihilfe zum Suizid auch in den Bundesstaaten Vermont und Montana unter den gleichen Auflagen legalisiert.

7. Organisierte Sterbehilfe

Meinungsumfragen zufolge steigt in den westlichen Ländern Europas die Zustimmung der aktiven Sterbehilfe. Bei einer Erhebung in der Schweiz, wo

Bei Hilfe zum Suizid stattfinden darf, stellte sich heraus, dass mehr als 50% der Befragten für die „allerletzte Möglichkeit im Notfall“ sind und drei Viertel der Befragten akzeptierten die Tätigkeiten, die in Sterbehilfeorganisationen durchgeführt werden. Aus den Ergebnissen der Befragung resultiert, dass Menschen den Tod voller Schmerz, Angst sowie Unruhe fürchten oder von lebenserhaltenden Maschinen abhängig zu sein werden und so ein bitteres Ende erdulden müssen. Aufgrund der steigender Lebenserwartung und die kontinuierlich verbesserten Versorgungsmöglichkeiten haben Patienten den Wunsch auf ein würdevolles Sterben.

In den meisten Ländern gestaltet sich die Realisierung der Sterbehilfe aufgrund der Gesetzeslagen schwierig. Wie bereits erwähnt hat sich in einigen europäischen Ländern das Legalisierungsverbot zur aktiven Sterbehilfe bereits gelockert. Aufgrund rechtlicher Grauzonen und Gesetzeslücken, etablierten sich sogenannte Sterbehilfeorganisationen, die Mitglieder eine Hilfestellung zur Selbsttötung anbieten (vgl. Payk 2009, S. 130-131).

7.1 Exit

„Exit Deutsche Schweiz“ wurde 1982 gegründet und ist die älteste und größte Sterbehilfeorganisation in der Schweiz. Die gilt als eine „Vereinigung des humanen Sterbens“ und hat rund 92000 Mitglieder. Es wird höchsten Wert auf Seriosität und Transparenz gelegt und es erfolgt eine Zusammenarbeit mit den Behörden. Die Organisation setzt sich für ein freies Verfügungsrecht des Menschen über sein Leben und Sterben ein. Das heißt jeder schwerstkranke oder behinderte Mensch soll über das Fortführen oder die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen selbstbestimmt entscheiden dürfen. Exit hat Sorgfaltskriterien zusammengefasst, die erfüllt werden müssen, um einem Sterbewilligen zu helfen. Die wichtigste davon ist, dass die Prognose des Krankheitsverlaufes hoffnungslos ist und es muss ein unerträgliches Leiden durch eine unheilbare Krankheit oder eine unzumutbare Behinderung vorliegen. Oberstes Ziel bleibt die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten.

Die Tätigkeitsbereiche der Organisation sind:

- Patientenverfügung
- Beratung und Suizidprävention
- Förderung von Palliative Care mit eigener Stiftung
- Freitodbegleitung

Mitglieder von Exit können nur Schweizer Bürger sein oder Ausländer deren Wohnsitz in der Schweiz ist. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 45 Schweizer Franken.

Die Mindestmitgliedschaft für einen kostenlosen Freitod beträgt drei Jahre. Für Personen, die weniger als drei Jahre Mitglied bei Exit sind und eine Freitodbegleitung in Anspruch nehmen wollen, müssen Kosten zwischen 3500 und 9000 Schweizer Franken erhoben werden.

Exit- Mitgliedern wird eine vorformulierte Patientenverfügung angeboten, die auf Wunsch individuell angepasst werden kann. Kommt es nach einem Schlaganfall, Koma, Demenz oder anderen Vorfällen dazu, dass der Patient nicht mehr urteilsfähig ist, ist keine Freitodbegleitung mehr möglich.

Voraussetzungen für eine Freitodbegleitung bei Exit ist neben der Mitgliedschaft die Urteilsfähigkeit und Tatherrschaft. Wohlerwogenheit und Konstanz sollen sicherstellen, dass der Sterbewunsch gut durchdacht wurde und nicht aus einer depressiven Stimmung entstammt oder durch Dritte eingeredet wurde. Der Krankheitsverlauf muss für den Sterbewilligen unerträgliche Beschwerden mit sich bringen oder eine unzumutbare Behinderung haben. Auch hochbetagte Menschen, die im wahrsten Sinne des Wortes lebensmüde sind, weil ihnen die Schmerzen zusetzen, sollen ein Recht auf die Begleitung zum Suizid haben.

Entscheidet sich ein Mitglied der Organisation letztendlich für die Begleitung in den Freitod, wird dies erst an die Geschäftsstelle gemeldet. Nach Eingang aller Dokumente (Diagnoseschreiben und ärztliche Bestätigung der Urteilsfähigkeit), wird in einem Gespräch die Situation erklärt und alle Alternativen und das Umfeld besprochen. Danach erfolgt die Beschaffung des rezeptpflichtigen Sterbemittels,

das vom Arzt ausgestellt werden muss. Es handelt sich dabei um das Narkose- und Schlafmittel Natrium- Pentobarbital (NaP). Die Durchführung der Freitodbegleitung findet zu Hause und in Anwesenheit von Angehörigen und Freunden statt. Bedingung ist, dass der Sterbewillige den Tod selbst herbeiführt, indem er das Medikament NaP mit einem Glas Wasser oral einnimmt oder das Öffnen des Infusionshahns selbst vornimmt. Einige Minuten nach der Einnahme fällt der Patient in einen Tiefschlaf und kann diese Welt ruhig und ohne Schmerzen verlassen. Jeder Freitod gilt als rechtlich als „außergewöhnlicher Todesfall“. Dadurch muss nach Feststellung des Todes die Polizei benachrichtigt werden, die dann in Begleitung eines Amtsarztes erscheint (vgl. Informationsbroschüre Exit, 2015).

7.2 Dignitas

Der Verein Dignitas ist eine Abspaltung von Exit und wurde 1998 in Forch, in der Nähe von Zürich gegründet. „Menschenwürdig leben- Menschenwürdig sterben“ ist der Leitspruch und sogleich der Zweck der Organisation. Dignitas verfolgt keinerlei kommerzieller Interessen, sondern sichert ihren Mitgliedern einen würdevollen Tod zu. Der Erfahrung zufolge nimmt nur ein Bruchteil der Mitglieder der Organisation das Angebot der Beihilfe zur Selbsttötung in Anspruch. Durch die Beachtung der Patientenverfügung ist ein würdevolles, natürliches Sterben bereits gesichert. Die Mitgliedschaft bei Dignitas vermittelt dahingehend Sicherheit im Falle eines aussichtslosen langen Leidens die Entscheidung selbst zu treffen, sich davon erlösen zu können.

Eine Übersicht der Tätigkeiten von Dignitas:

- Ausführliche Beratung und Informationen rund um das Lebensende
- Zusammenarbeit mit Ärzten, Kliniken und anderen Informationen
- Durchsetzung der Patientenverfügung und der Patientenrechte
- Selbstmord- und Selbstmordversuchsprävention
- Unterstützung bei behördlichen Konflikten

- Rechtsfortentwicklung in Fragen bezüglich „der letzten Dinge“
- Sterbebegleitung und Freitodhilfe

Mitglied von Dignitas können alle volljährigen Personen werden, auch wenn diese nicht in der Schweiz wohnen und über eine ausländische Staatsbürgerschaft verfügen. Jedoch ist die Hilfestellung zur Freitodbegleitung nur in der Schweiz zulässig. Mitglieder benötigen eine in der Schweiz rechtlich wirksame Patientenverfügung. Um Beizutreten muss eine Beitrittserklärung ausgefüllt und an Dignitas gesendet werden. Daraufhin bekommt das neue Mitglied einen Brief mit der Bestätigung zur Aufnahme zugesandt und auch das auszufüllende Formular zur Patientenverfügung. Die einmalige Eintrittsgebühr bei Dignitas beträgt 200 Schweizer Franken (208€) und ein Beitrag von 80 Schweizer Franken (84€) muss jährlich für die Mitgliedschaft geleistet werden. Damit wird der Verein in deinem Engagement zur Wahrung der Menschenwürde und der Menschenrechte unterstützt. Entscheiden sich Mitglieder für eine Freitodbegleitung fallen weitere Kosten für die Vorbereitung, den Arztbesuch, die Durchführung und der Bestattung an.

Die Sterbebegleitung und die Freitodhilfe sind eine der wichtigsten Dienstleistungen von Dignitas. Für Menschen, die an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit, an einer unzumutbaren Behinderung oder an unbeherrschbaren Schmerzen leiden und sich aus diesen Gründen ein würdevolles Sterben wünschen, bietet Dignitas die Beihilfe zum Freitod an. Ein qualifiziertes Team aus Mitarbeitern, die bezüglich der Beihilfe zum Tod und der Sterbebegleitung über viel Erfahrung verfügen, steht mit Rat und Tat zu Seite. Es wird in einhergehenden Gesprächen abgeklärt, ob die Voraussetzungen gegeben sind und der Sterbewunsch tatsächlich dem Willen des kranken Mitglieds entspricht. Besonders wichtig ist festzustellen, ob die Urteilsfähigkeit des Mitgliedes gegeben ist und es muss abgeklärt werden, dass die Entscheidung des Betroffenen alleine auf seinem Willen entstanden ist und nicht durch Dritte dazu gedrängt wurde.

Zur Durchführung des begleiteten Freitods wird ein letales Medikament von Dignitas verschafft. Dieses rezeptpflichtige Medikament muss, wie bei Exit, von

einem Arzt verschrieben werden, damit es legal ist. Es handelt sich dabei um ein Barbiturat (NaP), das sich einfach in Trinkwasser auflösen lässt. Ein paar Minuten nach der Einnahme fällt der Patient in den Schlaf, der dann risikolos und ruhig in den Tod übergeht.

Nachdem die Voraussetzungen mit den Ärzten geklärt sind und das Rezept des Medikamentes beschafft ist, kann man einen Termin für die Freitodbegleitung festlegen. Bei Mitgliedern, die in der Schweiz leben, wird die Freitodbegleitung in der Regel in der eigenen Wohnung durchgeführt. Für „Sterbetouristen“, die erst in die Schweiz reisen müssen, stehen dafür zweckmäßig eingerichtete Räume zur Verfügung. Bei der Begleitung sind immer mindestens zwei Personen anwesend, die über den Verlauf ein Zeugnis ablegen. Die Familienangehörigen und nahestehenden Menschen des Sterbewilligen werden in die Vorbereitung mit einbezogen und auch das gebührende Verabschieden nimmt eine große Rolle ein. Den zeitlichen Ablauf dürfen die Sterbewilligen selbst entscheiden. Die Einnahme des Medikaments geschieht grundsätzlich oral mit einem Glas Wasser. Mitglieder die über eine Magensonde ernährt werden, führen es sich über die Magensonde zu und wer weder imstande ist zu trinken, noch eine Magensonde besitzt, führt sich das Medikament mittels einer vorbereiteten Infusion zu. Aus rechtlichen Gründen ist es wichtig, dass der letzte Akt vom Patienten selbst vollzogen wird. Nach zwei bis fünf Minuten fällt man in ein tiefes Koma und das Atemzentrum wird gelähmt, wodurch der Tod dann schlussendlich eintritt. Der Vorgang ist absolut risikolos und schmerzfrei (vg. Informationsbroschüre Dignitas).

Die Freitodhilfe der Organisation beruht auf der Rechtsgrundlage, dass vorausgesetzt die Beihilfe zur Selbsttötung beruht nicht auf selbstsüchtigen Motiven und geschieht aufgrund des freien Willens des Patienten, straffrei ist (vgl. Informations- Broschüre Dignitas).

Die folgende Abbildung zeigt die aktuellste Statistik von Dignitas. 2014 haben 204 Menschen die Freitodbegleitung in Anspruch genommen. Davon stammten 3 aus Österreich.

DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben - Forch-Zürich

Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz / Accompanied suicides per year and residence

Jahr / Year	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total nach Land und in % Total per country and in %		
																		Domizil	Total	Total
																		Country	98-14	in %
Total pro Jahr / Total per year	6	5	7	50	76	100	105	138	195	138	132	89	97	160	198	205	204			100
Total seit Beginn / Grand total	6	11	18	68	144	244	349	487	682	820	952	1041	1138	1298	1496	1701	1905			
Grösste Anteile oder Nachbarn der Schweiz / Largest share or neighbouring countries of Switzerland																				
Domizilstaat / Country of residence																				
Schweiz	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6	CH	156	8.19
Deutschland		1	3	31	50	45	66	78	120	75	59	35	29	72	84	92	80	DE	920	48.29
Grossbritannien					1	15	10	15	26	17	23	27	26	22	33	29	29	GB	273	14.33
Frankreich				2	4	12	3	12	16	18	19	7	9	15	20	22	35	FR	194	10.18
Österreich				1	2	2	2	3	2	3	4	3	1	2	4	7	3	AT	39	2.05
Italien				1		2		4	2	1	1	4	4	14	22	14	10	IT	79	4.15
Andere Länder / Other countries																				
Australien						1	1	1	1	4	1		3	3		3	2	AU	20	1.05
Bahamas																1		BS	1	0.05
Belgien							1				1						2	BE	4	0.21
Brasilien													1					BR	1	0.05
Dänemark									1			1				1	2	DK	5	0.26
Finnland														2				FI	3	0.16
Griechenland			1														1	GR	3	0.16
Hong Kong							1											HK	1	0.05
Indien																		IN	2	0.10
Irland						1	1	3				1		1				IE	8	0.42
Island																	1	IS	1	0.05
Israel				1		4	1			2	3	2	1	1	1	3	5	IL	24	1.26
Kanada							1		1	1	5	1	5	1	2	8	11	CA	36	1.89
Kroatien																	1	HR	2	0.10
Libanon			1															LB	1	0.05
Luxemburg														1				LU	1	0.05
Malaysia															1			MY	1	0.05
Monaco																1		MC	1	0.05
Marokko								1			1							MA	2	0.10
Mexiko								1										MX	1	0.05
Neuseeland												1						NZ	1	0.05
Libanon				1														LB	1	0.05
Luxemburg															1			LU	1	0.05
Malaysia																1		MY	1	0.05
Monaco																	1	MC	1	0.05
Marokko								1			1							MA	2	0.10
Mexiko								1										MX	1	0.05
Neuseeland													1					NZ	1	0.05
Niederlande					1	1		1	2	2	1		1	1				NL	10	0.52
Peru											1							PE	1	0.05
Polen														1				PL	1	0.05
Portugal													1			2	1	PT	4	0.21

Jahr / Year	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total nach Land und in % Total per country and in %		
																		Domizil	Total	Total
																		Country	98-14	in %
Andere Länder / Other countries (Fortsetzung)																				
Domizilstaat / Country of residence																				
Russland																		RU	2	0.10
Schweden						2		2	3	2	2		3			2	1	SE	17	0.89
Simbabwe														1				ZW	1	0.05
Singapur																1		SG	1	0.05
Slowenien																1		SI	1	0.05
Spanien				1		1	1	2	3	3	2		3	1	2	2	3	ES	24	1.26
Südafrika															2	2		ZA	4	0.21
Thailand										1								TH	1	0.05
Tschechien									1	1		1					1	CZ	5	0.26
Ungarn										1								HU	1	0.05
Uruguay							1											UR	1	0.05
USA					1	4	3	3		2			5	9	7	10	7	US	51	2.68

Tabelle 2: Freitodbegleitung von DIGNITAS- Mitgliedern nach Jahr und Wohnsitz 1998-2014

Quelle: dignitas.ch

7.3 DGHS

1980 wurde in Deutschland die Organisation „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“ gegründet. Sie setzt sich für mehr Freiheit am Lebensende ein, indem unerträgliches, schmerzvolles und sinnloses Leiden ausbleibt und Menschen in Würde sterben können. Die DGHS ist eine Bürgerrechtsbewegung und eine Menschenrechts- und Patientenschutzorganisation, die sich für Selbstbestimmungsrechte des Menschen einsetzt. Mit dem Titel „Hilfe zum selbstbestimmten Sterben muss straffrei bleiben“ bleiben hat die Organisation 2014 10 Leitsätze zusammengefasst:

1. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland nicht strafbar, wenn die Entscheidung vom Sterbewilligen frei zu verantworten ist. Wenn die Entscheidung jedoch aufgrund einer psychischen Störung entsteht, macht sich der Suizidhelfer strafbar.
2. An dieser Rechtslage soll nichts geändert werden.
3. Sterbewillige, die nicht urteilsfähig sind, dürfen keine Beihilfe zum Suizid in Anspruch nehmen, sondern bedürfen fachärztliche Behandlung, palliativmedizinische und hospizliche Betreuung, welche auch flächendeckend ausgebaut werden müssen, damit sie allen Patienten zur Verfügung stehen, die sie brauchen.
4. Es gibt auch palliative und hospizliche Leistungen, die nicht von Patienten in Anspruch genommen werden, weil es entweder der Krankheitsverlauf nicht zulässt oder diese abgelehnt werden.
5. Passive und indirekte Sterbehilfe soll überall durchgeführt werden, wenn dieser Wille in der Patientenverfügung festgehalten ist, damit die Patienten keine Angst vor dem schmerzvollen, unwürdigen Tod haben müssen.
6. In der Zukunft sollen Erwachsene, solange die Urteilsfähigkeit gegeben ist, ausreichend Unterstützung bei einem selbstbestimmten Lebensende erfahren, vorausgesetzt die Sterbewilligen ihre letzte Lebensphase wird von ihnen als unerträglich und nicht mehr lebenswert eingestuft.
7. Die Lebenswertbestimmung darf niemandem außer dem betroffenen Patienten selbst zustehen.

8. Es wird daher begrüßt, dass viele Landesärztekammern den Vorschlag der Bundesärztekammer des strikten Verbots der Suizidhilfe nicht übernommen haben.
9. Ärzte haben das Recht Sterbewilligen zu helfen. Dies steht unter dem Schutz der Verfassung und darf nicht eingeschränkt werden.
10. Die Achtung der Menschenwürde gebietet selbstbestimmt die Entscheidung zu einem Suizid zu treffen und er darf nicht von Dritte gedrängt werden (vgl. DGHS 2014).

8. Schlussfolgerung

Für das Verständnis war es vorerst wichtig alle Begriffe zum Thema Sterben und Sterbehilfe zu definieren um den Lesefluss problemlos zu ermöglichen. Mit dem Kapitel „Autonomie und Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase“ wurde der Zusammenhang zwischen „sterben“ und „Würde“ erklärt, welches in der heutigen Gesellschaft durch die Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht sowie der Betreuungsvollmacht gegeben sein soll. Menschen haben also das Recht Behandlungen abzulehnen, sollten sie zu einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig sein. Die Frage, warum Menschen nicht selbstbestimmt sterben dürfen, wenn sie bei vollem Bewusstsein sind und klar denken können, eine unheilbare Krankheit haben, die begleitet wird von qualvollen Schmerzen und sich aufgrund dessen den Tod wünschen, bleibt ungeklärt. Nur in den Beneluxstaaten ist es in wenigen Fällen möglich leidende Menschen durch die aktive Sterbehilfe zu erlösen. In allen anderen Ländern wird diese Tat als Mord bestraft. Sowie auch in Österreich. Aktive Sterbehilfe wird eindeutig und zweifelsfrei von den Vertretern der österreichischen Palliativgesellschaft, dem österreichischen Hospizverein und anderen Institutionen, abgelehnt. Sie setzen sich für ein würdevolles Sterben ein, jedoch durch umfassende Pflege, damit das Sterben einen natürlichen Lauf nimmt.

Obwohl sich die rechtliche Lage zwischen Österreich und Deutschland ähnelt, gibt es einen bedeutenden Unterschied. Der wohl meist diskutierte Begriff zu dieser Thematik ist die „Freitodbegleitung“ beziehungsweise der „assistierte Suizid“. Während das Begleiten einer sterbewilligen Person, die ihren Tod selbstständig durch medizinische Mittel herbeiführt, in Österreich wie die aktive Sterbehilfe als Mord deklariert wird, ist sie in Deutschland straffrei. Das deutsche Gesetz besagt, dass dieses Vorgehen als Selbstmord gesehen wird, welcher nicht bestraft wird. Auch in Österreich ist Selbstmord straffrei, jedoch im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid verboten. Eine Änderung der Rechtslage ist in den nächsten Jahren nicht vorgesehen wobei eine Lockerung des Gesetzes zur aktiven Sterbehilfe und Begleitung des Selbstmordes laut Medien immer mehr Zuspruch findet.

Um das österreichische Gesetz zu umgehen, beschließen einige sterbewillige

Menschen, die Reise in die Schweiz auf sich zu nehmen um die Freitodbegleitung in Anspruch zu nehmen, da es nur dort erlaubt ist, ausländische Menschen zu betreuen. In der Schweiz gibt es, wie beschrieben, sogenannte Sterbehilfeorganisationen, welche unter anderem den assistierten Suizid durch geschultes Fachpersonal, anbieten. Wichtig dabei ist, dass der letzte Schritt zum Sterben, das heißt, das Einnehmen des Medikaments oder das Einleiten der Infusion, durch den sterbewilligen Patienten geschieht, damit es zweifelsfrei als Selbstmord gehandelt wird.

Dieses Vorgehen ist jedoch mit hohen Kosten und administrativen Aufwand sowie mit einigen Gesprächen und Untersuchungen verbunden.

„Sterbetouristen“, das heißt Menschen, deren Wohnsitz nicht in der Schweiz ist, können das Angebot des assistierten Suizides nur bei der Organisation „Dignitas“ in Anspruch nehmen.

Die Debatte rund um die Sterbehilfe und dem assistierten Suizid wird in den nächsten Jahren noch öfters auflammen und auch die Gesetzgeber müssen sich früher oder später zu diesem Thema aussprechen. Die kontroversen Fragen zum Lebensende sollen Klarheit schaffen und müssen dann für jeden zugänglich sein.

Literaturverzeichnis

Bücher:

Aulbert, E., Nauck, F., Radbruch, L. (2012) *Lehrbuch der Palliativmedizin*, 3. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart.

Bardola, Nicola (2009) *Der begleitete Freitod: Ein Plädoyer für die Selbstbestimmung über das eigene Leben*, Südwest Verlag, München.

Benzenhöfer, Udo (2009) *Der gute Tod?: Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen.

Borasio, Gian Domenico (2014) *selbst bestimmt sterben*, C. H. Beck Verlag, München.

Englert et.al (2005) *Blickpunkt Ethik, Euthanasie: Nationale und europäische Perspektiven*, Lit- Verlag, Münster.

Payk, Theo R. (2009) *Der beschützte Abschied, Streitfall Sterbehilfe*, Kösel-Verlag, München.

Pott, G., Meijer D. (2015) *Sterbebegleitung in Europa*, Schattauer GmbH, Stuttgart.

Schell, Werner (2002) *Sterbebegleitung und Sterbehilfe: Gesetze, Rechtsprechung, Deklarationen, Richtlinien, Stellungnahmen*, 3. Auflage, Schülersche GmbH & Co., Verlag und Druckerei, Hannover.

Zülicke, Freddy (2005) *Sterbehilfe in der Diskussion: Eine vergleichende Analyse der Debatten in den USA und Deutschland*, Lit Verlag, München.

Internet:

Bundesgesetzesblatt für die Republik Österreich (2006) *Patientenvergütungs-Gesetz- PatVG*, URL:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/8/9/CH1096/CMS1160730474485/gesetzestext_patvg_patientenverfuegung.pdf (abgerufen am 10.09.2015).

DGHS (2014) *Hilfe zum selbstbestimmten Sterben muss straffrei bleiben*. Presse-Erklärung. URL:

http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/DGHS_PE_120314_10_Leitsaetze_Gegen_strafgesetzliches_Verbot.pdf (abgerufen am 22.09.2015).

Gesundheit Österreich GmbH (2014) *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene*, URL:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf (abgerufen am 21.09.2015).

Hospiz Österreich & Österreichische Palliativgesellschaft (2014) *Leben bis zuletzt*,

URL: http://www.hospiz.at/pdf_dl/Stellungnahme_DVHOE-OPG_zu_Toetung_auf%20Verlangen_2014_final.pdf (abgerufen am 15.09.2015).

Infomations- Broschüre Dignitas (o.J) *DIGNITAS- Menschenwürdig leben,*

Menschenwürdig sterben, URL: <http://dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf> (abgerufen am 20.09.2015).

Informationsbroschüre Exit (2015) *Selbstbestimmung im Leben und im Sterben*,

URL: https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/files/selbstbestimmung-im-leben-und-im-sterben.pdf (abgerufen am 20.09.2015).

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (2014) *Stellungnahme der ARGE „Ethik“ der ÖGARI zur gegenwärtigen Sterbehilfe-Diskussion*, URL:

https://www.oegari.at/web_files/dateiarchiv/643/%C3%96GARI-ARGE-ETHIK-StellungnahmeSterbehilfe-V3-Off-13-03-2014.pdf (abgerufen am 15.09.2015).

Unzensuriert.at (2015) „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“, URL:

<https://www.unzensuriert.at/content/0019187-Geschaeftsmaessige-Foerderung-des-Selbsttoetung-wird-Deutschland-straefbar-SS-217>

Tabellenverzeichnis

[Tabelle 1: Gesetzliche Regelungen zur Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern. Quelle: Pott G. & Meijer D. 2015, S. 21.](#)..... 30

[Tabelle 2: Freitodbegleitung von DIGNITAS- Mitgliedern nach Jahr und Wohnsitz 1998-2014 Quelle: dignitas.ch](#)..... 38