

Diplomarbeit

**Der assistierte Suizid in Österreich: Theoretische,
prozedurale und medizinethische Aspekte**

eingereicht von

Laurin Erlacher

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Diagnostik & Forschungsinstitut für Humangenetik

unter der Anleitung von

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr. Dr. Erwin Petek

Mag. Dr.theol. Johann Platzer

Graz, 01.06.2026

Eidesstattliche Erklärung

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

Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.

Graz, am 01.06.2026

Laurin Erlacher eh.

Danksagungen

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, die mich während des gesamten Studiums stets bedingungslos unterstützt und mir den nötigen Rückhalt gegeben hat. Allen voran möchte ich meiner Ehefrau von ganzem Herzen für ihre unendliche Geduld, ihr Verständnis und ihre Unterstützung danken, ohne die dieser Weg so nicht möglich gewesen wäre. Ebenso danke ich meiner Mutter, die mir stets ein Vorbild war und mir während des gesamten Studiums mit Rat und Tat zur Seite stand, als ich ihn benötigte.

Für die fachliche Betreuung dieser Diplomarbeit möchte ich meinen Betreuern meinen aufrichtigen Dank aussprechen. Ich bedanke mich für die Zeit und die Mühe, die sie diesem Projekt gewidmet haben.

Nicht zuletzt danke ich meinen Freund*innen, die mich immer wieder motiviert haben, auch in herausfordernden Momenten des Studiums den Blick nach vorne zu richten.

Zusammenfassung

Seit dem 1. Jänner 2022 ist in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Kraft, welches einen rechtlichen Rahmen für den assistierten Suizid geschaffen hat. Die vorliegende Arbeit untersucht auf medizinethischer Basis die Auswirkungen dieser Regelung auf die Praxis im Gesundheitswesen. Dabei zeigt sich, dass die bloße rechtliche Zulässigkeit die komplexen moralischen Spannungsfelder am Lebensende keineswegs auflöst, sondern diese vielmehr aus der abstrakten juristischen Theorie direkt in den Alltag der medizinischen Versorgungsrealität verschiebt.

Die Analyse verdeutlicht, dass der gesetzlich vorgesehene Ablauf in der praktischen Umsetzung auf strukturelle, medizinische und organisatorische Hindernisse stößt. Besonders die geforderte Begutachtung der Entscheidungsfähigkeit erweist sich als hochkomplexer Prozess, der die Ärzt*innenschaft vor große Herausforderungen stellt. Zudem führt die Verlagerung des Sterbeprozesses im Zuge des assistierten Suizids in den privaten Raum zu einer neuen Belastung für An- und Zugehörige, die in dieser Extremsituation häufig auf sich allein gestellt sind. Neben diesen praktischen Schwierigkeiten stehen institutionelle „Verweigerungshaltungen“, die den Zugang zur Suizidassistenz faktisch einschränken können.

Ein zentrales Ergebnis der Analyse ist, dass die medizinische Profession durch die neue Rechtslage in einen tiefgreifenden ethischen Gewissenskonflikt geraten ist. Das klassische ärztliche Selbstverständnis, das traditionell auf der Fürsorgepflicht und dem Schutz des Lebens aufbaut, kollidiert hierbei unweigerlich mit dem Recht der Patient*innen auf eine selbstbestimmte Gestaltung des Lebensendes. Dabei zeigt sich, dass die ärztliche Haltung zur Suizidassistenz stark von individuellen Werthaltungen und den jeweiligen institutionellen Vorgaben geprägt ist. Und es zeigt sich auch die Gefahr einer neuen Form des ärztlichen Paternalismus, da das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen stets unter dem Vorbehalt der ärztlichen Einschätzung verbleibt. Auch der Umstand, dass für die Beratung keine psychologische oder spirituell-seelsorgerliche Expertise verpflichtend vorgesehen ist, wird kritisch betrachtet.

Abschließend unterstreicht die Arbeit, dass die Suizidassistenz eine fortlaufende gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Um eine würdevolle Begleitung zu gewährleisten, muss strikt vermieden werden, dass beispielsweise sozioökonomischer Druck dazu führt, dass schwerkranke Menschen den Suizid als alternativlosen Ausweg wahrnehmen. Stattdessen sind qualitative Alternativen wie der Ausbau der multiprofessionellen Hospiz- und Palliativversorgung unabdingbar. Nur durch eine professionelle Entlastung des Gesundheitspersonals und den gezielten Aufbau ethischer Support-Strukturen lässt sich eine würdevolle Begleitung am Lebensende langfristig sicherstellen.

Abstract

The Assisted Suicide Act (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) has been in effect in Austria since January 1, 2022, establishing a legal framework for assisted suicide. This study examines, from a medical-ethical perspective, the effects of this regulation on healthcare practice. It demonstrates that mere legal permissibility by no means resolves the complex moral tensions at the end of life, but rather shifts them directly from abstract legal theory into the everyday reality of medical care.

The analysis illustrates that the legally prescribed procedure encounters structural, medical, and organizational obstacles in its practical implementation. In particular, the required assessment of decision-making capacity proves to be a highly complex process that poses significant challenges for the medical profession. Furthermore, the shift of the dying process into the private sphere in the context of assisted suicide places a new burden on relatives and loved ones, who are often left to fend for themselves in this extreme situation. In addition to these practical difficulties, there are institutional "refusal attitudes" that can effectively restrict access to assisted suicide.

A key finding of the analysis is that the new legal situation has plunged the medical profession into a profound ethical conflict of conscience. The classic medical self-image, traditionally based on the duty of care and the protection of life, inevitably collides here with patients' right to self-determination regarding the end of life. It becomes apparent that physicians' attitudes toward assisted suicide are strongly shaped by individual values and the respective institutional guidelines. There is also a risk of a new form of medical paternalism, as the patient's right to self-determination remains subject to the physician's assessment. Furthermore, the fact that no specific psychological or pastoral expertise is required for counseling is viewed critically.

In conclusion, the study emphasizes that assisted suicide is an ongoing societal responsibility. To ensure dignified end-of-life care, it is essential to strictly prevent situations where, for example, socioeconomic pressure leads seriously ill people to perceive suicide as the only option. Instead, high-quality alternatives such as the expansion of multiprofessional hospice and palliative care are indispensable. Only by professionally relieving the burden on healthcare personnel and systematically

establishing ethical support structures can dignified end-of-life care be ensured in the long term.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen und deren Erklärung	1
Einleitung.....	2
Problemstellung und gesellschaftliche Relevanz der Thematik	2
Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit	3
Methodik und Aufbau der Arbeit	5
3. Theoretische und ethische Grundlagen.....	7
3.1 Terminologische Einordnung der Sterbehilfe	7
3.1.1 Passive, indirekte und aktive Sterbehilfe	8
3.1.1.1 Passive Sterbehilfe (Behandlungsverzicht und -abbruch)	8
3.1.1.2 Indirekte Sterbehilfe (Therapie am Lebensende mit lebensverkürzender Nebenfolge).....	10
3.1.1.3 Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) und der Begriff der „Euthanasie“	11
3.1.2 Suizid und Beihilfe zur Selbsttötung.....	13
3.1.2.1 Definition von Suizid und Suizidalität.....	13
3.1.2.2 Bilanzsuizid vs. Impulsiver Suizid.....	15
3.1.2.3 Beihilfe zur Selbsttötung: Assistierter Suizid	15
3.1.3 Abgrenzung zur Palliativen Sedierung und zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF).....	16
3.1.3.1 Palliative Care und palliative Behandlung	17
3.1.3.2 Palliative Sedierung.....	18
3.1.3.3 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF / „Sterbefasten“).....	18
3.2 Ethische Bezugsrahmen, Theorie und Ethisches Fundament im ärztlichen Handeln	19
3.2.1 Übersicht relevanter Ethikströmungen	21
3.2.1.1 Pflichtethik (Kant)	23
3.2.1.2 Utilitaristische Ethik	25
3.2.1.3 Tugendethik.....	26
3.2.1.4 Diskursethik.....	27
3.2.1.5 Die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (Fokus auf Autonomie vs. Fürsorgepflicht)	27
3.2.2 Hippokratischer Eid und Genfer Gelöbnis	31
3.2.3 Menschenwürde und Menschenrechte	34
4. Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich	35
4.1 Historische Entwicklung und Rechtslage vor 2022 (§ 78 StGB alt).....	36
4.2 Das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) 2022 im Überblick (vor Inkrafttreten der Änderungen am 01.06.2026)	36
4.3 Neue juristische Dynamiken: Das VfGH-Erkenntnis vom Dezember 2024 und die Veränderung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) mit 01.06.2026	38
4.4 Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung (StVf-Präp-V)	39
5. Praxis und prozeduraler Ablauf der Inanspruchnahme	42
5.1 Zugangsvoraussetzungen und Fristen (Krankheit nach § 6 Abs 3 und Wartefristen)	42
5.2 Die ärztliche Aufklärung nach § 7 StVfG.....	43
5.2.1 Das Zwei-Ärzt*innen-Prinzip und die geforderte Palliative-Care-Expertise	44

5.2.2 Herausforderungen der Gesprächsführung und Informationsvermittlung	44
5.3 Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit.....	45
5.4 Formale Errichtung der Sterbeverfügung (Notariat / Patient*innenanwaltschaft)	47
5.5 Natrium-Pentobarbital und Begleitmedikation.....	48
5.6 Medizinische Risiken und Komplikationen	49
6. Versorgungsrealität und ethische Spannungsfelder: Eine Mehrebenen-Analyse	51
6.1 Die Mikro-Ebene: Individualethik am Krankenbett	52
6.1.1 Die Perspektive der Patient*innen: Subjektives Leiden und die Grenzen der Autonomie	52
6.1.2 Der ärztliche Gewissenskonflikt: Zwischen Autonomieförderung und Fürsorgepflicht	54
6.1.3 Die Rolle und Belastung der Angehörigen	56
6.2 Die Meso-Ebene: Professions- und Organisationsethik.....	58
6.2.1 Das ärztliche Ethos im Wandel	58
6.2.2 Moral Distress und der Gewissensvorbehalt (§ 2 StVfG)	59
6.2.3 Das institutionelle Spannungsfeld: Palliative Care vs. Suizidassistentz	61
6.2.4 Organisationsethik: Institutionelle Positionierungen im österreichischen Gesundheitswesen.....	62
6.3 Die Makro-Ebene: Sozialethik und gesamtgesellschaftliche Verantwortung.....	64
6.3.1 Die staatliche Schutzpflicht für vulnerable Gruppen	64
6.3.2 Gerechtigkeit (Justice) und strukturelle Barrieren.....	65
6.3.3 Das Dambruchargument („Slippery Slope“)	66
7. Diskussion	68
7.1 Synthese der rechtlichen, medizinethischen und klinisch-praktischen Erkenntnisse	68
7.2 Reflexion und Limitation der Methode.....	72
8. Schlussfolgerungen und Ausblick.....	72
9. Literatur- und Quellenverzeichnis	75
Hilfsmittelverzeichnis	88

Abkürzungen und deren Erklärung

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
ÄrzteG	Ärztegesetz
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
CDC	Center for Disease Control and Prevention
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
EAPC	European Association for Palliative Care
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
FVNF	freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
PEG-Sonde	Perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonde
QALYs	qualitätsbereinigte Lebensjahre (quality-adjusted life years)
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
StVf-Präp-V	Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WMA	Weltärztebund (bzw. World Medical Association)

Einleitung

Problemstellung und gesellschaftliche Relevanz der Thematik

Bis Ende des Jahres 2021 gab es in Österreich ein absolutes Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung. Jedoch sorgte eine Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (VfGH) im Dezember 2020 für eine grundlegende Wende. Das Höchstgericht stellte fest, dass eine derart strikte Kriminalisierung gegen das verankerte Recht auf freie Selbstbestimmung verstößt. Um nach der Aufhebung dieses Verbots die notwendige Rechtssicherheit für alle Beteiligten zu gewährleisten, trat mit 1. Jänner 2022 das sogenannte Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Kraft, welches den Zugang und die Voraussetzungen für den assistierten Suizid regelt. Damit vollzog Österreich einen weitreichenden rechtlichen und ethischen Wandel am Lebensende.

Diese Neuregelung war jedoch nicht das Ende der Debatte, sondern vielmehr der Beginn ganz neuer Herausforderungen im medizinischen und pflegerischen Alltag. Das Hauptproblem liegt darin, dass eine rein juristische Erlaubnis die tiefgehenden medizinethischen Konflikte nicht einfach auflöst. Vielmehr verschiebt das Gesetz diese Dilemmata aus der abstrakten Theorie direkt in die Praxis – an das Krankenbett, in Pflegeheime und in das familiäre Umfeld der Betroffenen. Dabei geraten Ärzt*innen sowie das Pflegepersonal oft in einen enormen Konflikt zwischen rechtlichen Vorgaben, institutionellen Regeln und dem eigenen ethischen Anspruch. Zudem wird viel Verantwortung auf medizinische Laien abgewälzt. Da der assistierte Suizid meist im privaten Raum stattfindet, sind es oft die Angehörigen, die dabei anwesend sind, was diese emotional stark belasten und überfordern kann.

Die gesellschaftliche Brisanz dieser Entwicklung zeigt sich in dem ständigen Spannungsfeld zwischen dem Schutz des Lebens und dem Recht auf Selbstbestimmung. Auf der einen Seite hat der Staat die unbedingte Pflicht, das Leben zu schützen und sicherzustellen, dass Entscheidungen über den Tod völlig frei von Zwang oder Irrtümern getroffen werden. Auf der anderen Seite steht die Autonomie der Patient*innen, die nicht gezwungen werden dürfen, ein für sie unerträgliches Leiden gegen ihren Willen zu verlängern. In dieser Diskussion spielt zum Beispiel die sogenannte „Dammbruch-Gefahr“ eine große Rolle. Es besteht

nämlich die Sorge, dass die Möglichkeit des assistierten Suizids einen subtilen Druck auf vulnerable Gruppen ausüben könnte. Gerade ältere oder pflegebedürftige Menschen könnten das Gefühl bekommen, ihr Leben beenden zu müssen, um ihren Familien oder dem Gesundheitssystem nicht länger zur Last zu fallen. So droht das freie Recht auf Selbstbestimmung im schlimmsten Fall zu einer inneren Pflicht zu werden, sterben zu müssen.

Daher erfordert diese rechtliche Öffnung einen genauen Blick auf die Realität. Wir stehen als Gesellschaft vor der Aufgabe, Selbstbestimmung zu garantieren, ohne dabei das Angewiesensein auf Pflege oder die Abhängigkeit im Alter abzuwerten. Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an. Sie versucht die Lücke zwischen den strengen gesetzlichen Vorgaben und den tatsächlichen ethischen, medizinischen sowie organisatorischen Bedingungen in der österreichischen Versorgungspraxis zu untersuchen.

Forschungsfrage und Zielsetzung der Arbeit

Mit dem Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes schuf der österreichische Gesetzgeber einen formalen Rahmen für die Inanspruchnahme der Suizidhilfe. Die vorliegende Diplomarbeit verfolgt dabei jedoch nicht das Ziel, den assistierten Suizid pauschal moralisch zu verurteilen oder unkritisch zu befürworten. Vielmehr soll sie einer sachlichen und neutralen Bestandsaufnahme dienen, um einen ergebnisoffenen Diskurs zu fördern. Dabei soll die Diskrepanz zwischen den teilweise abstrakt normierten Rechtsvorgaben und der tatsächlichen Versorgungsrealität ausgeleuchtet werden. Der Gesetzgeber hat nämlich ein theoretisches Modell entworfen, das in der täglichen Praxis rasch an strukturelle, medizinische und organisatorische Grenzen stoßen kann.

Um diese Spannungsfelder systematisch untersuchen zu können, leitet sich daraus die **Hauptforschungsfrage** der Arbeit ab:

Wie gestaltet sich der rechtlich vorgesehene Ablauf des assistierten Suizids in Österreich und welche medizinischen sowie ethischen Spannungsfelder ergeben sich bei dessen Umsetzung?

Damit diese umfassende Thematik noch präziser bearbeitet werden kann, wird die Untersuchung durch zwei spezifische Unterfragen weiter eingegrenzt.

Die **erste Unterfrage** lautet:

Welche konkreten Hürden manifestieren sich im klinischen und privaten Vollzug des Gesetzes – von der ärztlichen Begutachtung bis hin zur tatsächlichen Lebensbeendigung?

Daran anknüpfend stellt sich weiters die **zweite Unterfrage**:

Wie ist dieser rechtlich normierte Prozess in der aktuellen medizinethischen Diskussion zu bewerten, speziell im Hinblick auf den Konflikt zwischen Patient*innenautonomie und ärztlicher Fürsorgepflicht?

Um diese Fragen beantworten zu können, ist eine Analyse jener Hürden notwendig, mit denen sterbewillige Personen, deren Angehörige sowie das medizinische Personal im Versorgungsalltag unmittelbar konfrontiert werden.

Methodik und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Diplomarbeit ist als reine Literaturarbeit konzipiert. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden dabei keine eigenen empirischen Daten erhoben. Vielmehr stützt sich die methodische Vorgehensweise auf eine systematische Literatur- und Rechtsanalyse. Als Grundlage dient die Auswertung aktueller medizinethischer, juristischer und palliativmedizinischer Fachliteratur. Zudem werden Gesetzestexte, höchstgerichtliche Erkenntnisse sowie klinische Handreichungen als Quellen herangezogen.

Als primäres ethisches Fundament dient das in der Bioethik/Medizinethik fest etablierte Vier-Prinzipien-Modell von Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Dieses Modell besteht aus der Achtung der Autonomie, dem Nichtschaden, dem Wohltun sowie der Gerechtigkeit und bildet das strukturelle Gerüst der normativen Betrachtung. Um jedoch die moralischen Konflikte am Lebensende in ihrer ganzen Tragweite erfassen zu können, wird dieses Fundament durch individual-, professions- und sozialetische Ansätze gezielt erweitert.

Zur Auswertung der Versorgungsrealität kommt eine Mehrebenen-Analyse zur Anwendung. Dieses Instrument ermöglicht es, ethische Reflexionen nicht isoliert zu betrachten, sondern sie systematisch auf drei ineinandergreifenden Ebenen zu verorten. Dabei beleuchtet die Makro-Ebene den Staat, die Gesetzgebung und die Gesamtgesellschaft. Die Meso-Ebene fokussiert sich auf Institutionen wie Krankenhäuser oder Pflegeheime, aber auch auf die involvierten Professionen der Medizin. Die Mikro-Ebene richtet den Blick schließlich auf das unmittelbar betroffene Individuum und dessen Angehörige. Durch die Zusammenschau dieser drei Ebenen soll die Diskrepanz zwischen dem abstrakten Gesetz und der gelebten Praxis strukturiert erfasst werden.

Ausgehend von dieser methodischen Ausrichtung gliedert sich die Arbeit in aufeinander aufbauende Kapitel. Nach einer Einführung in die Thematik widmet sich das dritte Kapitel den theoretischen und ethischen Grundlagen. Darin erfolgt eine terminologische Einordnung der Sterbehilfeformen sowie eine Darstellung relevanter moralphilosophischer Strömungen und ärztlicher Berufsethiken.

Das vierte Kapitel analysiert weiters die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich. Neben der historischen Entwicklung und den Grundzügen des

Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) von 2022 liegt ein besonderer Fokus auf den jüngsten juristischen Neuerungen. Diese wurden durch die Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes (VfGH) vom Dezember 2024 herbeigeführt.

Darauf aufbauend untersucht Kapitel 5 die konkrete Praxis und den prozeduralen Ablauf der Suizidassistenz. Im Mittelpunkt stehen dabei die klinischen Herausforderungen – von der ärztlichen Aufklärung über die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit bis hin zur Pharmakologie und den potenziellen medizinischen Komplikationen.

Kapitel 6 führt die rechtlichen und praktischen Stränge zusammen und mündet in die ethische Mehrebenen-Analyse. In diesen Kapiteln werden die theoretischen Modelle auf die Versorgungsrealität angewandt. Dadurch können die Spannungsfelder zwischen zum Beispiel Autonomie, Fürsorgepflicht, Organisationsethik und gesellschaftlicher Verantwortung klar herausgearbeitet werden.

Zuletzt schließt die Arbeit in Kapitel 7 mit einer Diskussion. Darin werden die rechtlichen, medizinethischen und praktischen Erkenntnisse zusammengeführt und die angewandte Methodik abschließend reflektiert.

3. Theoretische und ethische Grundlagen

3.1 Terminologische Einordnung der Sterbehilfe

In der medizinethischen und rechtlichen Diskussion um Entscheidungen am Lebensende orientiert man sich historisch meist an vier klassischen Formen: der passiven, der indirekten und der aktiven Sterbehilfe sowie der Beihilfe zur Selbsttötung (vgl. Gerhard 2023, S. 173). Auch wenn diese „traditionelle Terminologie“ in der modernen Ethik teils als nicht mehr zeitgemäß kritisiert wird (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12), hat dieses System vor allem einen pragmatischen Grund: Es soll terminologische Missverständnisse verhindern und dabei helfen, strafrechtlich relevante Tötungsdelikte sauber von rechtlich legitimen ärztlichen Handlungen am Lebensende abzugrenzen (vgl. Maio 2017, S. 438–439). Der Medizinethiker Giovanni Maio knüpft diese Unterscheidung an feste Kriterien. Ausschlaggebend sind hier die Kausalität auf der normativen Ebene, die Intention auf der intentionalen Ebene – also das Herbeiführen im Gegensatz zum „Geschehenlassen“ – und die deskriptive Handlungsart in Form von Tun oder Unterlassen (vgl. Maio 2017, S. 444).

Obwohl diese Einteilung in der Praxis fest verankert ist, wird die moralische Tragfähigkeit dieser Grenzen in der Bioethik grundlegend hinterfragt (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 293). Ein bekanntes Beispiel für diese Kritik findet sich bei Peter Singer, der die herkömmliche Unterscheidung zwischen Töten und Sterbenlassen bezweifelt (vgl. Singer 1999, S. 205–206). Wenn das Resultat – der Tod – und das Motiv – die Erlösung von schwerem Leid – deckungsgleich sind, sieht Singer keinen wesentlichen moralischen Unterschied zwischen den beiden Handlungsformen. Ein ethisches System, welches das Unterlassen erlaubt, ein wirkungsgleiches aktives Handeln jedoch verurteilt, ist aus dieser utilitaristischen Sichtweise in sich widersprüchlich (vgl. Singer 1999, S. 208-209).

Aus einer anderen ethischen Perspektive argumentieren Beauchamp und Childress, die das „traditionelle Modell“ ebenfalls kritisieren, den Fokus jedoch verschieben. Für sie ist nicht die äußere Handlungsform entscheidend, sondern vielmehr rücken die rechtmäßige, selbstbestimmte Autorisierung durch die Patient*innen und die spezifische Pflichtenlage der Fachkräfte in den Mittelpunkt

(vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 298–299). Sie betonen, dass ein bloßes Abstellen auf rein beschreibende Handlungsarten in der klinischen Realität an „Ungenauigkeit und moralischer Konfusion“, wie es Beauchamp und Childress benennen, leidet (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 299). Um die Problematik der moralischen und rechtlichen Verantwortung präziser zu fassen, fordern sie anstelle der Debatte um Töten und Sterbenlassen eine Fokussierung auf die Kategorien „notwendige“ und „optionale“ Behandlungen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 299).

Aufgrund der beschriebenen begrifflichen Unschärfen hat die österreichische Bioethikkommission – in Anlehnung an den Deutschen Nationalen Ethikrat – bereits im Jahr 2011 empfohlen, die klassische Terminologie aufzugeben (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12). Es wurde argumentiert, dass die alten juristischen Begriffe vor allem den Stellenwert palliativer Maßnahmen nicht adäquat erfassen und diese zu Unrecht negativ behaften (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12). Für mehr Klarheit im medizinischen Alltag sollten stattdessen präzisere Formulierungen genutzt werden. Konkret schlug die Kommission Bezeichnungen wie „Sterbebegleitung“, „Therapie am Lebensende“ sowie das „Sterben zulassen“ vor (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12).

Während die „traditionelle Einteilung“ in der Fachwelt seither an Bedeutung verliert, bleibt sie im allgemeinen öffentlichen Sprachgebrauch weiterhin dominant präsent, was laut dem Juristen Michael Halmich regelmäßig zu Missverständnissen und falschen Assoziationen führt (vgl. Halmich 2022, S. 228). Mit dieser notwendigen begrifflichen Neuorientierung und den empfohlenen Termini wird sich in den folgenden Kapiteln an den passenden Stellen näher befasst.

3.1.1 Passive, indirekte und aktive Sterbehilfe

3.1.1.1 Passive Sterbehilfe (Behandlungsverzicht und -abbruch)

Die sogenannte passive Sterbehilfe umfasst das Unterlassen oder Beenden lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen (vgl. Maio 2017, S. 439). In der modernen Medizinethik wird sie von Autoren wie Giovanni Maio präziser als „Sterbenlassen“ (vgl. Maio 2017, S. 438–439) und von der österreichischen

Bioethikkommission als „Sterben zulassen“ bezeichnet (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12). Eine terminologische Besonderheit liegt darin, dass dieser Begriff nicht rein deskriptiv ist, sondern neben dem bloßen Unterlassen (Therapieverzicht) auch das aktive Beenden einer Behandlung (Therapieabbruch) umfasst (vgl. Maio 2017, S. 439). So wird etwa das Abschalten eines Beatmungsgerätes ebenfalls als passive Sterbehilfe gewertet, sofern die Intention darin besteht, einen unaufhaltsamen Sterbeprozess nicht künstlich in die Länge zu ziehen (vgl. Maio 2017, S. 439–440). Die ethische Haltung hinter dieser Kategorie stützt sich auf ein Akzeptieren: Der Tod wird als unaufhaltsame Endlichkeit betrachtet, die man annehmend zulässt, anstatt ihn als ein aktiv herbeigeführtes Ereignis zu werten (vgl. Maio 2017, S. 441).

In der österreichischen Rechts- und Spitalspraxis ruht die Legitimität der passiven Sterbehilfe im Wesentlichen auf zwei zentralen Säulen. Die erste Säule bildet die Patient*innenautonomie, die vom Verfassungsgerichtshof als „Behandlungshoheit“ des*der Patient*in definiert wird (vgl. VfGH 2020, Rz 97, S. 85). Die behandelnden Ärzt*innen müssen der aufgeklärten und informierten Entscheidung von Patient*innen, eine Maßnahme abzulehnen oder abubrechen, zwingend nachkommen, selbst wenn dies den Tod zur Folge hat (vgl. VfGH 2020, Rz 97, S. 85). Eine Fortführung gegen den expliziten Willen erfüllt in Österreich den Straftatbestand der eigenmächtigen Heilbehandlung gemäß § 110 StGB (vgl. VfGH 2020, Rz 95, S. 84). In Konsequenz des § 110 StGB erlischt bei einer Verweigerung durch die Patient*innen für das medizinische Personal folglich sowohl die rechtliche Befugnis als auch die Verpflichtung zu einer weiteren Behandlung (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 9).

Als zweite Säule schließt daran die Therapiezieländerung an: Eine medizinische Maßnahme kann unterlassen oder beendet werden, falls diese angesichts des Krankheitsverlaufs keinen therapeutischen Sinn mehr ergibt und den Sterbevorgang nur noch künstlich hinauszögern würde (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 12). Die Bioethiker Beauchamp und Childress warnen in diesem Kontext zwar vor der Ungenauigkeit des Begriffs der „Aussichtslosigkeit“ (futility) und plädieren als Alternative für die Definition „klinisch nicht nützliche Eingriffe“ (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 374), stimmen jedoch darin überein, dass lebenserhaltende Maßnahmen optional sind, wenn die Gesamtbelastungen den

Nutzen für die Patient*innen überwiegen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 282). Ist eine Lebenserhaltung nicht mehr indiziert, verschiebt sich die ärztliche Pflicht von der Kuration hin zur Palliation und zur gezielten Symptomkontrolle. Diese konsequente Rücknahme der Therapie bis auf palliative Basismaßnahmen ist in einem irreversiblen Sterbeprozess auch aus ethischer Sicht zwingend geboten (vgl. Sold und Schmidt 2021, S. 354–355).

3.1.1.2 Indirekte Sterbehilfe (Therapie am Lebensende mit lebensverkürzender Nebenfolge)

Unter dem Begriff der indirekten Sterbehilfe versteht man die medizinische Behandlung von Leidenszuständen, bei der man eine mögliche Lebensverkürzung als Nebenwirkung in Kauf nimmt (vgl. Maio 2017, S. 444). Im palliativmedizinischen Alltag zeigt sich dieses Vorgehen vor allem dann, wenn hochdosierte Schmerzmittel wie Opioide oder Sedativa verabreicht werden, um etwa schwerste Atemnot zu lindern (vgl. Gerhard 2023, S. 64). Dabei besteht in der ärztlichen Praxis häufig die Sorge, dass solche hohen Dosen zu einer Atemdepression führen und somit das Leben verkürzen könnten (vgl. Gerhard 2023, S. 50). Tritt der Fall einer potenziellen Lebensverkürzung ein, so ist die Linderung der Symptome rechtlich und ethisch jedenfalls geboten, solange sie dem Willen der Patient*innen entspricht (vgl. Gerhard 2023, S. 64). Da für diese Art der Behandlung eine Medikamentengabe und somit eine aktive Handlung nötig ist, sprechen manche Fachpersonen hier von der „indirekten aktiven Sterbehilfe“ (vgl. Maio 2017, S. 445).

Die ethische Grundlage für dieses Vorgehen bildet das historische, auf Thomas von Aquin zurückgehende „Prinzip der Doppelwirkung“ (vgl. Schildmann und Vollmann 2017, S. 62). Dieses Prinzip besagt, dass eine Handlung mit guten und schlechten Folgen dann zulässig ist, wenn eigentlich nur die gute Wirkung – also die Leidenslinderung – beabsichtigt wird. Der Tod als schlechte Folge stellt hierbei eine vorhersehbare, aber primär eben nicht beabsichtigte Nebenwirkung dar (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 269; Schildmann und Vollmann 2017, S. 62). Genau bei dieser inneren Absicht liegt auch das entscheidende Abgrenzungsmerkmal zur verbotenen aktiven Sterbehilfe (vgl. Maio 2017, S. 445).

Während bei der aktiven Sterbehilfe der Tod das klare Ziel ist, wird er bei der indirekten Form lediglich als Folge hingenommen (vgl. Maio 2017, S. 444). Behandelnde Ärzt*innen werten das Versterben in extremen medizinischen Konfliktsituationen folglich als eine Art „unfreiwillig-freiwillige Konsequenz“ und akzeptieren es als das „kleinere Übel“ (vgl. Maio 2017, S. 445).

In Österreich hat man diesen ethischen Konsens explizit im ärztlichen Berufsrecht verankert. Gemäß § 49a Abs. 2 ÄrzteG ist es Ärzt*innen beim Beistand für Sterbende erlaubt, palliativmedizinische Maßnahmen zu setzen. Voraussetzung dafür ist, dass der Nutzen der Schmerzlinderung/Symptomlinderung von schwersten Qualen im Verhältnis zum Risiko eines schnelleren Todes überwiegt (vgl. VfGH 2020, Rz 93, S. 84). Zudem bestätigte der Verfassungsgerichtshof (VfGH) im Jahr 2020, dass die indirekte aktive Sterbehilfe nach in Österreich herrschender Auffassung als „sozial adäquates Verhalten“ (VfGH 2020, Rz 94, S. 84) qualifiziert wird. Aus juristischer Sicht rechtfertigt sich dies dadurch, dass dem Wunsch der sterbenden Person nach einer wirksamen Leidenslinderung ein weitaus höherer Stellenwert eingeräumt wird als dem reinen Lebensschutz unter allen Umständen (vgl. VfGH 2020, Rz 94, S. 84). Somit erfüllt die indirekte Sterbehilfe nicht den objektiven Tatbestand der Tötungsdelikte wie Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) oder Mord (§ 75 StGB), sofern die verabreichten Medikamente medizinisch indiziert sind und dem Willen der Patient*innen entsprechen (vgl. VfGH 2020, Rz 94, S. 84).

3.1.1.3 Aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) und der Begriff der „Euthanasie“

Die aktive Sterbehilfe wird im österreichischen Recht primär als „Tötung auf Verlangen“ bezeichnet. Dabei handelt es sich um die bewusste Herbeiführung des Todes durch eine dritte Person, wenn dies der ausdrückliche Wunsch der Patient*innen ist (vgl. Maio 2017, S. 443; Bioethikkommission 2011, S. 12). Im Gegensatz zur passiven Sterbehilfe liegt hier ein unmittelbares, aktives Tun vor. Der Tod ist somit das direkte Ziel der Handlung (vgl. Maio 2017, S. 443). Ein zentrales Abgrenzungskriterium zur Suizidassistenz bildet die Frage, wer die letzte, todbringende Handlung setzt: Bei der aktiven Sterbehilfe verbleibt die

Ausführung des tödlichen Aktes – wie etwa eine Injektion – bei der Hilfsperson und liegt letztlich nicht bei den Betroffenen selbst (vgl. Halmich 2022, S. 228).

In Österreich ist diese Form der Sterbehilfe ausnahmslos verboten. Wer eine andere Person auf deren Verlangen tötet, erfüllt den Tatbestand des § 77 StGB (vgl. Klaushofer 2022, S. 198). Falls die getötete Person nicht mehr fähig ist, selbst die Verantwortung zu tragen (mangelnde Entscheidungsfähigkeit), geht die Tat sogar in das Delikt des Mordes (§ 75 StGB) über (vgl. VfGH 2024, Rz 154, S. 58). Entgegen einer, wie Weber schreibt, verbreiteten Annahme wurde diese Bestimmung vom Verfassungsgerichtshof (VfGH) im Jahr 2020 nicht inhaltlich bestätigt, sondern die entsprechende Beschwerde gegen § 77 StGB rein aus formalrechtlichen Gründen – wegen eines zu eng gefassten Anfechtungsumfangs – zurückgewiesen (vgl. Weber 2022, S. 11). Der Staat begründet dieses absolute Verbot vor allem mit der aus Art. 2 EMRK abgeleiteten Verpflichtung, das Leben vulnerabler Personen vor Gefährdungen zu schützen (vgl. Weber 2022, S. 12).

Während wir in Österreich klare juristische Begriffe haben, wird in der internationalen Literatur oft das Wort „Euthanasie“ (aus dem Griechischen für „guter Tod“) verwendet. So versteht das belgische Recht unter Euthanasie die intentionale Verabreichung todbringender Medikamente durch Dritte auf das ausdrückliche Verlangen eines unheilbar kranken Menschen (vgl. Amschl-Strablegg 2022, S. 275). Jedoch ist dieser Begriff gerade im deutschsprachigen Raum mit einer massiven historischen Last behaftet. Während des Nationalsozialismus wurde der Begriff „Euthanasie“ – insbesondere im Zuge der „Aktion T4“ – als Deckname für systematische Krankenmorde missbraucht. Man wollte damit Eugenik und die aus wirtschaftlichen Gründen motivierte Vernichtung von sogenanntem „lebensunwerten Leben“ verharmlosen und verschleiern. Aufgrund dieser Verbrechen betrachtet man eine mögliche Legalisierung der aktiven Sterbehilfe im deutschsprachigen Raum – und somit auch in Österreich – gesellschaftlich weitaus kritischer als beispielsweise im angelsächsischen Raum (vgl. Krischel 2024, S. 263–268). Zudem kritisieren Fachgesellschaften wie die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP), dass der Begriff fälschlicherweise „in einseitig wertender Weise suggeriert“, eine ärztliche Tötung entspräche „einem guten Sterben“ (ÖGPP 2025,

S. 4). Dies würde nämlich im Umkehrschluss bedeuten, dass alle anderen, natürlichen Sterbeprozesse keine „guten Tode“ wären (vgl. ÖGPP 2025, S. 4).

3.1.2 Suizid und Beihilfe zur Selbsttötung

Die bewusste Beendigung des eigenen Lebens stellt eine der zentralen medizinischen sowie psychiatrischen Herausforderungen dar und berührt fundamentale Aspekte der menschlichen Existenz (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 9). Die historische Betrachtungsweise des Suizids ist jedoch von einem stetigen Wandel und tiefer Ambivalenz geprägt. Während die Antike die Selbsttötung teils als Ausdruck souveräner Autarkie wertete, führte die christliche Theologie zu einer moralischen Ächtung als „Todsünde“ (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 18). Erst mit der Aufklärung begann eine Entmoralisierung, die schließlich in der modernen Psychiatrie in einem „medizinisch-psychosozialen Paradigma“ mündete (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 9, 23).

Suizidalität wird heute als hochkomplexes, multifaktorielles Geschehen verstanden. Ein Suizid ist selten monokausal, sondern resultiert aus einem Geflecht von psychischen Erkrankungen, existenzieller Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit sowie sozialen Krisen (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 104–105). Die gesellschaftliche Relevanz ist dabei massiv: So fallen weltweit pro Jahr mehr als eine Million Menschen einer Selbsttötung zum Opfer und auch in Österreich lagen die Zahlen mit 1.072 Fällen im Jahr 2020 weit über jenen der tödlichen Verkehrsunfälle (vgl. Halmich 2022, S. 227).

3.1.2.1 Definition von Suizid und Suizidalität

Um diese schwierige Thematik wissenschaftlich einzuordnen, braucht es klare Definitionen der Begriffe. Der Begriff „Suizid“ leitet sich aus dem Lateinischen ab (caedere: töten; sui: seiner selbst). In der Fachliteratur wird er bevorzugt verwendet, da er – anders als „Selbstmord“ – keine moralische Vorverurteilung mit sich bringt (vgl. Jagsch 2022, S. 48). Die Forschung lehnt sich hierbei oft an das System des Center for Disease Control and Prevention (CDC) an. Demnach versteht man unter suizidalem Verhalten eine Handlung, die zwangsläufig mit der Absicht einhergeht, das eigene Leben zu beenden (vgl. Wentseis 2022, S. 38).

Klinisch gesehen ist ein Suizid die bewusste Handlung mit dem Ziel, den Tod herbeizuführen (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 34).

Im Gegensatz zu dieser konkreten Handlung ist „Suizidalität“ als ein umfassenderer Zustand zu verstehen. Sie beinhaltet die Gesamtheit aller gedanklichen, emotionalen und verhaltensbezogenen Prozesse von Personen, die auf das eigene Sterben abzielen (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 30). Suizidalität ist jedoch kein starrer Zustand. Derartige Wünsche unterliegen einer stetigen zeitlichen sowie interaktionellen Dynamik und sind nur in Ausnahmefällen von dauerhafter Beständigkeit (vgl. Ohnsorge et al. 2014b, zit.n. Feichtner 2022a, S. 3). Deshalb ist es wichtig, klinisch sauber zu unterscheiden:

- **Todeswunsch:** Hierbei handelt es sich um das isolierte Bedürfnis, tot zu sein oder eine Lebensverkürzung herbeizusehnen. Er ist nicht zwingend mit der Bereitschaft verknüpft, das Ende aktiv einzuleiten (vgl. Klaus et al. 2013, zit.n. Jagsch, 2022, S. 47).
- **Sterbewunsch:** Dieser formiert sich meist als unmittelbare Antwort auf starke Leiderfahrungen im Rahmen einer unheilbaren Krankheit und es bleibt bei einem theoretischen Wunsch (vgl. Mühlegger und Wimmer 2022, S. 68).
- **Sterbewille:** Von diesem Zustand spricht man erst, wenn Betroffene die gedankliche Ebene verlassen und konkrete Schritte zur Beendigung ihres Lebens unternehmen (vgl. Mühlegger und Wimmer 2022, S. 68-69).

Heute wird Suizidalität meist aus einer medizinisch-psychosozialen Sichtweise gesehen, also als Zeichen für eine Krise, die medizinische Hilfe benötigt (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 26). Diese pauschale Pathologisierung birgt jedoch die Gefahr, tiefgehende ethische Diskussionen rund um den Sterbewunsch einfach abzuwehren. Zudem droht den Betroffenen ein Verlust ihrer Autonomie, wenn sie dabei nur noch auf ihre leidvolle Situation reduziert werden (vgl. Mathwig 2024, S. 310).

3.1.2.2 Bilanzsuizid vs. Impulsiver Suizid

Es wird grundlegend zwischen dem impulsiv-reaktiven Suizid und dem Bilanzsuizid unterschieden. Der impulsiv-reaktive Suizid ist eine Handlung, die aus dem Moment heraus entsteht – oft bei einer verringerten Frustrationstoleranz oder ohne längere Planung (vgl. Gerhard 2023, S. 175). Im extremen Fall geschieht dies „raptusartig“, also als spontane Eingebung, die mit einem unmittelbaren Drang zur Umsetzung einhergeht (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 33). Demgegenüber steht der sogenannte Bilanzsuizid. Darunter versteht man die Selbsttötung einer psychisch gesunden Person, die nach reiflicher Überlegung zu dem Schluss kommt, dass ihre Lebenslage unlösbar ist (vgl. Maio 2017, S. 448). Ob dies ein freier Akt ist, wird kritisiert. Eine psychiatrische Sichtweise ist, dass ein rein rationaler Bilanzsuizid oft eine Illusion bleibt (vgl. Wentseis 2022, S. 44). Menschen in solch einer Situation sind meist von einer tiefen existenziellen Ambivalenz geprägt (vgl. Lindner 2020, zit. n. Stolze 2024, S. 156). Da suizidale Krisen, insbesondere einhergehend mit einer Depression, den Denkraum der Betroffenen oftmals massiv verengen, lässt sich kaum von einer wirklich „wohlerwogenen“ Entscheidung sprechen (vgl. Thomas-Hund 2021, zit. n. Stolze 2024, S. 165).

3.1.2.3 Beihilfe zur Selbsttötung: Assistierter Suizid

Der Begriff „assistierter Suizid“ – oft synonym als „Beihilfe zur Selbsttötung“ verwendet – beschreibt einen Vorgang, bei dem eine sterbewillige Person ihr Leben zwar selbst beendet, dabei aber auf die Hilfe Dritter zurückgreift (vgl. Maio 2017, S. 446). Die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) definiert den assistierten Suizid als eine Handlung, „die mit der Absicht erfolgt, einer Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen“ (OPG 2025a, S. 2).

Entscheidend für die Abgrenzung zur aktiven Sterbehilfe ist das Konzept der Tatherrschaft. Damit eine Selbsttötung als assistierter Suizid gilt, muss die sterbewillige Person den letzten Akt, der unmittelbar zum Tod führt, selbst vollziehen. Die Person behält also die alleinige Kontrolle über die Handlung, ohne ihren eigenen, wissentlichen letzten Schritt würde der Tod nicht eintreten (vgl.

Schildmann und Kremling 2022, S. 238). Sobald hingegen eine andere Person diesen letzten tödlichen Schritt ausführt, handelt es sich terminologisch nicht mehr um einen Suizid, sondern um eine Fremdtötung (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 8).

3.1.3 Abgrenzung zur Palliativen Sedierung und zum freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Mit der Legalisierung des assistierten Suizids durch das österreichische Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) ist eine präzise Unterscheidung zu bereits etablierten palliativmedizinischen Maßnahmen in der medizinethischen Debatte wichtiger denn je (vgl. Feichtner und Pachschröckl 2022, S. 246). Dazu zählen vor allem die palliative Sedierung (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 237) sowie der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) (vgl. Feichtner 2022b, S. 253).

Eine klare Abgrenzung ist essenziell, da Palliative Care und Suizidassistentz auf grundlegend verschiedenen professionellen Haltungen aufbauen. Sowohl die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als auch die European Association for Palliative Care (EAPC) betonen daher, dass Suizidassistentz keinen Bestandteil der Palliative Care darstellt (vgl. Feichtner und Pachschröckl 2022, S. 245). Den Kern der Unterscheidung bilden das ethische Prinzip der Intention und die Tatherrschaft (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 240). Bei der fachgerechten Sedierung verfolgen die Behandelnden das Ziel der Symptomlinderung. Dass dabei der Tod früher eintritt, wird nach dem Prinzip der Doppelwirkung zwar in Kauf genommen, aber nicht angestrebt (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 240). Zudem liegt die Steuerung der Medikamente fest in der Hand der Ärzt*innen (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 242). Im Gegensatz dazu ist beim assistierten Suizid der Tod das erklärte Ziel, wobei die Tatherrschaft zwingend bei der sterbewilligen Person verbleiben muss (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 242).

Ebenso ist eine klare Trennlinie zum FVNF notwendig. Da dieser Verzicht kein aktives Einnehmen tödlicher Substanzen voraussetzt, gilt er ethisch und rechtlich nicht als Suizid, sondern als legitime Ausübung des Behandlungsverzichts (vgl.

Feichtner 2022b, S. 254). Eine unreflektierte Gleichsetzung dieser Handlungsweisen würde nur zu konzeptioneller Unschärfe führen (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 242). Um diese Unterschiede herauszuarbeiten, werden Palliative Care, palliative Sedierung sowie FVNF in den folgenden Kapiteln im Detail beleuchtet.

3.1.3.1 Palliative Care und palliative Behandlung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Palliative Care als einen Ansatz, der die Lebensqualität von Patient*innen und deren Familien verbessern soll, wenn diese mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind (vgl. Bioethikkommission 2015, S. 24). Im Zentrum stehen dabei die Prävention und die Linderung von Leiden. Dies umfasst nicht nur die professionelle Schmerztherapie, sondern auch die Behandlung psychosozialer und spiritueller Probleme/Themen (vgl. Gerhard 2023, S. 14). Ein zentrales theoretisches Fundament bildet hierbei das von Cicely Saunders entwickelte „Total-Pain-Modell“. Nach diesem Konzept wird das Leiden eines schwer erkrankten Menschen nicht isoliert, sondern auf vier verschiedenen Ebenen betrachtet: der körperlichen, der psychischen, der sozialen und der spirituellen Ebene (vgl. Gerhard 2023, S. 18). Es macht deutlich, dass Leiden stets als multidimensionales Phänomen zu verstehen ist (vgl. Gerhard 2023, S. 18). Um diesem ganzheitlichen Anspruch gerecht zu werden, ist die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Team erforderlich (vgl. Bioethikkommission 2015, S. 24).

Ein wesentlicher Aspekt der Palliativmedizin ist deren Selbstverständnis: Sie bejaht das Leben und erkennt das Sterben als natürlichen Prozess an. Aus dieser Grundhaltung leitet die WHO den normativen Leitsatz ab, dass Palliativversorgung den Tod weder beschleunigen noch künstlich verzögern darf (vgl. Gerhard 2023, S. 14). Dieses Selbstverständnis steht im Kontrast zum assistierten Suizid. Die internationale Hospiz- und Palliative-Care-Gemeinschaft hält unmissverständlich fest, dass der ärztlich unterstützte Suizid nicht Teil der Palliative-Care-Praxis ist (vgl. OPG 2022, S. 19). Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) resümiert diese Trennlinie prägnant: Palliativmedizin bietet „Hilfe beim Sterben“ an, jedoch keine „Hilfe zum Sterben“ (DGP 2014, zit. n. Jox 2024, S. 115).

3.1.3.2 Palliative Sedierung

Unter der therapeutischen oder palliativen Sedierung versteht man den gezielten Einsatz von Medikamenten, um das Bewusstsein der Patient*innen zu vermindern oder ganz aufzuheben. Dies geschieht in Situationen, in denen das Leiden anders nicht mehr zu bewältigen ist (vgl. Gerhard 2023, S. 108). Klinisch betrachtet gilt die Sedierung als „Ultima Ratio“, falls sämtliche andere Möglichkeiten der Symptomlinderung bereits ausgeschöpft sind (vgl. Gerhard 2023, S. 108). Dabei wird in der Praxis zwischen einer vorübergehenden, also intermittierenden Sedierung, und einer tiefen, kontinuierlichen Form unterschieden (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 238).

Ethisch legitimiert wird dieses Vorgehen, wie zuvor schon angeführt, durch das Prinzip der Doppelwirkung, den sogenannten „Double-Effect“ (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 274; Schildmann und Vollmann 2017, S. 62). Eine Handlung ist demnach zulässig, wenn die ärztliche Intention primär darin liegt, unerträgliches Leid zu lindern. Dabei wird ein möglicher früherer Todeseintritt lediglich als unbeabsichtigte Nebenwirkung in Kauf genommen (vgl. Schildmann und Vollmann 2017, S. 62). Abseits dieser ethischen Einordnung gibt es auch einen entscheidenden handlungstheoretischen Unterschied zum assistierten Suizid: die Tatherrschaft. Während bei der Sedierung die Kontrolle über Dosis und Tiefe vollumfänglich bei der Ärzt*innenschaft liegt, verbleibt diese beim assistierten Suizid zwingend bei der sterbewilligen Person selbst (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 242).

3.1.3.3 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF / „Sterbefasten“)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – kurz FVNF – beschreibt den Entschluss einer kognitiv uneingeschränkten Person, ihr eigenes Sterben wegen unerträglichen Leidens vorzeitig herbeizuführen (vgl. Feichtner 2022b, S. 253). Dabei ist die Person körperlich durchaus in der Lage, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen (vgl. Feichtner 2022b, S. 253). In der Fachliteratur wird der umgangssprachliche Begriff „Sterbefasten“ häufig kritisch betrachtet. Das klassische Fasten ist schließlich zeitlich befristet und verfolgt keinen suizidalen

Endzweck (vgl. Feichtner 2022b, S. 253–254). Zudem ist der FVNF klar von der natürlichen Appetitlosigkeit abzugrenzen, die oft in der unmittelbaren Sterbephase auftritt (vgl. Mathis 2022, S. 92).

Physiologisch betrachtet unterscheidet sich dieser Prozess gravierend von einem assistierten Suizid. Das Hungergefühl schwindet in der Regel recht rasch (vgl. Mathis 2022, S. 92; Feichtner 2022b, S. 254). Ein einsetzender Flüssigkeitsmangel kurbelt die körpereigene Produktion von Endorphinen an, was einen gewissen euphorischen Zustand auslösen kann (vgl. Mathis 2022, S. 92; Feichtner 2022b, S. 254). Die größere Herausforderung in der Praxis bleibt jedoch der anhaltende Durst (vgl. Feichtner 2022b, S. 254). Der Sterbeprozess dauert – je nach gesundheitlicher Ausgangslage – etwa 10 bis 14 Tage (vgl. Mathis 2022, S. 92). Der letale Ausgang wird dabei letztlich durch Nierenversagen (Urämie), Herzrhythmusstörungen oder eine Lungenentzündung verursacht (vgl. Feichtner 2022b, S. 255). Damit das Durstgefühl erträglich bleibt, ist eine professionelle palliative Mundpflege in dieser Phase absolut unabdingbar (vgl. Feichtner 2022b, S. 254; Mathis 2022, S. 93).

Rechtlich und prozedural verläuft die Trennlinie zur Suizidbeihilfe entlang der sogenannten Tatherrschaft. Beim FVNF ist keine dritte Person involviert, die ein letales Medikament bereitstellt; die Entscheidung und Umsetzung liegen einzig bei der verzichtenden Person selbst (vgl. Feichtner 2022b, S. 254-255). Nach strafjuristischer Rechtsprechung wird der FVNF in Österreich nicht als Suizid eingestuft, da das für einen Suizid erforderliche aktive „Hand-an-sich-Legen“, wie es Feichtner formuliert, fehlt (vgl. Feichtner 2022b, S. 254). Da es sich deskriptiv um ein Unterlassen handelt, wird dies juristisch als legitime Ausübung eines Behandlungsvetos und somit als Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen gewertet (vgl. Feichtner 2022b, S. 254).

3.2 Ethische Bezugsrahmen, Theorie und Ethisches Fundament im ärztlichen Handeln

Die bisherigen Kapitel haben zum Teil die historischen, definitorischen und klinischen Aspekte von Entscheidungen am Lebensende beleuchtet. Damit man diese komplexen Handlungsfelder jedoch normativ einordnen kann, braucht es

einen systematischen ethischen Bezugsrahmen. Ärztliches Handeln findet dabei stets in einem Spannungsfeld statt – zwischen individueller Freiheit, professionellem Ethos und den Vorgaben der staatlichen Gesetzgebung.

Es ist eine medizinethische Notwendigkeit, das ärztliche Handeln nicht allein auf rechtliche Legalität zu reduzieren. Denn Ethik setzt auf einer grundlegenden Ebene als das Recht an und diskutiert, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit man eine Handlung als moralisch bezeichnen kann. Hier zieht Peter G. Kirchschläger eine klare Grenze: Positives Recht wird als ein System formaler Zwangsnormen verstanden, das auf juristischer Setzung beruht (vgl. Kirchschläger 2023, S. 36). Es besteht jedoch stets die Gefahr, dass es illegitime Normen umfasst (vgl. Kirchschläger 2023, S. 36). Daher unterscheidet die Ethik zwischen Gesetzen ohne ethischen Gehalt (legal), solchen mit ethischem Gehalt (legal und legitim) und reinen ethischen Normen (legitim) (vgl. Kirchschläger 2023, S. 36–37). Wie die Philosophin Annemarie Pieper treffend formuliert: „Jemand kann rechtlich völlig korrekt und dennoch unmoralisch handeln; bestraft wird jedoch nur ein Rechtsbruch, nicht aber ein Verstoß gegen moralische Normen“ (Pieper 2017, zit. n. Kirchschläger 2023, S. 37).

Um ethische Entscheidungen in der Medizin rational zu begründen, strukturiert der Medizinethiker Giovanni Maio den Bezugsrahmen in aufeinander aufbauende Ebenen (vgl. Maio 2017, S. 13–19). Zunächst stehen die Werte, also die bewussten oder unbewussten Orientierungsstandards wie etwa der Lebenswert (vgl. Maio 2017, S. 15). Daraus leiten sich die Normen ab, die konkrete Handlungsanweisungen vorgeben – etwa der Grundsatz, das Leben zu schützen (vgl. Maio 2017, S. 14-15). Diese werden wiederum durch Prinzipien systematischer – hier geht es um formale Kriterien, wie etwa das Prinzip der Autonomie (vgl. Maio 2017, S. 17-18). Den Überbau bilden schließlich die Theorien, wie etwa die Pflichtenethik oder der Utilitarismus, welche die Prinzipien formal begründen (vgl. Maio 2017, S. 18-19).

Die Medizin basiert zudem auf einer inneren Moral („internal morality“), die untrennbar mit dem Heilauftrag verknüpft ist (vgl. Maio 2017, S. 412). In der Charta „Medical professionalism in the new millennium“ werden hierfür drei Grundpfeiler definiert: der Vorrang des Patient*innenwohls, die Patient*innenautonomie und soziale Gerechtigkeit (vgl. ABIM Foundation et al.

2021, S. 247–250). Ein Kernelement dieser ärztlichen Legitimation bildet dabei die medizinische Indikation. Sie fungiert als normatives Korrektiv und ist die Basis für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*in und Patient*in (vgl. Maio 2017, S. 137, 141). Wenn in der Biomedizin ethische Prinzipien angewandt werden, fußen diese nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress in der sogenannten „Common Morality“. Diese umfasst jene Normen, die von allen moralisch verpflichteten Personen geteilt werden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 33–34). Sie ist strikt von spezifischen Partikularmoralen – wie etwa ärztlichen Berufskodizes – zu unterscheiden, da diese für die Lösung moderner Konflikte oft einer weiteren Spezifizierung bedürfen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 33–44).

3.2.1 Übersicht relevanter Ethikströmungen

In der Moralphilosophie haben sich verschiedene Grundtypen ethischer Theorien herausgebildet, die in Konfliktsituationen am Lebensende fundamental unterschiedliche Schwerpunkte setzen. In diesem Kapitel soll zunächst ein kurzer Überblick über verschiedene Strömungen gegeben werden und in den anschließenden Kapiteln werden diese vertieft.

Deontologie (Pflichtenethik)

Die Deontologie – hergeleitet vom griechischen Begriff „deon“ für das Gesollte bzw. die Pflicht – beurteilt die moralische Qualität einer Handlung primär nicht anhand ihrer Folgen. Maßgeblich ist vielmehr die innere Beschaffenheit der Tat beziehungsweise die Maxime, auf der sie fußt (vgl. Maio 2017, S. 18, 23–24). Immanuel Kant, als wegbereitender Vertreter dieser Strömung, strebte nach einem universell anwendbaren Handlungsprinzip, das sich alleinig auf die Vernunft stützt (vgl. Maio 2017, S. 21). Den Kern dieses Ansatzes bilden der kategorische Imperativ sowie das Gebot der unantastbaren Menschenwürde, welches in der sogenannten „Zweck-an-sich-Formel“ zum Ausdruck kommt (vgl. Maio 2017, S. 24–28).

Teleologie und Utilitarismus (Konsequenzialismus)

Konträr dazu macht der Utilitarismus die Konsequenzen einer Tat zur primären Messlatte der moralischen Bewertung (vgl. Maio 2017, S. 41). Eine Handlung ist dann moralisch gut, wenn sie gute Folgen nach sich zieht (vgl. Kirchschläger 2023, S. 72). Dabei greift eine rationale „Summenkalkulation“, die abwägt, welche Alternative das größte Glück beziehungsweise die größte Leidensminderung für alle Beteiligten mit sich bringt (vgl. Maio 2017, S. 43). Ein bekanntes Beispiel für diese Bewertung am Lebensende stammt von Peter Singer. Er zweifelt die herkömmliche, moralische Trennung zwischen Töten und Sterbenlassen an. Wenn das Resultat – der Tod – und das Motiv – die Erlösung von schwerem Leid – identisch sind, sieht Singer keinen wesentlichen moralischen Unterschied zwischen diesen Handlungsformen. Ein ethisches System, das das passive Unterlassen erlaubt, das wirkungsgleiche aktive Handeln hingegen verurteilt, wirkt aus utilitaristischer Sicht in sich widersprüchlich (vgl. Singer 1999, S. 209).

Weiters muss erwähnt werden, dass die Logik des Utilitarismus in der Medizinethik die Gefahr mit sich bringt, die Würde einzelner verletzlicher Individuen dem Gesamtnutzen unterzuordnen (vgl. Kirchschläger 2023, S. 73).

Tugendethik

Die Tugendethik wählt einen fundamental anderen Ansatz: Sie stellt nicht die Tat selbst oder deren Auswirkungen in den Vordergrund, sondern die Haltung, die Disposition und die Persönlichkeit der handelnden Person (vgl. Maio 2017, S. 88–89). Gerade in der klinischen Begegnung greifen abstrakte Prinzipien oft zu kurz (vgl. Maio 2017, S. 88). Hier zählen für Ärzt*innen Tugenden wie Fürsorge, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 74-75, 83). Richtiges Handeln ergibt sich hier aus einer mitfühlenden Haltung, die situativ angemessen auf die Notlage antwortet (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 81–82).

Prinzipienethik

Da Ethiktheorien, welche sich nur auf ein einziges Prinzip stützen, im klinischen Alltag oft an starre Grenzen stoßen, hat sich in der Bioethik die Prinzipienethik (besonders nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress) als

theorieübergreifender Bezugsrahmen durchgesetzt. Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelten dazu vier „Prinzipien mittlerer Reichweite“ (vgl. Maio 2017, S. 157-158), auf die sich Vertreter*innen unterschiedlichster Traditionen im Sinne eines „Überlegungsgleichgewichts“ einigen können (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 642–644):

- **Achtung der Autonomie:** Die Respektierung selbstbestimmter Entscheidungen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 51).
- **Nichtschaden (Nonmalefizienz):** Die strikte Vermeidung von Handlungen, die Schaden verursachen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 51).
- **Wohltun (Benefizienz):** Linderung von Leid und die aktive Förderung des Patient*innenwohls (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 51).
- **Gerechtigkeit:** Eine faire Verteilung von Nutzen und Risiken (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 51).

Beauchamp und Childress wenden dieses Prinzipienmodell auch konkret auf Debatten am Lebensende an: Die traditionelle Diskussion um „Töten versus Sterbenlassen“ lehnen sie ab, da sie in der klinischen Realität oft zu ungenau bleibt (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 297–299). Um die Problematik der moralischen und rechtlichen Verantwortung präziser zu fassen, fordern sie stattdessen eine Fokussierung auf die rechtmäßige Autorisierung durch die*den Patient*in sowie auf die spezifische Pflichtenlage der Fachkräfte – unterteilt in Kategorien wie „notwendige“ (bzw. obligatorische) und „optionale“ Behandlungen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 275–276, 296–298).

Dieser „Vier-Prinzipien-Ansatz“ bildet schließlich das strukturelle Gerüst für die ethische Betrachtung, auf die – unter anderem im Kapitel 6 – zurückgegriffen wird, um das theoretische Fundament auf das österreichische Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) anzuwenden.

3.2.1.1 Pflichtethik (Kant)

Immanuel Kants Pflichtethik – die Deontologie – verfolgt einen Ansatz, der Handlungen nicht anhand ihrer Konsequenzen misst, sondern, wie zuvor erläutert, ausschließlich deren innere Beschaffenheit betrachtet. Den Ausgangspunkt wählt Kant in seiner „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“: Nichts auf der Welt könne

ohne Einschränkung für gut gehalten werden, „als allein ein guter Wille“ (Kant 2016, S. 12, Erstausgabe 1785). Dabei unterscheidet er sehr präzise zwischen bloß pflichtgemäßem Handeln, der Legalität, und dem Handeln aus Pflicht, der Moralität (vgl. Maio 2017, S. 23–24). Einen wahren sittlichen Wert erlangt ein Tun demnach erst, wenn es rein aus Respekt vor dem moralischen Gesetz geschieht – denn: „Pflicht ist die Notwendigkeit einer Handlung aus Achtung fürs Gesetz“ (Kant 2016, S. 19, Erstausgabe 1785).

Da dieses Gesetz unbedingte Gültigkeit beansprucht, steht der kategorische Imperativ im Zentrum seines Denkens (vgl. Maio 2017, S. 25). Seine bekannte Universalisierungsformel lautet: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde“ (Kant 2016, S. 45, Erstausgabe 1785). Aus diesem Prinzip leitet Kant strikte Pflichten ab, zu denen auch das absolute Verbot der Selbsttötung zählt (vgl. Maio 2017, S. 25). Wer die Maxime des Suizids aus Selbstliebe „prüft“, stößt auf einen Widerspruch: Eine Natur, die durch dasselbe Gefühl, welches eigentlich das Leben fördern soll, dieses zeitgleich zerstören würde, stünde laut Kant, im direkten Widerspruch zu sich selbst (vgl. Kant 2016, S. 46, Erstausgabe 1785).

Noch schwerer wiegt Kants „Selbstzweckformel“ (vgl. Maio 2017, S. 27). Der Mensch existiert als Zweck an sich selbst und darf „niemals bloß als Mittel“ gebraucht werden (Kant 2016, S. 53, Erstausgabe 1785). Wenn sich jemand tötet, um seinem Leid zu entfliehen, instrumentalisiert er seine eigene Person – er gebraucht sie lediglich als Mittel. Folglich besitzt er nicht das Recht, zerstörerisch über sich selbst zu verfügen (vgl. Kant 2016, S. 55, Erstausgabe 1785). Autonomie meint bei Kant demnach nicht eine beliebige Willkür, die es erlauben würde, das eigene Leben „wegzuwerfen“, sondern vielmehr die Selbstverpflichtung gegenüber dem Gesetz des vernünftig Guten (vgl. Maio 2017, S. 30). Es käme einem logischen Widerspruch gleich, die eigene Freiheit ausgerechnet dazu zu nutzen, die fundamentale Voraussetzung dieser Freiheit – nämlich das Leben an sich – auszulöschen (vgl. Maio 2017, S. 29).

Aus diesem deontologischen Bezugsrahmen ergibt sich für die Medizin eine klare Konsequenz. Im Gegensatz zu konsequenzialistischen Ansätzen kennt die kantische Ethik Handlungen, die in sich schlecht („*intrinsece malum*“) sind. Jede Form der aktiven Lebensbeendigung ist somit – unabhängig davon, wie groß das

Leid ist – per se unmoralisch und darf keinem Nutzenkalkül untergeordnet werden (vgl. Maio 2017, S. 461).

3.2.1.2 Utilitaristische Ethik

Im Gegensatz zur deontologischen Pflichtethik Kants stehen, wie zuvor angeführt, konsequenzialistische Theorien, deren wirkmächtigste Ausprägung der Utilitarismus darstellt. Ein teleologischer, also zielgerichteter Ansatz wie der Utilitarismus erhebt die zu erwartenden Konsequenzen einer Tat zum einzigen Kriterium der ethischen Beurteilung – frei nach der Prämisse, dass der Zweck die Mittel heiligt (vgl. Maio 2017, S. 41). Das historische Fundament legte hierbei Jeremy Bentham, der das Prinzip der Nützlichkeit als das „größte Glück der größten Zahl“ definierte (vgl. Maio 2017, S. 42).

Methodisch operiert der Utilitarismus mit einem rationalen „Nützlichkeitskalkül“. Dabei wird kalkuliert, welche Handlungsoption in der Gesamtbilanz das Glück steigert und das Leid minimiert (vgl. Maio 2017, S. 43). Im Zentrum steht dabei nicht die innere Haltung der handelnden Person, sondern das objektiv beste Ergebnis für das Gesamtwohl (vgl. Maio 2017, S. 42–43).

In der modernen Bioethik wurde dieses hedonistische Konstrukt weitgehend durch den Präferenzutilitarismus abgelöst – maßgeblich geprägt durch Peter Singer (vgl. Maio 2017, S. 42). Er sieht das höchste Gut in der Erfüllung der individuellen Präferenzen und Wünsche der jeweils betroffenen Personen (vgl. Maio 2017, S. 42, 46).

In der Medizin spielt dieser Pragmatismus vor allem bei der Ressourcenverteilung eine wichtige Rolle, etwa bei der Berechnung „qualitätsbereinigter Lebensjahre“, den sogenannten QALYs (= „quality-adjusted life years“) (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 393). Ein solches QALY stellt eine Maßeinheit dar, die sowohl die Quantität der verbleibenden Lebensjahre als auch die zu erwartende Lebensqualität nach einem medizinischen Eingriff zu einem Gesamtwert zusammenfasst und einschätzbar macht (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 393).

Diese utilitaristische Logik gerät jedoch in einen inneren Konflikt, sobald man zwischen Handlungs- und Regelutilitarismus differenziert. Während der Handlungsutilitarist jede Situation isoliert prüft, beurteilt der Regelutilitarist die langfristigen Auswirkungen einer allgemeingültigen Regel (vgl. Maio 2017, S. 46). Moralisch gerechtfertigte Regeln, wie etwa das ärztliche Tötungsverbot bei der aktiven Sterbehilfe, dürfen hierbei nicht für den kurzfristigen Nutzen im Einzelfall aufgegeben werden. Deren Wegfall würde andernfalls gravierende Missbrauchsgefahren bergen und könnte langfristig das absolute Vertrauen in die Ärzt*innenschaft zerstören. Wenn die gesellschaftlichen Langzeitschäden also größer ausfallen als der positive Effekt für einzelne Personen, würde eine solche Handlung auch utilitaristisch gesehen unmoralisch bleiben (vgl. Maio 2017, S. 46). Zudem besitzt der Utilitarismus eine innewohnende „blinde Stelle“: Er birgt die Gefahr, dass das Wohl oder das Leben vulnerabler Minderheiten gnadenlos dem Gesamtnutzen der Mehrheit unterzuordnen sind, was in eklatantem Widerspruch zur Menschenwürde steht (vgl. Kirchschräger 2023, S. 72-73).

3.2.1.3 Tugendethik

Da formale Prinzipien in der klinischen Realität oft an ihre Grenzen stoßen, setzt die Tugendethik – die auf Aristoteles zurückgeht – an einem anderen Punkt an: Sie fokussiert sich vielmehr auf die „spezifische Einzelsituation in ihrer Kontingenz und Nicht-Standardisierbarkeit“ (Maio 2017, S. 59). Dabei geht es vor allem um die innere Haltung der handelnden Person (vgl. Maio 2017, S. 88–89). Man fragt sich, wie man in einer ganz spezifischen Situation der Notlage des*der Patient*in wirklich gerecht werden kann (vgl. Maio 2017, S. 59).

Zu den zentralen Tugenden in der Medizin zählen dabei Urteilsvermögen, Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit, Gewissenhaftigkeit und Integrität (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 83). Gerade im Umgang mit Sterbewünschen erfordert tugendhaftes Handeln eine ständige Balance. Ärzt*innen und das medizinische Personal sind gefordert, dem Leiden zwar empathisch zu begegnen, dabei aber nicht in eine handlungsunfähige Sentimentalität abzugleiten (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 85-86).

Weiters sind beispielhaft die Toleranz für das Nichtwissen sowie die Demut vor den Grenzen des Machbaren auch eine fundamentale ärztliche Tugend (vgl. Maio 2017, S. 193-194, 482). Unser modernes Menschenbild ist nämlich zutiefst von einem Machbarkeitsstreben durchdrungen, bei dem der Mensch oft nur noch als „Summe reparierbarer Defekte“ betrachtet wird (vgl. Maio 2017, S. 482–483). Die mit der Tugendethik im weitesten verbundene „Ethik der Sorge“ fordert jedoch das Gegenteil: die „Akzeptanz des Unbestimmbaren“ (Maio 2017, S. 193). Die eigentliche ärztliche Tugend besteht letztlich darin, das Unlösbare aushalten zu können und dem vulnerablen Menschen eine „Hilfe zur Annahme“ seines eigenen Schicksals anzubieten (vgl. Maio 2017, S. 487).

3.2.1.4 Diskursethik

Ein ganz anderer Ansatz zu allen bis jetzt Genannten findet sich in der Diskursethik, die maßgeblich von Jürgen Habermas und Karl-Otto Apel geprägt wurde (vgl. Maio 2017, S. 51). Sie geht davon aus, dass ethische Normen nicht einfach feststehen oder einseitig vorgegeben werden können, sondern in einem gemeinsamen, intersubjektiven Verständigungsprozess begründet werden müssen (vgl. Maio 2017, S. 51–52). Zentral ist hierbei der sogenannte Universalisierungsgrundsatz (vgl. Maio 2017, S. 54). Er besagt, dass eine Norm nur dann als gültig anerkannt werden darf, wenn die aus ihrer Einhaltung resultierenden Konsequenzen von sämtlichen involvierten Personen innerhalb einer herrschaftsfreien Debatte ohne Zwang gebilligt werden können (vgl. Maio 2017, S. 54–57; Pieper 2017, S. 230).

3.2.1.5 Die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress (Fokus auf Autonomie vs. Fürsorgepflicht)

In der modernen medizinethischen Urteilsbildung hat sich der Ansatz der vier Prinzipien (Principles of Biomedical Ethics), den Tom L. Beauchamp und James F. Childress in den späten 1970er Jahren entwickelten, als das einflussreichste Standardmodell etabliert (vgl. Beauchamp 2021, S. 72-73). Um ethische Fragestellungen in einer pluralistischen Gesellschaft überhaupt bearbeiten zu können, leiteten die Autoren aus der allgemein akzeptierten Alltagsmoral (common

morality) vier Säulen ab: die Achtung der Autonomie, das Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence), das Prinzip der Fürsorge beziehungsweise des Wohltuns (beneficence) sowie das Prinzip der Gerechtigkeit (justice) (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 51).

Dabei ist entscheidend zu verstehen, dass keines dieser Prinzipien eine absolute, hierarchische Vorrangstellung genießt (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 54). Alle vier Säulen besitzen eine sogenannte „Prima-facie-Geltung“ (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 55). Das heißt, sie sind zwar grundsätzlich bindend, können aber in einer konkreten klinischen Konfliktsituation gegeneinander abgewogen werden – und ein anderes, in diesem spezifischen Fall schwerer wiegendes Prinzip kann das erste rechtmäßig außer Kraft setzen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 55). Solche Entscheidungen erfordern daher stets eine präzise, fallbezogene Güterabwägung (vgl. Maio 2017, S. 162).

Der Vorrang der Autonomie vs. Fürsorgepflicht (Beneficence)

Der wohl häufigste Konflikt in der Bioethik entbrennt zwischen der Achtung der Autonomie und der ärztlichen Fürsorgepflicht (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 354; Maio 2017, S. 209). Historisch war das ärztliche Handeln paternalistisch geprägt: Ärzt*innen entschieden, was für das Wohl der Patient*innen am besten sei (vgl. Maio 2017, S. 214). Das Prinzip der Autonomie fordert hingegen als negative Pflicht, sich nicht in selbstbestimmte Entscheidungen einzumischen, und als positive Pflicht, die Patient*innen zur selbstbestimmten Wahl zu befähigen (informed consent) (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 178).

Ein ethisches Dilemma entsteht, wenn Patient*innen eine Maßnahme fordern oder verweigern, die aus ärztlicher Sicht gesundheitsschädigend ist (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 356). Greift das medizinische Personal gegen den Willen einer einwilligungsfähigen Person ein, um sie aus Fürsorge vor Schaden zu bewahren, handelt es im Sinne des „harten Paternalismus“ (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 358). Während streng antipaternalistische Ansätze derartige Eingriffe bei urteilsfähigen Personen strikt ablehnen, da sie die Patient*innen in ihrer Rolle als moralisch ebenbürtige Gestalter*innen missachten (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 364), halten Beauchamp und Childress sowie Maio

Paternalismus in eng begrenzten Ausnahmefällen dennoch für ethisch rechtfertigbar (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 366; Maio 2017, S. 216). In der Regel wiegt bei einsichtsfähigen Personen das Prinzip der Autonomie jedoch schwerer als das ärztliche Wohltun (vgl. Maio 2017, S. 218).

Die Illusion der reinen Autonomie und das Recht auf Unvernunft

Das Konzept der Autonomie ist jedoch komplexer als die bloße formale Freiheit zur Entscheidung (vgl. Stoljar 2021, S. 183). In der Fachliteratur wird das Ideal einer rein rationalen und isolierten Autonomie vielfach dekonstruiert, denn wir alle unterliegen einer „relationalen Autonomie“ (vgl. Stoljar 2021, S. 183; Beauchamp und Childress 2024, S. 177). Dies impliziert, dass persönliche Werthaltungen und das individuelle Selbstverständnis unweigerlich durch das gesellschaftliche Umfeld, zwischenmenschliche Beziehungsgeflechte sowie kulturelle Normen geformt werden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 177). Eine formale Aufklärung allein reicht daher oft nicht aus, wenn äußere Umstände, wie etwa psychischer Druck, die Patient*innen determinieren (vgl. Stoljar 2021, S. 183).

Zugleich darf das Autonomieprinzip nicht mit der Forderung nach objektiver „Vernunft“ verwechselt werden. In Ethik und Recht steht den Patient*innen das „Recht auf Krankheit“ und damit auch ein „Recht auf Unvernunft“ zu (vgl. Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 255). Verfügt ein Mensch über die mentalen Voraussetzungen (capacity), medizinische Aufklärung kognitiv zu erfassen und auf Basis der persönlichen Überzeugungen eine Wahl zu treffen, muss diese Autonomie respektiert werden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 195). Die Ärzt*innenschaft besitzt hier keine „Vernunftthoheit“ (Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 255).

Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Das Dilemma bei Demenz: Aktuelle vs. antizipierte Interessen

Auf eine harte theoretische Probe wird die Prinzipienethik beim irreversiblen Verlust der Urteilsfähigkeit gestellt, etwa bei einer fortgeschrittenen Demenz (vgl. Lucas 2024, S. 149). Wenn eine früher urteilsfähige Person per Verfügung anordnet, bei Eintritt einer Demenz nicht mehr lebensverlängernd behandelt zu werden, diese Person aber im späteren Zustand schmerzfrei und zufrieden wirkt,

kollidieren zwei Ansätze – in der Literatur als „Dworkin-Dresser-Debatte“ bekannt (vgl. Lucas 2024, S. 149):

- Ronald Dworkin (Critical Interests): Aus der Perspektive der reinen Autonomie haben die „kritischen Interessen“, also der vorausverfügte Lebensentwurf, zwingend Vorrang vor den aktuellen Erlebnisinteressen im Zustand der Demenz (vgl. Lucas 2024, S. 149).
- Rebecca Dresser (Experiential Interests): Bei einer schweren Demenz findet ein derartiger Identitätsbruch statt, dass die aktuellen Erlebnisinteressen – das gegenwärtige physische Wohlbefinden – zwingend Vorrang vor einer alten Verfügung haben müssen (vgl. Lucas 2024, S. 149–150).

Das Dilemma besteht darin, dass die Person de facto einen Identitätsverlust erlitten hat (vgl. Lucas 2024, S. 150). Die Befolgung der Verfügung in der Gegenwart kann daher potenziell als Verstoß gegen das Prinzip des Nichtschadens und der Fürsorge erscheinen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 243).

Das Kombinationsmodell als Lösungsansatz

Um diesen Spannungsfeldern zu begegnen, schlagen Beauchamp und Childress sowie moderne palliativmedizinische Ansätze ein integratives Kombinationsmodell vor (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 245). Das Vorgehen ist hierbei gestuft: Sind frühere autonome Entscheidungen durch eine eindeutige Patient*innenverfügung verlässlich bekannt, so sind diese als Ausdruck reiner Autonomie zu respektieren (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 241, 245). Liegt keine eindeutige Verfügung vor, rückt der „Best Interest Standard“ – also das Fürsorgeprinzip – in den Vordergrund (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 242, 245). In der Praxis erfordert dies, drei Willensformen miteinander zu verknüpfen: den vorausverfügten Willen, den mutmaßlichen Willen und den natürlichen Willen, also die aktuellen Abwehr- oder Zustimmungsausprägungen des beeinträchtigten Menschen (vgl. Gerhard 2023, S. 157). Die „Autonomie des Augenblicks“ darf dabei nicht dogmatisch einer alten Verfügung geopfert werden, wenn dies dem aktuellen Wohlbefinden zuwiderläuft (insbesondere wenn noch

keine dauerhafte komplette Einwilligungsunfähigkeit besteht) (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 243).

Kritische Gegenüberstellung: Die soziale Bedingtheit des Menschen (Abhängigkeit)

Die Philosophin Martha Nussbaum erinnert daran, dass wir als Menschen zutiefst „zeitgebundene Wesen mit Bedürfnissen“ sind (Nussbaum 2010, S. 224, zit. n. Feichtner und Pachschröll 2022, S. 247). Wir beginnen unser Leben in radikaler Abhängigkeit und erfahren diese Angewiesenheit, unsere Vulnerabilität, auch am Lebensende oft erneut (vgl. Feichtner und Pachschröll 2022, S. 247). Ein theoretisches Konstrukt der Selbstbestimmung, welches Individualität fälschlicherweise mit völliger Unabhängigkeit gleichsetzt, sieht sich zum Beispiel in der Care-Ethik legitimer Kritik ausgesetzt, weil es die grundlegende menschliche Erfahrung des Angewiesenseins ignoriert (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 31). In der Prinzipienethik muss Autonomie daher als eingebettet in eine solidarische Gesellschaft begriffen werden – Autonomie verlangt nach einer Fürsorgekultur, die dem Menschen in seiner existenziellen Bedürftigkeit stets mit Respekt begegnet (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 31; Stoljar 2021, S. 176–177).

3.2.2 Hippokratischer Eid und Genfer Gelöbnis

Das ärztliche Selbstverständnis ist kein statisches Konstrukt, sondern es unterliegt einem stetigen (historischen) Wandel (vgl. Jox 2024, S. 118). Das Fundament der abendländischen Medizinethik bildet der Eid des Hippokrates (vgl. Leven 2024, S. 105; Maio 2017, S. 103). Ob man ihn nun einer pythagoreischen Ärztegruppe zuschreibt oder ihn als antiken Lehrvertrag zur Qualitätssicherung versteht – in diesem Eid verpflichteten sich die antiken Ärzt*innen bereits auf das Prinzip des Wohltuns (Benefizienz) und der strikten Schadensvermeidung (Nonmalefizien) (vgl. Leven 2024, S. 105, 107; Maio 2017, S. 104–105, 107).

Eine besondere historische Tragweite entfaltete dabei das Verbot tödlicher Substanzen (vgl. Maio 2017, S. 105). „Auch werde ich niemandem ein tödliches Mittel geben, wenn ich darum gebeten werde, und werde auch niemanden dabei beraten...“ (Hippokrates, zit. n. Leven 2024, S. 106). Über Jahrhunderte las man

diese Textstelle als unumstößliches Verbot der aktiven Lebensbeendigung (vgl. Maio 2017, S. 105). Moderne medizinhistorische Analysen legen jedoch nahe, dass dieses Verbot in der Antike primär eine pragmatische Schutzfunktion erfüllte: Der*die Ärzt*in sollte vor dem damals leicht aufkommenden Verdacht des Giftmordes bewahrt werden, um das Vertrauen in den Berufsstand zu sichern (vgl. Maio 2017, S. 105). Die semantische Offenheit der ursprünglichen Schrift erlaubte es nachfolgenden Generationen zudem, ihre je eigenen ethischen Wertvorstellungen in das Dokument zu projizieren (vgl. Leven 2024, S. 107–108). Im Jahr 1948 wurde dieses traditionelle Ethos durch das Genfer Gelöbnis (Declaration of Geneva) modernisiert und an die Menschenrechte angepasst (vgl. Leven 2024, S. 108; Maio 2017, S. 108). Damit fiel unter anderem der sakrale Götterbezug des antiken Eides weg und die ärztliche Pflichtenlehre wurde säkularisiert (vgl. Mathwig 2024, S. 303–304). Mit der Aktualisierung im Jahr 2017 rückte die Personenzentrierung noch stärker in den Fokus: Der Respekt vor der Autonomie und der Würde der Patient*innen wurde explizit neben dem Gesundheitsauftrag als oberstes Gebot verankert (vgl. Montgomery et al. 2018, S. 68, zit. n. Hahlweg 2024, S. 278). Das markiert den Übergang von einem traditionell paternalistischen hin zu einem partnerschaftlichen Fürsorgeprinzip, das auf Autonomie gründet (vgl. Hahlweg 2024, S. 278).

In der heutigen Praxis kollidiert dieses Ethos jedoch oft mit der hochtechnisierten Realität am Lebensende (vgl. Bioethikkommission 2015, S. 12). Aufgrund des wissenschaftlich-technischen Wandels ist eine tiefe Diskrepanz entstanden: Der Tod wird heute seltener als rein naturgegebenes Schicksal wahrgenommen, sondern vielmehr als ein durch medizinische Interventionen formbarer Ablauf erlebt (vgl. Bioethikkommission 2011, S. 5; Bioethikkommission 2015, S. 12). Diese „Technisierung des Sterbens“ geht mit einem gesellschaftlichen Trend zur Selbstoptimierung und Kontrolle einher (vgl. Stronegger 2022, S. 223). Hierdurch entsteht ein Zielkonflikt, da fachliches Wissen zur Lebensbeendigung eingesetzt werden soll – was der traditionellen Lesart des hippokratischen Ideals diametral entgegensteht (vgl. Maio 2017, S. 105).

Aus dieser Entwicklung speist sich die Debatte um die Vereinbarkeit von Suizidassistenz und ärztlichem Heilauftrag (vgl. Jox 2024, S. 118). Viele

medizinische Fachgesellschaften lehnen die Suizidbeihilfe ab, da sie das ärztliche Ethos verletze (vgl. Bormann und Wiesing 2017, S. 86). Der Heilauftrag zielt auf die Wiederherstellung von Gesundheit oder die Linderung von Schmerzen, keinesfalls aber auf eine absichtliche Tötungshandlung ab. Demgegenüber steht das Argument, dass der medizinische Berufsauftrag die Linderung von unerträglichem Leiden und den Beistand für Sterbende vollumfänglich umfasst (vgl. Winkler 2024, S. 65-66). In extremen, therapierefraktären Notlagen könne die Bereitstellung eines letalen Präparats auf ausdrücklichen Wunsch somit die einzige verbleibende Form der Hilfe darstellen (vgl. Winkler 2024, S. 62).

Um dieses Spannungsfeld ethisch aufzulösen, fordert der Medizinethiker Jox eine strikte Trennung von persönlicher Moral und professioneller Verpflichtung bei kontroversen Thematiken (vgl. Jox 2024, S. 118–119). Professionelle ethische Leitlinien stellen dabei kein starres Gebilde dar, sondern wandeln sich fortlaufend im Zuge historischer und gesellschaftlicher Entwicklungen (vgl. Jox 2024, S. 118). Einzelne Ärzt*innen dürfen zwar nach ihrem privaten Moralkodex die Suizidassistenz ablehnen, sie dürfen diese subjektive Haltung jedoch nicht paternalistisch auf die gesamte Profession übertragen (vgl. Jox 2024, S. 118). Patient*innen verdienen allein aufgrund ihrer Menschenwürde und Autonomie eine professionelle Begleitung – sie haben einen prinzipiellen Anspruch auf professionelle Unterstützung, ohne sich diese zuvor moralisch erarbeiten zu müssen, indem sie sich dem persönlichen Wertekanon der Ärzt*innenschaft anpassen (vgl. Jox 2024, S. 119).

Eng mit dem Heilauftrag verknüpft ist die Maxime des unbedingten Lebensschutzes. Historisch sah die Medizin den Erhalt des Lebens als absolute positive Pflicht an, während Todes- und Suizidwünsche defizitär als Symptom einer pathologischen Krise – etwa einer Depression – gedeutet wurden (vgl. Mathwig 2024, S. 305–309). Dieses medizinische Paradigma gerät jedoch beim Phänomen der sogenannten „Lebenssatten“ in ein unauflösbares Dilemma. Wenn beispielsweise ältere Menschen, die nicht zwingend körperlich terminal erkrankt sind, rational bilanzieren, dass ihr Leben vollendet sei und sie es selbstbestimmt beenden möchten, fehlt jegliche klassische medizinische Indikation. Ein rein autonomiebasierter Ansatz lässt hierbei jedoch kaum pauschale

Zugangsbeschränkungen oder Diskriminierungen allein aufgrund fehlender medizinischer Diagnosen zu (vgl. Braun 2024, S. 179–180).

3.2.3 Menschenwürde und Menschenrechte

Die ethische und juristische Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid ist im Kern eine tiefgreifende Debatte über die Interpretation von Menschenwürde und Menschenrechten (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 29). Der normative Kern der Menschenwürde definiert sich dabei über vier wesentliche Elemente: das Recht auf Leben, das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, die fundamentale Gleichheit aller Menschen sowie die Voraussetzungslosigkeit und absolute Unverlierbarkeit der Würde. Dabei wird im Diskurs immer wieder gestritten, inwieweit Autonomie als alleiniges Synonym für den inneren Kern der Menschenwürde gelten kann oder ob sie lediglich einen Teilaspekt davon darstellt (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 30).

In der medizinethischen Urteilsbildung müssen wir präzise zwischen der unantastbaren „objektiven Menschenwürde“ und dem „subjektiven Selbstbild“ beziehungsweise dem Selbstwertgefühl differenzieren. Viele Patient*innen fürchten aus einer subjektiven, autonomiebasierten Perspektive den Kontrollverlust und die Pflegeabhängigkeit als würdelosen Zustand (vgl. Bormann und Wiesing 2017, S. 87). Demgegenüber wird angeführt, dass Menschen zutiefst zeitgebundene Wesen sind, die auf Unterstützung angewiesen sind. Unsere menschliche Natur ist von Angewiesenheit und Vulnerabilität geprägt; Bedürftigkeit steht der Menschenwürde folglich nicht entgegen, sondern ist ein integraler Bestandteil von ihr (vgl. Nussbaum 2010, S. 224, zit. n. Feichtner und Pachschröll 2022, S. 247). Es ist daher defizitär, den Verlust körperlicher Autonomie mit einem Verlust der objektiven Menschenwürde gleichzusetzen (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 30).

Rechtsphilosophisch wird die Menschenwürde im deutschsprachigen Raum primär über die von Dürig entwickelte „Objektformel“ operationalisiert, die auf Immanuel Kants kategorischen Imperativ zurückgeht. Diese Formel statuiert das absolute

Instrumentalisierungsverbot: Kein Mensch darf jemals bloß als Mittel zum Zweck gebraucht oder zum reinen Objekt staatlichen Handelns degradiert werden (vgl. Maio 2017, S. 35). Im Diskurs zur Suizidhilfe kann deshalb argumentiert werden, dass ein Mensch genau dann unzulässig zum Objekt staatlichen Handelns gemacht wird, wenn sein autonomer Wille nicht zählt und der Staat ihm durch ein absolutes Verbot die Souveränität abspricht, sich aus existenziellem Leid zu befreien (vgl. Taupitz und Tolmein 2017, S. 83).

Ein zentrales Menschenrecht ist das Recht auf Leben gemäß Art. 2 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). Daraus leitet der Staat zwar eine positive Schutzpflicht für das Leben ab, doch es ist klar: Aus Art. 2 EMRK lässt sich keinesfalls eine Pflicht zum Leben und Leiden ableiten (vgl. VfGH 2020, Rz 71, S. 79). Die staatliche Garantie bedeutet nicht, dass der Mensch dazu verdammt sei, unzumutbares Leiden gegen den eigenen Willen ertragen zu müssen (vgl. Bioethikkommission 2015, S. 14). Die staatliche Schutzpflicht endet dort, wo das Leben gegen den freiverantwortlichen Willen der betroffenen Person zwangsweise geschützt werden soll (vgl. VfGH 2020, Rz 71, S. 79).

Traditionell verstand man das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende als rein negatives Abwehrrecht – also als das Recht, ungewollte körperliche Eingriffe wie Zwangsbehandlungen abzuwehren (vgl. Bormann und Wiesing 2017, S. 87). Es wird jedoch kritisiert, dass das einseitige Festhalten am bloßen Abwehrrecht in der modernen Rechtsordnung inkohärent ist (vgl. Kipke 2024, S. 234–235). Wenn Menschen in anderen gesundheitlichen Notlagen ein Anspruchsrecht auf ärztliche Hilfe besitzen, sei es widersprüchlich, dieses Anspruchsrecht in der existenziellsten Notlage eines Suizidwunsches völlig zu verwehren (vgl. Kipke 2024, S. 234–235).

4. Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich

Entscheidungen am Lebensende geschehen nicht im rechtsfreien Raum, sondern sind das Resultat eines komplexen Zusammenspiels aus medizinischer Indikation, ärztlichem Ethos und staatlicher Gesetzgebung. Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich haben dabei in der jüngeren Vergangenheit

eine beispiellose dogmatische Zäsur erfahren (vgl. Halmich 2022, S. 227–228). Dieses Kapitel beleuchtet den (historischen) Systemwechsel von einem ausnahmslosen Verbot der Suizidbeihilfe hin zu einem prozedural regulierten Zugangsweg für den assistierten Suizid (vgl. Halmich 2022, S. 227).

4.1 Historische Entwicklung und Rechtslage vor 2022 (§ 78 StGB alt)

Ein Blick auf die historische Rechtslage ist essenziell, um die heutigen Regelungen zum Lebensende in Österreich zu greifen. Bis Ende 2021 galt ein absolutes Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung (vgl. Halmich 2022, S. 227). Dieses war in § 78 StGB verankert und kriminalisierte sämtliche physischen wie psychischen Hilfeleistungen (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.1.1).

Dieses christlich geprägte Verbot (vgl. VfGH 2020, Rz 6, S. 20) wies eine juristische Besonderheit auf. Obwohl die Selbsttötung seit 1850 straffrei war (vgl. Halmich 2022, S. 227), stellte das Gesetz die Unterstützung bei dieser eigentlich legalen Handlung unter Strafe. Dafür wurde ein völlig eigenes Delikt geschaffen, auch wenn die Unterstützungshandlungen strukturell den allgemeinen Regeln der Beitragstäterschaft entsprachen (vgl. Birklbauer 2016, S. 84, zit. n. VfGH 2020, Rz 6, S. 43–44).

Dieser Status quo kippte schließlich durch das VfGH-Erkenntnis vom 11. Dezember 2020 (vgl. Halmich 2022, S. 228). Nach der Anfechtung der Paragraphen 77 und 78 StGB (vgl. VfGH 2020, Rz 6, S. 23) gab das Höchstgericht den Kläger*innen bezüglich der Beihilfe recht (vgl. VfGH 2020, Rz 114, S. 88–89).

4.2 Das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) 2022 im Überblick (vor Inkrafttreten der Änderungen am 01.06.2026)

Am 1. Jänner 2022 trat als Reaktion auf die richtungsweisende Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), welches im Dezember 2021 im österreichischen Parlament beschlossen wurde, in Kraft (vgl. Halmich 2022, S. 230). Damit wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für den legalen assistierten Suizid in Österreich geschaffen (vgl. Risse-Steller 2024, S.

25). Zunächst geht es bei diesem Gesetz darum, durch ein strenges Prozedere die Voraussetzungen und die Wirksamkeit einer sogenannten Sterbeverfügung genau zu regeln. Diese dient als Nachweis dafür, dass der Entschluss zur Selbsttötung dauerhaft, frei und wirklich selbstbestimmt gefasst wurde (vgl. StVfG 2025, § 1 Abs. 1). Dadurch soll einerseits für die sterbewillige Person, aber auch für hilfeleistende Dritte ein verlässlicher und rechtssicherer Rahmen geboten werden (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2).

Der Zugang zu einer solchen Verfügung ist jedoch an strenge Kriterien geknüpft. So kann sie ausschließlich höchstpersönlich von Personen errichtet werden, die bereits volljährig sind, zweifelsfrei über die nötige Entscheidungsfähigkeit verfügen und zudem österreichische Staatsbürger*innen sind oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben (vgl. StVfG 2025, § 1 Abs. 2, § 4, § 6 Abs. 1). Weiters muss ein genau definiertes Krankheitsbild vorliegen. Dabei muss die Person entweder an einer unheilbaren Krankheit leiden, die zum Tod führt oder an einer schweren, dauerhaften Erkrankung mit anhaltenden Symptomen. Diese Krankheit muss die Lebensführung auf Dauer beeinträchtigen und einen Leidenszustand verursachen, der für die betroffene Person nicht anders abzuwenden ist (vgl. StVfG 2025, § 6 Abs. 3).

Um nun garantieren zu können, dass es sich um einen freien und dauerhaften Willen handelt, sieht das StVfG ein mehrstufiges Verfahren vor. Zunächst muss man sich von zwei voneinander unabhängigen Ärzt*innen aufklären lassen. Dabei muss mindestens eine ärztliche Person eine palliativmedizinische Qualifikation aufweisen (vgl. StVfG 2025, § 7 Abs. 1). Diese Ärzt*innen müssen dann die Entscheidungsfähigkeit bestätigen und umfassend über Alternativen, wie etwa die Hospiz- und Palliativversorgung, aufklären (vgl. StVfG 2025, § 7 Abs. 1–2). Ergeben sich im Zuge dieser ärztlichen Aufklärung jedoch Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit, beispielsweise durch Hinweise auf eine psychische Störung, so muss zwingend eine psychiatrische oder klinisch-psychologische Abklärung veranlasst werden (vgl. BMASGPK 2025, S. 14).

Danach gilt eine zwingende Wartefrist von zwölf Wochen. Bei Patient*innen in der terminalen Phase verkürzt sich diese Zeitspanne allerdings auf zwei Wochen. Im Anschluss kann die Sterbeverfügung schriftlich bei einem*einer Notar*in oder einer rechtskundigen Person der Patient*innenvertretungen aufgesetzt werden

(vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.5). Ab dem Zeitpunkt der Errichtung ist diese Verfügung dann grundsätzlich für ein Jahr gültig (vgl. StVfG 2025, § 8 Abs. 1). (Hier darf darauf hingewiesen werden, dass sich unter anderem dies änderte, wie im Kapitel „4.3 Neue juristische Dynamiken: Das VfGH-Erkenntnis vom Dezember 2024 und die Veränderung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) mit 01.06.2026“ dargestellt wird.)

Sobald die Eintragung in das Sterbeverfügungsregister erfolgt ist, darf die sterbewillige Person ein letales Präparat (Natrium-Pentobarbital) in einer öffentlichen Apotheke beziehen (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.6.1). Dabei ist es besonders wichtig, dass die letzte Handlung, die den Tod herbeiführt – wie etwa das Trinken der Lösung oder das Starten der Infusion –, zwingend von der sterbewilligen Person selbst durchgeführt wird. Die aktive Fremdtötung auf Verlangen bleibt nämlich weiterhin verboten (vgl. PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark o. J.a, S. 2). Zudem stellt das Prinzip der Freiwilligkeit einen zentralen Pfeiler des Gesetzes dar. So ist keine natürliche oder juristische Person dazu verpflichtet, an diesem Prozess in irgendeiner Form mitzuwirken, und es gilt ein striktes Benachteiligungsverbot, falls jemand diese Hilfeleistung verweigert (vgl. StVfG 2025, § 2).

4.3 Neue juristische Dynamiken: Das VfGH-Erkenntnis vom Dezember 2024 und die Veränderung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) mit 01.06.2026

Im Dezember 2024 befasste sich der Verfassungsgerichtshof (VfGH) in einer zentralen Erkenntnis erneut mit dem Thema der Suizidhilfe in Österreich (vgl. VfGH 2024, S. 2-3). Dabei bestätigte das Höchstgericht zwar, dass die grundsätzlichen Hürden des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) sowie das Verbot der Mitwirkung an der Selbsttötung (§ 78 StGB) verfassungskonform sind. Jedoch wurden zwei spezifische Regelungen, welche im folgenden Abschnitt behandelt werden sollen, aufgehoben (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.1.3).

Nach der ursprünglichen Fassung des Gesetzes verlor eine Sterbeverfügung nach genau einem Jahr strikt ihre Gültigkeit (§ 10 Abs. 2 StVfG). Der VfGH erkannte darin jedoch einen „Wertungswiderspruch“, der sich sachlich nicht rechtfertigen

ließ (vgl. VfGH 2024, Rz 225, S. 78). Es sei schlichtweg unverhältnismäßig, dass sterbewillige Personen nach Ablauf dieser Frist zwingend wieder das gesamte, sehr aufwendige Prozedere – inklusive der Aufklärung durch zwei ärztliche Personen – durchlaufen müssen, um das letale Präparat zu beziehen (vgl. VfGH 2024, Rz 226–227, S. 78-79). Vielmehr wäre eine Bestätigung des weiterhin aufrechten Entschlusses völlig ausreichend (vgl. VfGH 2024, Rz 227, S. 79). Daher hob der VfGH die entsprechende Wortfolge auf und räumte eine Reparaturfrist bis zum 31. Mai 2026 ein (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.1.3). Da keine zeitgerechte Neuregelung durch den Gesetzgeber erfolgte, trat sie somit am 1. Juni 2026 in Kraft (vgl. ORF.at, 2026). Die zweite große Änderung betrifft das Werbeverbot in § 12 Abs. 1 StVfG. Dieses stellte ursprünglich das „Anbieten, Ankündigen und Anpreisen“ von Suizidhilfe unter Strafe. Der VfGH hob die Wortfolge „anbietet, ankündigt oder“ allerdings mit sofortiger Wirkung auf, da sie gegen das Recht auf freie Meinungsäußerung (Art. 10 EMRK) verstieß. Somit bleibt lediglich das „Anpreisen“ weiterhin verboten (vgl. VfGH 2024, Rz 244-246, S. 83).

Diese Aufhebung bringt weitreichende ethische und praktische Folgen für die Informationsvermittlung mit sich. Bisher stand das umfassende Verbot nämlich, dass Betroffene notwendige sachliche Hinweise überhaupt erhalten konnten, um gesetzliche Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen, im Weg (vgl. VfGH 2024, Rz 244, S. 83). Nun ist es Ärzt*innen, Apotheken und diversen Einrichtungen ausdrücklich erlaubt, sachlich darüber zu informieren, dass sie konkrete Hilfeleistungen anbieten (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.8.1). Zudem stärkt dieser Schritt die Patient*innenautonomie erheblich und enttabuisiert den Diskurs.

4.4 Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung (StVf-Präp-V)

Wie zuvor behandelt, bildet das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) in Österreich das rechtliche Fundament für den assistierten Suizid. Jedoch stellt die Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung (StVf-Präp-V) das wichtige rechtliche Bindeglied zur eigentlichen Umsetzung in der Praxis dar. Dabei wurde der*die Gesundheitsminister*in gemäß § 11 Abs. 6 StVfG dazu ermächtigt, die genauen Details zu den letalen Substanzen in Form einer Verordnung zu regeln (vgl. StVfG

2026, § 11 Abs. 6). Somit klärt die StVf-Präp-V die spezifischen pharmakologischen Vorgaben, die im Gesetz selbst nur allgemein angeschnitten werden. Als das tödliche Präparat legt diese Verordnung ausschließlich Natrium-Pentobarbital fest (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 2). Die Verordnung bestimmt zudem, dass dieser Wirkstoff als magistrale Rezeptur in einer Dosis von 15 Gramm des Reinwirkstoffs angewendet werden muss, da diese Menge bei vollständiger Einnahme verlässlich zum Tod führen soll (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 3–4). Formal stehen dabei zwei Wege der Verabreichung zur Verfügung: einerseits die orale Zubereitung, die direkt getrunken oder über eine PEG-Sonde eingenommen wird, und andererseits die intravenöse Anwendung mittels Infusion (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 3).

Bezug und Logistik in der öffentlichen Apotheke

Der Bezug des tödlichen Präparats (Natrium-Pentobarbital) ist an sehr strenge Vorgaben gebunden und darf ausschließlich in öffentlichen Apotheken stattfinden, welche sich dazu bereit erklären. Weiters muss erwähnt werden, dass ärztliche Hausapotheken von dieser Abgabe rechtlich komplett ausgenommen sind (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.6.1). Ein besonders wichtiger Punkt ist dabei die Freiwilligkeit: Keine Apotheke und auch kein pharmazeutisches Personal kann dazu gezwungen werden, das Präparat abzugeben (vgl. Österreichische Apothekerkammer 2026, S. 3). Wenn sich jedoch eine öffentliche Apotheke zur Mitwirkung bereit erklärt, unterliegt der Abgabeprozess genauen Prüfpflichten. Bevor das Mittel an die sterbewillige Person oder an eine in der Sterbeverfügung sogenannte namentlich erwähnte hilfeleistende Person ausgehändigt wird, muss die Apotheke zwingend die Identität mithilfe eines amtlichen Lichtbildausweises kontrollieren (vgl. StVfG 2026, § 11 Abs. 2 Z 1). Weiters muss durch eine Abfrage im elektronischen Sterbeverfügungsregister sichergestellt werden, dass nicht bereits auf Basis einer gültigen Verfügung ein Präparat bezogen wurde (vgl. StVfG 2026, § 11 Abs. 2 Z 2). Um die Sicherheit weiter zu erhöhen, muss das Mittel in ein plombiertes Gefäß abgefüllt und mit eindeutigen Warnhinweisen versehen werden (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 6 Abs. 1–3).

Sondervorschriften für Verwahrung und Rückgabepflicht:

Sobald das Präparat in der Apotheke ausgehändigt wurde, gehen die ernstzunehmenden Sorgfaltspflichten auf die sterbewillige Person und auf etwaige Helfer*innen über. Das Mittel muss durch geeignete, nicht weiter definierte, Maßnahmen unbedingt davor geschützt werden, dass unbefugte Dritte darauf zugreifen können (vgl. StVfG 2026, § 11 Abs. 4). Dies dient natürlich in erster Linie dazu, Missbrauch zu verhindern. Sollte gegen diese Verwahrungspflicht verstoßen werden und dadurch Dritte zu Schaden kommen, drohen massive zivil- und strafrechtliche Konsequenzen (vgl. PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark o. J.b, S. 4). Falls die sterbewillige Person ihren Entschluss jedoch aufgibt, greift eine zwingende gesetzliche Rückgabepflicht. Das Medikament muss dann wieder an die Apotheke zurückgebracht werden (und diese muss das Präparat auch zurücknehmen), damit es fachgerecht entsorgt werden kann (vgl. Österreichische Apothekerkammer 2026, S. 9). Wenn die Person verstirbt, ohne das Präparat eingenommen zu haben, ist jede*r, der*die das Mittel in der Verlassenschaft findet, dazu verpflichtet, dies unverzüglich bei der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu melden. Nur so kann eine ordnungsgemäße Vernichtung in die Wege geleitet werden (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.6.2).

Die rechtliche rote Linie: Das absolute Erfordernis der Selbstverabreichung:

Das absolute Kernkriterium des gesamten Prozesses ist das Prinzip der Selbstverabreichung. Nur wenn die sterbewillige Person den letzten, direkt tödlichen Schritt völlig eigenständig ausführt, spricht man rechtlich von einer zulässigen Selbsttötung. Diese klare Grenze ist notwendig, um den Vorgang von der aktiven Fremdtötung auf Verlangen abzugrenzen, die nach § 77 StGB nach wie vor mit einer Freiheitsstrafe bedroht ist (vgl. Halmich 2022, S. 228). Die betroffene Person muss also bis zuletzt die sogenannte alleinige Herrschaft über den Vorgang haben (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.1.8). In der Praxis bedeutet dies, dass Vorbereitungshandlungen durch Helfer*innen – wie etwa das Abholen des Medikaments aus der Apotheke, das Anmischen im Wasserglas oder das Legen eines venösen Zugangs – straffrei sind (vgl. PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark o. J.a, S. 2). Die finale Handlung muss jedoch,

wie zuvor bereits angeführt, zwingend von der sterbewilligen Person selbst ausgehen. Konkret heißt das: Die Person muss den Becher selbst zum Mund führen, die Magensonde eigenhändig auslösen oder die Klemme der Infusion selbst öffnen (vgl. OPG 2025a, S. 4). Jede Form der aktiven Verabreichung durch eine andere Person wäre bereits ein Tötungsdelikt (vgl. PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark o. J.a, S. 2). Daraus ergibt sich unweigerlich, dass Menschen, die körperlich nicht mehr zur Selbstverabreichung in der Lage sind, bei ihrem Wunsch nach einer Lebensbeendigung nicht legal unterstützt werden dürfen (vgl. PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark o. J.b, S. 5).

5. Praxis und prozeduraler Ablauf der Inanspruchnahme

In diesem Kapitel und den dazugehörigen Unterkapiteln wird versucht, die zuvor teilweise beschriebenen gesetzlichen Grundlagen möglichst anhand der Praxis Schritt für Schritt zu beleuchten.

Die gesetzliche Verankerung des assistierten Suizids durch das österreichische Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) markierte einen juristischen Paradigmenwechsel (vgl. Halmich 2022, S. 227). Jedoch ist der Weg von der abstrakten rechtlichen Erlaubnis hin zur konkreten medizinischen Umsetzung in der Praxis überaus vielschichtig. Damit die beteiligten Akteur*innen hierbei eine gute Orientierungshilfe haben, publizierten Institutionen und Organisationen wie beispielhaft das Gesundheitsministerium (BMASGPK) oder Landesvertretungen (z.B. Ärzt*innenkammer, Apotheker*innenkammer) entsprechende Leitfäden (vgl. BMASGPK 2025; Fasching und Tschiggerl 2022; Österreichische Apothekerkammer 2026).

5.1 Zugangsvoraussetzungen und Fristen (Krankheit nach § 6 Abs 3 und Wartefristen)

Der Zugang zum assistierten Suizid ist an ein sehr engmaschiges System von Voraussetzungen geknüpft. Dabei muss eine sterbewillige Person zwingend volljährig sein und zweifelsfrei über ihre volle Entscheidungsfähigkeit verfügen und

sie muss dies selbst erledigen (vgl. StVfG 2026, § 4 und § 6 Abs. 1). Dies gilt sowohl für den Moment der ärztlichen Aufklärung als auch für die eigentliche Errichtung der Verfügung (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 1). Dadurch sind stellvertretende Handlungen – etwa durch beispielsweise Erwachsenenvertreter*innen, Sachwalter*innen oder Erziehungsberechtigte – rechtlich völlig ausgeschlossen (vgl. Weber 2022, S. 14).

Weiters müssen klare medizinische Kriterien erfüllt sein. Die Person muss entweder an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit leiden, oder eine schwere, dauerhafte Erkrankung mit anhaltenden Symptomen aufweisen (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 3 Z 1–2). Diese Symptome müssen die gesamte Lebensführung auf Dauer massiv beeinträchtigen (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 3 Z 2). Dabei ist ausschlaggebend, dass die Erkrankung für die betroffene Person einen Leidenszustand mit sich bringt, der sich nicht anders abwenden lässt (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 3).

Um auch schwankenden Gedanken Raum zu geben und sicherzustellen, dass der Entschluss wirklich dauerhaft ist, gibt es strenge Wartefristen. So kann eine Sterbeverfügung im Regelfall erst zwölf Wochen nach der ersten ärztlichen Aufklärung errichtet werden (vgl. StVfG 2026, § 8 Abs. 1). Jedoch gibt es hierbei eine Ausnahme: Wenn eine ärztliche Person bestätigt, dass bereits die sogenannte „terminale Phase“ eingetreten ist – das bedeutet, die Lebenserwartung liegt voraussichtlich bei unter sechs Monaten –, verkürzt sich diese Frist auf zwei Wochen (vgl. StVfG 2026, § 3 Z 8 iVm § 8 Abs. 1). Zudem ist seit 01.06.2026 die einjährige Begrenzung der Gültigkeit der Sterbeverfügung nicht mehr in Kraft (vgl. ORF.at, 2026).

5.2 Die ärztliche Aufklärung nach § 7 StVfG

Das ärztliche Aufklärungsgespräch bildet die rechtliche und medizinische Basis für den gesamten weiteren Prozess (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.4). Dabei ist laut dem Verfassungsgerichtshof eine ausführliche Information über die im konkreten Fall möglichen Behandlungs- oder Handlungsalternativen zwingend notwendig (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2 Z 1). Nur durch diese umfassende

Aufklärung wird gewährleistet, dass die betroffene Person eine wirklich freie und selbstbestimmte Entscheidung treffen kann (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.4).

5.2.1 Das Zwei-Ärzt*innen-Prinzip und die geforderte Palliative-Care-Expertise

Gemäß § 7 Abs. 1 StVfG darf eine Sterbeverfügung erst dann wirksam errichtet werden, nachdem zwei Ärzt*innen die sterbewillige Person unabhängig voneinander aufgeklärt und begutachtet haben (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 1). Dabei muss mindestens eine dieser Personen zwingend eine palliativmedizinische Qualifikation vorweisen – etwa durch eine entsprechende Spezialisierung oder das ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.4). Diese gesetzliche Vorgabe dient laut dem Verfassungsgerichtshof vor allem dazu, eine wirklich umfassend informierte Entscheidung sicherzustellen. Zudem garantiert diese Expertise, dass die betroffene Person qualitativ hochwertig über hospizliche und palliativmedizinische Möglichkeiten informiert wird (vgl. VfGH 2024, Rz 205, S. 73-74).

Das Gesetz schreibt für diese beiden Gespräche jedoch keine genaue zeitliche oder räumliche Trennung vor. So ist es rechtlich durchaus zulässig, dass die Begutachtungen direkt hintereinander in ein und derselben Praxis stattfinden (vgl. Birklbauer und Zahrl 2025, S. 128).

5.2.2 Herausforderungen der Gesprächsführung und Informationsvermittlung

Die ärztliche Aufklärung muss gewisse Mindestinhalte umfassen, die in § 7 Abs. 2 StVfG verankert sind (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2). Diese lassen sich im Grunde in drei Themenblöcke unterteilen:

- Medizinische Alternativen: Zunächst müssen mögliche Palliativmaßnahmen dargelegt und auf rechtliche Vorsorgeinstrumente wie die Patient*innenverfügung, die Vorsorgevollmacht oder den Vorsorgedialog hingewiesen werden (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2 Z 1).

- **Pharmakologie und Risiken:** Weiters beinhaltet das Gespräch die genaue Festlegung der Dosierung für das tödliche Präparat sowie für die nötige Begleitmedikation (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2 Z 2). Aber auch über die Art der Einnahme und mögliche Komplikationen muss genau gesprochen werden (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2 Z 3).
- **Psychosoziale Beratung:** Zudem ist eine psychosoziale Beratung vorgesehen. Dabei sollen die Ärzt*innen auf psychotherapeutische und suizidpräventive Beratungsangebote sowie auf weitere Hilfen hinweisen, die im konkreten Fall zielführend sein könnten (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 2 Z 4 und Z 5).

Das Gesetz erlaubt bei diesen Inhalten durchaus eine inhaltliche Arbeitsteilung zwischen den aufklärenden Ärzt*innen. Jedoch muss zwingend jene Person, die über die medizinischen Behandlungsalternativen aufklärt, am Ende auch das Vorliegen der Krankheit und den nicht anders abwendbaren Leidenszustand rechtsgültig bestätigen. Zudem muss die Dosierungsanordnung exakt festgelegt werden. Über die wichtigsten Inhalte der Aufklärung muss letztlich ein formales Dokument erstellt, das der sterbewilligen Person übergeben wird (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 3).

Gerade im praktischen Alltag kann diese Art der Gesprächsführung große Herausforderungen mit sich bringen. Sie verlangt von den Ärzt*innen nämlich den Spagat, einerseits völlig neutrale Fakten zu vermitteln, sich rechtlich genügend abzusichern und andererseits natürlich eine sehr empathische, ergebnisoffene Haltung gegenüber der sterbewilligen Person einzunehmen (vgl. OPG 2025b, S. 9–10).

5.3 Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit

Die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit – oftmals auch als Urteilsfähigkeit bezeichnet – ist für den gesamten Prozess von absolut zentraler Bedeutung (vgl. Höpperger und Weixler 2022, S. 19). Dabei muss diese Fähigkeit zwingend „zweifelsfrei“ gegeben sein. Zudem muss dies nicht nur zum Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung, sondern auch dann, wenn die Verfügung tatsächlich errichtet wird, gegeben sein (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 1). Das Allgemeine

Bürgerliche Gesetzbuch (ABGB) definiert diese Voraussetzungen in § 24 Abs. 2 wie folgt: „Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann.“ (ABGB 2026, § 24 Abs. 2).

Um diese Fähigkeit in der Praxis überhaupt greifbar zu machen, stützt sich die Begutachtung vor allem auf das kognitive Verstehen, die Einsicht in die eigene Lebenslage, das logische Abwägen von Alternativen sowie auf die Fähigkeit, die eigene Entscheidung klar zu kommunizieren (vgl. Höpperger und Weixler 2022, S. 22). Zudem muss der Entschluss völlig frei von Irrtum oder Zwang sein (vgl. StVfG 2026, § 6 Abs. 2). Dabei darf man Autonomie aber nicht auf reine Verstandesleistungen reduzieren, denn unter anderem auch Emotionen sind zwingend nötig, um die Tragweite des eigenen Handelns wirklich begreifen zu können (vgl. Vollmann 2008, zit.n. Höpperger und Weixler 2022, S. 22). Dennoch darf die Urteilsfähigkeit selbst bei kognitiven Einschränkungen – wie etwa bei einer beginnenden Demenz – nicht pauschal abgesprochen werden (vgl. Maio 2017, S. 204). Vielmehr muss stets im Einzelfall geprüft werden, ob das geistige Leistungsvermögen für genau diesen spezifischen Entschluss noch ausreicht (vgl. Maio 2017, S. 204-205).

Ein weiteres besonderes klinisches Dilemma stellt zudem die Beurteilung des freien Willens bei psychischen Erkrankungen dar. Um diese Personengruppe zu schützen, gibt es einen klaren Mechanismus: Sobald sich im Aufklärungsgespräch auch nur der geringste Hinweis ergibt, dass der Sterbewunsch durch eine „krankheitswertige psychische Störung“ bedingt sein könnte, muss zwingend eine Fachkraft aus der Psychiatrie oder der klinischen Psychologie hinzugezogen werden (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 4). Hier stehen sich die berechnete Schutzpflicht des Staates und die Gefahr einer generellen Entmündigung gegenüber, da Suizidalität nicht zwangsläufig krankhaft sein muss (vgl. Wolfersdorf und Hegerl 2019, zit. nach Kowalinski und Huber 2024, S. 133). So gibt die ÖGPP zu bedenken, dass es für Ärzt*innen ohne psychiatrische Fachausbildung schwierig sein kann, Komorbiditäten ausreichend sicher zu diagnostizieren, wodurch eine begleitende Depression oft fälschlicherweise als bloße „natürliche Reaktion“ auf die schwere Erkrankung verkannt wird (vgl. ÖGPP 2025, S. 2).

5.4 Formale Errichtung der Sterbeverfügung (Notariat / Patient*innenanwaltschaft)

Sobald alle benötigten medizinischen Schritte und Aufklärungsgespräche, wie zuvor beschrieben, abgeschlossen sind, kann die Sterbeverfügung abschließend formal eingerichtet werden. Dabei sieht das Gesetz streng vor, dass dieser hochsensible Akt nur von der Person selbst – also „höchstpersönlich“ – vollzogen werden darf (vgl. StVfG 2026, § 4). Das Ganze muss von einer*inem Notar*in, oder aber von einer rechtskundigen Person der Patient*innenvertretungen geleitet werden (vgl. StVfG 2026, § 3 Z 6).

In dieser Phase geht es nur mehr um eine strikte formale und rechtliche Überprüfung. Die sogenannte „dokumentierende Person“ kontrolliert dabei genau, ob auch wirklich alle gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Birklbauer 2025, Kap. 1.24.2.5.1). Dabei wird geprüft, ob die ärztlichen Aufklärungsdokumente ordnungsgemäß vorliegen und ob die Wartefrist von zwölf Wochen – beziehungsweise zwei Wochen in der terminalen Phase – schon verstrichen ist (vgl. StVfG 2026, § 8 Abs. 1). Zudem müssen die weiteren gesetzlich festgeschriebenen Grundlagen sichergestellt werden, wie beispielhaft, dass die sterbewillige Person volljährig ist, österreichische Staatsangehörige*r ist beziehungsweise der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich liegt und natürlich ob die Person nach wie vor entscheidungsfähig ist (vgl. StVfG 2026, § 1 Abs. 2 und § 6 Abs. 1). Erst wenn die Person nochmals über alle rechtlichen Aspekte und Vorsorgeinstrumente belehrt wurde, wird das Dokument schließlich unterschrieben (vgl. StVfG 2026, § 8 Abs. 2).

Direkt nach der Unterzeichnung muss die Verfügung dann in das Sterbeverfügungsregister des Gesundheitsministeriums eingetragen werden. Dabei erfasst die dokumentierende Person alle wichtigen Daten, wie etwa die Personalien, die beteiligten Ärzt*innen und die genaue Dosierungsanordnung (vgl. StVfG 2026, § 9 Abs. 3). Aber auch allfällige „hilfeleistende Personen“ werden dort genau festgehalten (vgl. StVfG 2026, § 9 Abs. 3 Z 2).

Am Ende dieses formalen Prozesses bekommt die sterbewillige Person das Originaldokument der Sterbeverfügung physisch ausgehändigt (vgl. StVfG 2026, § 9 Abs. 1). Genau dieses offizielle Dokument ist dann letztlich die zwingende rechtliche Grundlage. Nur mit ihr ist man berechtigt, das letale Präparat in einer

öffentlichen Apotheke – sofern diese dazu bereit ist – abzuholen (vgl. StVfG 2026, § 11 Abs. 1).

5.5 Natrium-Pentobarbital und Begleitmedikation

Nachdem im vorangegangenen Kapitel „4.4 Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung (StVf-Präp-V)“ bereits die rechtlichen und logistischen Grundlagen der Präparateabgabe behandelt wurden, wird sich in diesem Kapitel mit der für die Praxis wichtigen medizinisch-pharmakologischen Seite auseinandergesetzt.

Der Wirkstoff Natrium-Pentobarbital gehört zu den Barbituraten und wirkt stark dämpfend auf das zentrale Nervensystem. Früher verwendete man dieses Mittel in der Humanmedizin oft als Schlafmittel. Jedoch wurde es im Laufe der Zeit durch neuere Medikamente abgelöst, da es ein hohes Missbrauchspotenzial aufwies (vgl. Mathis 2022, S. 92). Formal gibt es für die Anwendung zwei Wege: Einerseits kann das Präparat als orale Trinklösung eingenommen werden (sowie über eine PEG-Sonde) und andererseits kann es als intravenöse Infusion zu sich genommen werden (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 3). Dabei erscheint die intravenöse Verabreichungsform in der Praxis wesentlich komplexer. Vorab muss nämlich durch medizinisches Fachpersonal ein sicherer Venenzugang ordnungsgemäß gelegt werden. Erst danach vollzieht die sterbewillige Person den letzten Schritt vollkommen selbst, indem sie die Rollklemme/den Verschluss eigenhändig öffnet (vgl. OPG 2025a, S. 4).

Um sicherzugehen, dass das Arzneimittel verlässlich zum Tod führt, schreibt die Verordnung eine genaue Dosierung von 15 Gramm des Reinwirkstoffs vor (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 4). Dadurch sollen auch eventuelle Toleranzen – wie sie durch eine vorherige, regelmäßige Einnahme von Schlaf- oder Schmerzmitteln entstehen können – sicher überwunden werden (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 18). Der weitere Verlauf nach der vollständigen Einnahme ist vorhersehbar: Die betroffene Person schläft meist innerhalb weniger Minuten ein und fällt zügig in ein tiefes Koma (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 20). Der Tod tritt schließlich durch eine tiefe Atemdepression ein, bei der das Atemzentrum im Gehirn gelähmt wird, woraufhin in weiterer Folge das Herz-Kreislauf-System stillsteht (vgl. Mathis 2022, S. 92; Fasching und Tschiggerl 2022, S. 20).

Die orale Einnahme dieser 15-Gramm-Lösung stellt jedoch in der Praxis eine große Herausforderung dar, denn in einer solch extrem hohen Dosis schmeckt das Natrium-Pentobarbital stark bitter und seifig (vgl. OPG 2025a, S. 9; Fasching und Tschiggerl 2022, S. 21). Da das Mittel auch toxisch auf den Magen wirkt, löst der natürliche Schutzreflex des Körpers ein sofortiges, heftiges Erbrechen aus (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 21). Dies würde den Sterbeprozess nicht nur qualvoll unterbrechen, sondern auch schwere Komplikationen mit sich bringen. Als Lösung für dieses „Problem“ ist es zwingend vorgeschrieben, vorab ein Antiemetikum, also ein Medikament gegen Übelkeit und Brechreiz, einzunehmen. Die StVf-Präp-V sieht dafür standardmäßig Metoclopramid (z. B. 30 mg) vor (vgl. StVf-Präp-V 2026, § 5). Aber es gibt auch spezielle gesundheitliche Gegenanzeigen, wie etwa eine bestehende Parkinson-Erkrankung. In solchen Fällen müssen die zuständigen Ärzt*innen auf Alternativen ausweichen (vgl. OPG 2025a, S. 8). Es ist darauf zu achten, die Begleitmedikation rechtzeitig vor der Einnahme des letalen Präparats einzunehmen (ca. eine Stunde zuvor) (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 21). Denn nur dann wird der schützende Brechreiz unterdrückt und der Magen beruhigt. Zudem fördert Metoclopramid die nahrungsweiterleitenden Bewegungen und sorgt so dafür, dass sich der Magen schneller in den Dünndarm entleert (vgl. Gerhard 2023, S. 70).

Damit man sicher und ohne Komplikationen einschläft, muss die Lösung zügig und aufrecht sitzend getrunken werden. Dabei darf kein Strohhalm verwendet werden, da die sterbewillige Person aufgrund der schnellen Wirkung möglicherweise vor der Einnahme der tödlichen Dosis einschlafen könnte (vgl. OPG 2025a, S. 8-9).

5.6 Medizinische Risiken und Komplikationen

Trotz des rechtlichen Rahmens des assistierten Suizids bleibt es ein hochsensibler medizinischer Vorgang bei welchen Risiken bestehen (insbesondere, wenn der Sterbeprozess im häuslichen Umfeld stattfindet).

Selbst wenn alle medizinischen Vorgaben strikt eingehalten werden, kann es zu unerwarteten Reaktionen des Körpers kommen. Eines der größten Risiken ist dabei das Erbrechen (Regurgitation) der tödlichen Lösung (vgl. OPG 2025a, S. 9). Passiert dies trotz der zuvor eingenommenen Begleitmedikation, kann ein Teil des

Präparats wieder ausgeschieden werden. Dies kann dazu führen, dass der Wirkstoff nicht ausreichend vom Körper aufgenommen wird (vgl. Birklbauer 2025, Kap. I.24.2.6.1).

Weiters ist der genaue Zeitpunkt des Todeseintritts nicht immer exakt vorhersehbar. Durch Schwankungen bei der Aufnahme des Wirkstoffs kann es zu einem stark verzögerten Sterbeprozess kommen (vgl. OPG 2022, S. 18).

Wenn es zu Komplikationen oder einem unvorhergesehenen Verlauf kommt – wie einem stundenlangen Koma ohne Herzstillstand –, sind die anwesenden Angehörigen oftmals massiv überfordert (vgl. OPG 2025a, S. 11). In ihrer Panik und Verzweiflung kann dies dazu führen, dass sie die Rettungskräfte alarmieren und hinzuziehen. Treffen Notärzt*innen am Sterbeort ein, kann schnell ein gefährliches rechtliches Vakuum entstehen. Denn Sanitäter*innen und Notärzt*innen haben eine rechtliche Garantenstellung und somit die strikte Pflicht zur Lebensrettung (vgl. Halmich 2022, S. 232-235). Falls die Sterbeverfügung in dieser extremen Ausnahmesituation nicht sofort griffbereit ist oder die Sachlage unklar erscheint, drohen ungewollte Reanimationsmaßnahmen. Diese würden dem eigentlichen Willen der sterbenden Person jedoch fundamental widersprechen (vgl. Halmich 2022, S. 234-235).

Die Wurzel für viele dieser Probleme kann letztlich in der fehlenden fachlichen Begleitung gefunden werden. Im österreichischen Gesetz ist für die eigentliche Einnahme des Medikaments nämlich keine Anwesenheit von geschultem medizinischem Personal vorgeschrieben (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 23). Genau diese Tatsache kann jedoch die genannten Risiken vergrößern. Zudem werden die Angehörigen als medizinische Laien in einer extremen Ausnahmesituation, für die sie meist weder ausgebildet noch emotional gerüstet sind, oftmals völlig alleingelassen (vgl. OPG 2025a, S. 12).

Ist der Tod der sterbewilligen Person schließlich eingetreten, verlagert sich das Geschehen von dieser familiären Ausnahmesituation wieder auf die professionelle behördliche Ebene: Es schließt daran zwingend die ärztliche Totenbeschau an, bei welcher die Todesursache festgestellt und – bei einem kausalen Zusammenhang mit dem Präparat – letztlich an das Sterbeverfügungsregister gemeldet wird (vgl. OPG 2022, S. 16).

6. Versorgungsrealität und ethische Spannungsfelder: Eine Mehrebenen-Analyse

Durch die rechtliche Legitimierung des assistierten Suizids in Österreich verlagerte sich der medizinethische Diskurs von einer rein theoretischen Debatte hinein in die alltägliche Versorgungsrealität. Dabei begegnet der individuelle Wunsch nach Autonomie den bestehenden Werten des medizinischen Personals sowie den vorherrschenden institutionellen Rahmenbedingungen. Zudem muss in diesem Spannungsfeld die gesamtgesellschaftliche Schutzpflicht berücksichtigt werden. Um diese komplexen Zusammenhänge greifbarer zu machen, nähert sich das vorliegende Kapitel der Thematik anhand einer systematischen Analyse auf mehreren Ebenen.

Die Untersuchung unterteilt sich konkret in drei zentrale Bereiche:

- Die **„Mikro-Ebene“ (Kapitel 6.1)** befasst sich mit der „Individuethik direkt am Krankenbett“. Im Zentrum steht dabei das zutiefst subjektive Leiden der Patient*innen. Weiters wird der ärztliche Gewissenskonflikt zwischen der Pflicht zur Fürsorge und der Förderung von Autonomie beleuchtet. Auch die mögliche psychologische und moralische Belastung der Angehörigen spielt hierbei eine wesentliche Rolle.
- Auf der **„Meso-Ebene“ (Kapitel 6.2)** liegt der Schwerpunkt auf der Berufs- und Organisationsethik. Hier wird analysiert, inwiefern sich das ärztliche Berufsverständnis verändert und wie sogenannter „moralischer Stress“ das Personal im Arbeitsalltag belastet. Zudem wird betrachtet, wie unterschiedliche Institutionen – von Palliative-Care-Einrichtungen bis hin zu Krankenhausträgern und Kammern – mit der neuen Rechtslage umgehen.
- Die **„Makro-Ebene“ (Kapitel 6.3)** widmet sich abschließend der sozialetischen und gesamtgesellschaftlichen Verantwortung. Dabei geht es vorrangig um die Schutzpflicht des Staates gegenüber vulnerablen Gruppen sowie um strukturelle Hürden bei der gerechten Verteilung im

Gesundheitswesen. Auch das viel diskutierte Dammbrechargument („Slippery Slope“) soll in diesem Zusammenhang kritisch eingeordnet werden.

Durch diesen strukturierten Ansatz soll es möglich gemacht werden, die oft widersprüchlichen Erwartungen an Patient*innen, an das Gesundheitspersonal, an die Institutionen und letztlich an den Staat nicht als isolierte Probleme zu betrachten. Vielmehr sollen sich so die unterschiedlichen Anforderungen dadurch in ihrer engen gegenseitigen Abhängigkeit verstehbarer gemacht werden.

6.1 Die Mikro-Ebene: Individualethik am Krankenbett

6.1.1 Die Perspektive der Patient*innen: Subjektives Leiden und die Grenzen der Autonomie

Die mikroethische Betrachtung des assistierten Suizids erfordert eine tiefgreifende Analyse der existenziellen Situation sterbewilliger Personen. Das liberale Idealbild eines völlig autarken und rein rational handelnden Menschen kollidiert am Lebensende häufig mit der Realität unserer menschlichen Eingebundenheit und Verletzlichkeit (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 30). Schwere Erkrankungen können diesen Autonomieanspruch fundamental erschüttern und können oftmals zu einem tiefgreifenden, subjektiv empfundenen Kontrollverlust führen (vgl. Wentseis 2022, S. 45). Aus dieser existenziellen Krise heraus stellt sich unweigerlich die Frage nach den tatsächlichen Motiven für den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod.

Ein zentrales ethisches Dilemma entsteht an der Schnittstelle zur rechtlichen Umsetzbarkeit: Während juristische Rahmenbedingungen zwingend nach objektivierbaren und messbaren Kriterien für schweres Leiden verlangen, ist das existenzielle Erleben von Sinnlosigkeit, Schmerz und dem drohenden Abbruch der eigenen Biografie radikal subjektiv (vgl. Bozzaro 2024, S. 217). Leiden erschüttert den Menschen in all seinen körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimensionen. Die Deutungshoheit über die Unerträglichkeit einer Situation liegt demnach ausschließlich bei der betroffenen Person selbst (vgl. OPG 2022, S. 10). In dieser radikal subjektiven Leidenserfahrung manifestiert sich letztlich die Vielschichtigkeit eines Todeswunsches. Einerseits kann dieser das Resultat einer

klaren, bewussten und rein rationalen Bilanzierung sein – auch wenn der Begriff und die Möglichkeit zu einem sogenannten Bilanzsuizids umstritten ist (vgl. Stolze 2024, S. 157; Wentseis 2022, S. 44). Andererseits kann er ebenso oftmals einer quälenden inneren Zerrissenheit entspringen (vgl. Feichtner 2022a, S. 7). Bei schwer kranken Menschen lässt sich häufig ein Ringen zwischen dem Lebenswillen und der Kapitulation vor dem Leid beobachten – ein Phänomen, das in der Literatur auch als Zustand der „Double Awareness“ beschrieben wird (vgl. Kastanek und Wentseis 2022, S. 365). Es ist denkbar, dass der Suizidwunsch weniger der primäre Wunsch nach dem Tod, sondern vielmehr der Versuch ist, angesichts versagender Bewältigungsstrategien zumindest über den Zeitpunkt des Sterbens die Oberhoheit zurückzuerlangen und einem unerträglichen Kontrollverlust zuvorzukommen (vgl. OPG 2022, S. 10-11).

Bei der ethischen Abwägung muss zudem behutsam differenziert werden, inwieweit dieser Wunsch völlig frei gebildet werden kann. Es gilt zu prüfen, ob er primär beispielsweise aus dem individuellen Empfinden eines Würdeverlusts durch den körperlichen Verfall resultiert oder ob er vielmehr das Produkt einer gesellschaftlichen Haltung ist, die ein würdevolles Leben irrtümlich mit strikter Unabhängigkeit gleichsetzt (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 30). Durch die bloße rechtliche Verfügbarkeit des assistierten Suizids in Österreich besteht das Risiko, dass sich kranke Menschen unbewusst unter Druck gesetzt fühlen, ihrem Umfeld nicht weiter zur Last fallen zu wollen (vgl. Pußwald et al. 2022, S. 136). Unter einem derart starren Autonomieverständnis kann das Angewiesensein auf pflegerische Unterstützung als Kränkung und Entwertung der eigenen Person empfunden werden (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 31). Dabei zeigt die angewandte Ethik, dass „Schwäche“ der Menschenwürde nicht zwingend entgegensteht (vgl. Feichtner und Pachschröck 2022, S. 247). Wahre Souveränität bedeutet im Krankheitsfall folglich nicht immer absolute Unabhängigkeit. Sie kann sich ebenso in der Fähigkeit zeigen, entstandene Abhängigkeiten anzunehmen (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 31).

Gleichzeitig darf die gegenteilige Perspektive nicht außer Acht gelassen werden. Denn es ist ebenfalls denkbar, dass das Vorhandensein der rechtlichen Möglichkeit für manche Patient*innen eine enorme psychische Entlastung bedeuten kann. Das Wissen, im äußersten Notfall selbstbestimmt einen Ausweg

und Zeitpunkt wählen zu können – selbst wenn diese Option letztlich nie in Anspruch genommen werden muss –, kann betroffenen Personen ein beruhigendes Gefühl der Rückversicherung geben. Auch wenn es paradox scheinen mag, kann gerade diese theoretische Verfügbarkeit eines Auswegs die empfundene Autonomie am Lebensende stärken und es dem Individuum erleichtern, den verbleibenden Weg mit weniger Angst vor einem definitiven Kontrollverlust zu gehen (vgl. Feichtner 2022b, S. 256).

6.1.2 Der ärztliche Gewissenskonflikt: Zwischen Autonomieförderung und Fürsorgepflicht

In der unmittelbaren klinischen Begegnung kann sich die ethische Debatte um den assistierten Suizid oftmals in einem tiefgreifenden moralischen Dilemma der behandelnden Ärzt*innen zeigen. Dabei lässt sich dieser Konflikt systematisch anhand der klassischen Prinzipienethik fassen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 354). Es besteht ein direkter Widerstreit zwischen dem Respekt vor der Autonomie der Patient*innen und den ärztlichen Pflichten zur Fürsorge sowie zur strikten Schadensvermeidung (vgl. Maio 2017, S. 162; Schildmann und Kremling 2022, S. 240).

Die medizinethische Tradition definiert die Erhaltung des Lebens als oberstes Gut. Eine aktive Beendigung des Lebens wird in diesem Kontext als fundamentaler Schaden gewertet, der zwingend abzuwenden ist. Jedoch steht dieser Sichtweise ein modernes Verständnis des Fürsorgeprinzips gegenüber, welches die primäre ärztliche Aufgabe in der Leidensminderung verortet (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 240). Aus dieser Perspektive kann der Tod paradoxerweise nicht mehr pauschal als ein abzuwendender Schaden betrachtet werden. Liegt ein unerträgliches, therapieresistentes Leiden vor, kann das Ermöglichen eines raschen und selbstbestimmten Todes durch den assistierten Suizid ethisch durchaus als Akt der ärztlichen Fürsorge interpretiert werden. Ein solches Vorgehen zielt darauf ab, dem Wohl der Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase am ehesten gerecht zu werden (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 240).

In der Versorgungsrealität kann diese Neuausrichtung jedoch eine erhebliche strukturelle Last erzeugen, da der*dem einzelnen Ärzt*in faktisch eine Kontrollfunktion zukommt. Mediziner*innen erhalten so die Definitionsmacht darüber, ob ein individuelles Leiden objektiv als schwer genug eingestuft werden kann (vgl. Bozzaro 2024, S. 217). Zudem obliegt ihnen die Beurteilung, ob die Entscheidung der Betroffenen tatsächlich freiverantwortlich gebildet wurde (vgl. Bozzaro 2024, S. 215). Dabei offenbart sich in diesem gutachterlichen Prozess ein kritisches Spannungsfeld. Einerseits dient eine solche Prüfung dem Schutz vulnerabler Patient*innen vor unüberlegten Handlungen oder einem subtilen gesellschaftlichen Erwartungsdruck (vgl. Bozzaro 2024, S. 219). Andererseits birgt diese Rolle die Gefahr, einen verdeckten medizinischen Paternalismus zu etablieren (vgl. Bozzaro 2024, S. 217). Durch die weitreichende Entscheidungsgewalt besteht das Risiko, dass von außen über die Zumutbarkeit eines rein subjektiven Leidens geurteilt wird. Eine derartige Machtkonzentration kann dazu führen, dass das beanspruchte Selbstbestimmungsrecht ausgehöhlt werden kann, da die Autonomie der sterbewilligen Person letztlich stets unter dem Vorbehalt ärztlicher Zustimmung steht (vgl. Taupitz und Tolmein 2017, S. 77).

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich auch paradoxerweise aus der juristischen Verankerung der ärztlichen Gewissensfreiheit. Dass Gesundheitsfachkräfte rechtlich nicht zur Mitwirkung an einem assistierten Suizid gezwungen werden können, stellt eine berechtigte und notwendige Schutzmaßnahme dar (vgl. StVfG 2026, § 2 Abs. 1). Dennoch stehen sich in dieser Konstellation ethisch zwei hochrangige Güter gegenüber. Auf der einen Seite findet sich die moralische Integrität der behandelnden Person (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 91). Ein Zwang zur Suizidhilfe würde den ärztlichen Moralkodex verletzen und kann Behandelnde, die den Suizid aus ethischen oder religiösen Gründen ablehnen, in tiefe Gewissenskonflikte stürzen (vgl. Winkler 2024, S. 67). Auf der anderen Seite formuliert die sterbewillige Person einen Anspruch auf Hilfe in einer extremen Notlage. Die ärztliche Verweigerung kann von den Patient*innen nicht als legitimer Schutz der professionellen Integrität empfunden, sondern vielmehr als ein moralisches „Im-Stich-Lassen“ in ihrer existenziellen Verletzlichkeit empfunden werden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 304).

Verschärft wird diese Interaktion durch die Problematik der Projektion und die Illusion einer absoluten ärztlichen Neutralität (vgl. Wentseis 2022, S. 44). Medizinisches Fachpersonal agiert in der Praxis nicht in einem wertfreien Raum. Sterbewünsche werden unweigerlich auch vor dem Hintergrund der eigenen Weltanschauung interpretiert. Dabei besteht das Risiko, dass Behandelnde eigene unbewusste Ängste – etwa vor einem Autonomieverlust, schwerer Demenz oder unkontrollierbaren Schmerzen – auf die Patient*innen projizieren (vgl. Farr 2024, S. 55). Die Betrachtung dieser ärztlichen Subjektivität offenbart ein ethisches Dilemma. Ein rasches Zustimmung zu einem Suizidwunsch kann im schlimmsten Fall nicht immer dem reinen Respekt vor der Patient*innenautonomie entspringen. Vielmehr kann es unter Umständen als „psychologischer Mechanismus“ fungieren, der primär der Entlastung der Behandelnden von ihrer eigenen Überforderung dient (vgl. Falkner 2022, S. 109–112). Wenn die Ohnmacht angesichts eines unheilbaren Leidens zu groß wird, ist es denkbar, dass die Bahnung des Todes die Gefahr birgt, unbewusst genau diese Spannung aufzulösen (vgl. Falkner 2022, S. 110). In solchen Momenten besteht das Risiko, dass die Suizidassistenz in erster Linie den ärztlichen Leidensdruck beendet, anstatt die autonome Willensbildung der vulnerablen Patient*innen in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Falkner 2022, S. 109–112).

6.1.3 Die Rolle und Belastung der Angehörigen

Besonders wichtig ist es, auch die Betrachtung des familiären Umfelds und allen Angehörigen in die normative Abwägung einzubeziehen. Wie bereits im Kapitel „6.1.1 Die Perspektive der Patient*innen: Subjektives Leiden und die Grenzen der Autonomie“ dargelegt wurde, birgt die bloße rechtliche Verfügbarkeit des assistierten Suizids in Österreich die Gefahr, dass sich kranke Menschen unbewusst unter Druck gesetzt fühlen. Es kann dabei der Eindruck entstehen, dem eigenen Umfeld nicht weiter zur Last fallen zu dürfen (vgl. Pußwald et al. 2022, S. 136). Neben diesem inneren Druck auf die Patient*innen verschärft sich die ethische Konfliktlage durch die Kollision zwischen dem Recht auf Lebensbeendigung und der immensen Bürde für die Hinterbliebenen. Der isolierte Freiheitsanspruch der sterbewilligen Person, der im Diskurs oft als reine

Privatsache deklariert wird, erkennt dabei die irreversiblen psychologischen Konsequenzen für das familiäre System (nahe Freund*innen etc. ebenfalls inkludiert) (vgl. Bozzaro 2024, S. 215). Das Miterleben eines assistierten Suizids kann bei An- und Zugehörigen zu schweren pathologischen Reaktionen führen (vgl. Falkner 2022, S. 111). Darunter fallen beispielsweise „posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen oder komplizierte Trauer“ (Wagner et al. 2011, zit. n. Falkner 2022, S. 111). Die Hinterbliebenen müssen nämlich nicht nur den Verlust an sich verarbeiten. Vielmehr gilt es auch, die terminisierte und willentliche Herbeiführung des Todes zu bewältigen. Dies kann in der Trauerphase häufig mit massiven Schuldgefühlen und existenziellen Zweifeln einhergehen (vgl. OPG 2025a, S. 11).

Zudem erzeugt die rechtliche Konstruktion des assistierten Suizids eine problematische Delegation der Verantwortung und Örtlichkeit in das private Umfeld. So wird teilweise die moralische und prozedurale Verantwortung ungeschützt auf medizinische Laien abgewälzt. Gerade diese strukturelle Überantwortung an Angehörige birgt große Gefahren. Durch die fehlende verpflichtende professionelle Begleitung während des eigentlichen Suizidakts kann ein Risiko für emotionale „Kurzschlusshandlungen“ und fehlerhafte Handhabungen des letalen Aktes entstehen (vgl. Mathis 2022, S. 93). Während das professionelle Gesundheitswesen in Grenzsituationen auf etablierte Reflexionsstrukturen und eine schützende Distanz zurückgreifen kann, können die Angehörigen im häuslichen Setting mit ihren Ängsten oft auf sich allein gestellt bleiben (vgl. OPG 2025a, S. 12-13). Es erscheint ethisch fragwürdig, medizinischen Laien die alleinige Präsenz bei einem derart komplexen Sterbeprozess aufzubürden. Von den Angehörigen wird in ihrer Rolle als mögliche Hilfspersonen erwartet, dass sie einen geordneten Prozess garantieren, obgleich sie angesichts dieser extremen Ausnahmesituation häufig selbst tief verängstigt sind und der Situation kaum gewachsen scheinen (vgl. OPG 2025a, S. 12). Treten unerwartete Komplikationen auf – etwa ein stark verzögerter Todeseintritt –, fehlt den Familien ein lückenloses professionelles Sicherheitsnetz (vgl. OPG 2025a, S. 11).

6.2 Die Meso-Ebene: Professions- und Organisationsethik

6.2.1 Das ärztliche Ethos im Wandel

Auf der „Mikro-Ebene“ steht sozusagen die direkte Interaktion am Krankenbett im Zentrum. Wohingegen auf der „Meso-Ebene“ eine Fokussierung auf den Berufsstand an sich und die institutionelle Praxis gefordert ist. Durch die gesetzliche Verankerung des assistierten Suizids war und ist „die Medizin“ in Österreich nun gezwungen, sich tiefgreifend mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis auseinanderzusetzen.

Dabei geraten ärztliche Fachkräfte unweigerlich in einen existenziellen Wertekonflikt. Ihr Handlungsspielraum bewegt sich in einem Spannungsfeld, das Beate Winkler als fundamentalen Widerstreit zwischen rechtlichem „Dürfen“, fachlichem „Können“ und ethischem „Sollen“ beschreibt (vgl. Winkler 2024, S. 59–60). Selbst wenn die Begleitung eines Suizids durch das Verfassungsgericht juristisch legitimiert wurde und die pharmakologische Expertise zur sicheren Durchführung vorhanden ist, bleibt eine gravierende Frage offen. Es scheint nämlich normativ unbeantwortet, ob die ärztliche Profession eine derartige Handlung aufgrund ihrer historischen Wertebasis überhaupt ethisch vollziehen soll (vgl. Winkler 2024, S. 67–68).

Dieser Konflikt resultiert vorwiegend aus der Kollision der Suizidassistenz mit den klassischen Berufskodizes, die die Identität der Ärzt*innenschaft über Jahrhunderte geprägt haben (vgl. Maio 2017, S. 108). Das berufliche Ethos war hier – als normatives Ideal, wenngleich mit eklatanten historischen Brüchen wie zur Zeit des Nationalsozialismus – traditionell eng an den Lebensschutz gebunden (vgl. Krischel 2024, S. 266; Leven 2024, S. 61). Angefangen beim Hippokratischen Eid bis hin zur Genfer Deklaration des Weltärztebundes (WMA) verpflichten sich Mediziner*innen zur unbedingten Erhaltung des Lebens sowie zur Schadensvermeidung - dem Prinzip des „nil nocere“ (vgl. Maio 2017, 107-109). Der ärztliche Auftrag definiert sich essenziell über das Heilen und das Lindern von Leiden. Daher wird eine aktive Mitwirkung an der Lebensbeendigung in den offiziellen Stellungnahmen des WMA nach wie vor als unethisch deklariert, da sie im direkten Widerspruch zur Rolle der Ärzt*innen als „Heilende“ steht (vgl. WMA 2019).

Dieser globale Standpunkt kontrastiert jedoch stark mit der aktuellen Realität in Österreich. Die Tatsache, dass die ärztliche Suizidassistenz in Folge des VfGH-Erkenntnisses rechtlich zulässig ist, hebt den tiefgreifenden berufsethischen Konflikt nicht auf. Vielmehr spiegelt sich darin der juristische Vorrang des Rechts auf Selbstbestimmung wider (vgl. Weber 2022, S. 12). Um diesem Spannungsfeld Rechnung zu tragen, verankerte der österreichische Gesetzgeber im Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) die absolute Gewissensfreiheit. Somit obliegt die Entscheidung zur Mitwirkung ausschließlich dem individuellen „ärztlichen Gewissen“. Eine berufsrechtliche Verpflichtung ist gesetzlich strikt ausgeschlossen (vgl. StVfG 2025, § 2).

Da das Gesetz die moralische Last weitgehend auf das Individuum verlagert, birgt die klinische Praxis eine neue Gefahr. Die Autonomie der sterbewilligen Personen darf die medizinische Profession nicht auf eine rein passive Ausführungsinstanz von Wünschen reduzieren (vgl. Mathwig 2024, S. 304). Eine Reduktion der Medizin auf einen rein wunscherfüllenden Dienstleistungsberuf würde den moralischen Kern der Profession massiv beschädigen (vgl. Bozzaro 2024, S. 218). Um dieser möglichen Gefahr entgegenzuwirken, könnte es ein neues Rollenverständnis in der Medizin benötigen. Dabei sollten ethische Herausforderungen nicht länger nur als einsame Gewissensentscheidungen einzelner Mediziner*innen betrachtet werden. Vielmehr ist es wichtig, institutionelle Unterstützungsstrukturen wie klinische Ethikkomitees oder kollegiale Fallberatungen gezielt zu stärken (vgl. OPG 2022, S. 4). Zudem lässt sich nur durch einen weiteren offenen Diskurs ein solides ethisches Fundament aufbauen. Dadurch könnte einerseits die Autonomie der Patient*innen gewahrt bleiben und andererseits der moralische Kern des ärztlichen Berufs geschützt bleiben.

6.2.2 Moral Distress und der Gewissensvorbehalt (§ 2 StVfG)

Die Auseinandersetzung mit Suizidwünschen kann im klinischen Alltag zu Belastungen führen, die systematisch als moralischer Stress (moral distress) bezeichnet werden. Dabei ist dieser Zustand auf der Meso-Ebene weit mehr als ein rein individuelles Problem „am Krankenbett“. Er stellt vielmehr eine strukturelle Gefahr für die Funktionsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen dar. Wie Mary C.

Corley unter Rückgriff auf Philosophen Andrew Jameton ausführt, entsteht ein derartiger Konflikt, wenn Fachkräfte zwar erkennen, welche Handlung moralisch geboten wäre, sie diese aber aufgrund rechtlicher oder institutioneller Hürden nicht umsetzen können (vgl. Corley 2021, S. 222-223). Zudem kann es empfunden werden, dass die juristische Trennung zwischen Vorbereitung und finaler Tatherrschaft das ärztliche Personal in der Praxis kaum vor diesem Belastungserleben schützt (vgl. Falkner 2022, S. 112). Bleibt der moralische Stress in der Institution ungelöst, kann sich ein sogenanntes „moralisches Residuum“ bilden. Dieses greift als kollektives Phänomen das Selbstverständnis der gesamten Profession an und kann in der Folge zu systematischen Berufsausstiegen sowie einer Destabilisierung der Versorgung führen (vgl. Corley 2021, S. 223, 226–227, 234).

Der im Vorfeld bereits mehrfach erwähnte gesetzliche Gewissensvorbehalt nach § 2 StVfG bewahrt die Ärzt*innen zwar rechtlich vor einem Zwang zur Mitwirkung (vgl. StVfG 2025, § 2), jedoch erweist er sich auf systemischer Ebene als zweischneidiges Schwert. Es besteht die Gefahr, dass dieser Schutzmechanismus zu einem institutionellen „Gatekeeping mutiert“. Claudia Bozzaro warnt in diesem Zusammenhang davor, dass die ärztliche Profession durch ihre exklusive Definitions- und Verweigerungsmacht eine „strukturelle Herrschaftsposition“ einnimmt. Wenn eine flächendeckende Verweigerung der Berufsgruppe den Zugang zur Suizidhilfe de facto blockiert, etabliert sich ein machtvoller ärztlicher Paternalismus. Dieser hebt die gesetzlich verankerte Autonomie der sterbewilligen Personen auf Systemebene schlichtweg aus (vgl. Bozzaro 2024, S. 217).

Aus dieser systemischen Machtposition resultieren wiederum klare professionsethische Schranken für die Standesvertretungen und Kliniken. Eine individuelle Ablehnung der Suizidassistenz entbindet die Ärzt*innenschaft als Institution nicht von ihrem Versorgungsauftrag. Um keine*n Patient*in in dieser Situation alleine zu lassen, muss strukturell sichergestellt werden, dass Patient*innen bei einer ärztlichen Verweigerung nicht aus dem System fallen. Weiters müssen sie lückenlos an eine adäquate palliative und psychosoziale Weiterbetreuung angebunden bleiben (vgl. Jox 2024, S. 119).

6.2.3 Das institutionelle Spannungsfeld: Palliative Care vs. Suizidassistentz

Auf institutioneller Ebene ist das Verhältnis zwischen Palliativversorgung und Suizidassistentz von einem ausgeprägten normativen Spannungsfeld bestimmt (vgl. Jox 2024, S. 111). Die Palliativmedizin versteht sich gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als ein Ansatz, der das Leben bejaht, den Tod jedoch weder aktiv beschleunigen noch künstlich hinauszögern möchte (vgl. WHO 2002; OPG und Dachverband Hospiz Österreich 2025, S. 3). Aufgrund dieser grundlegenden Haltung gehört die Suizidassistentz nach klassischem Verständnis nicht zum professionellen Aufgabengebiet der Hospiz- und Palliativeinrichtungen (vgl. OPG 2022, S. 20).

In der klinischen Praxis erweist sich diese Trennlinie jedoch als weitaus durchlässiger, als es die theoretischen Leitlinien nahelegen. Bei komplexen Maßnahmen wie der tiefen kontinuierlichen Sedierung oder dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) verschwimmen die Grenzen zwischen der beabsichtigten Symptomlinderung und der in Kauf genommenen Lebensverkürzung (vgl. Jox 2024, S. 116–117). Dabei sehen sich Ärzt*innen und Pflegende regelmäßig mit der Herausforderung konfrontiert, dass die Intention der Leidenslinderung faktisch mit dem Ende des Lebensprozesses zusammenfällt, was eine professionsethische Abgrenzung zur Suizidassistentz diffizil macht (vgl. Schildmann und Kremling 2022, S. 240). Dennoch darf diese Grauzone nicht dazu führen, dass palliative Maßnahmen definitorisch mit dem assistierten Suizid gleichgesetzt werden. Die jeweiligen Handlungszusammenhänge, wie in den Kapiteln zur Theoretischen und ethischen Grundlagen ausgeführt, bleiben in ihrer normativen Ausrichtung grundverschieden.

Zudem kann der Wunsch nach einem assistierten Suizid auch in manchen Fällen als strukturelle Reaktion auf Defizite im modernen Gesundheitssystem verstanden werden. Patrick Schuchter weist in diesem Zusammenhang auf die Gefahr einer „kurativen Techno-Medizin“ hin, der es an einer tragfähigen Palliativkultur mangelt. Wenn Patient*innen fürchten, einer gefühlt „hochtechnisierten Apparatemedizin“ ausgeliefert zu sein, die ein natürliches Sterben verunmöglicht, erscheint die

Suizidassistenten vielen als letzte Möglichkeit, die eigene Autonomie zu wahren (vgl. Schuchter 2022, S. 84).

Angesichts dieser systemischen und gesellschaftlichen Entwicklungen bleibt das Verhältnis zwischen Palliative Care und Suizidassistenten ein dynamisches Diskursfeld (vgl. Jox 2024, S. 111). Dabei wird die professionelle Haltung – auch aufgrund unterschiedlicher persönlicher und ethischer Positionierungen – nach wie vor kontrovers diskutiert (vgl. Jox 2024, S. 118).

6.2.4 Organisationsethik: Institutionelle Positionierungen im österreichischen Gesundheitswesen

In der Organisationsethik betrachtet man Einrichtungen des Gesundheitswesens als eigenständige moralische Akteure, die in der Gesellschaft auch als solche auftreten. In dieser Rolle müssen sie eine klare und gemeinsame Haltung definieren (vgl. OPG 2022, S. 2). Weil Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen an die Weisungen ihrer Arbeitgeber gebunden sind, entzieht sich die Frage der Mitwirkung an einem assistierten Suizid innerhalb der Einrichtung ihrer persönlichen Entscheidungsgewalt. Dabei müssen sie sich ausnahmslos nach den vorgegebenen Regeln der Träger richten. (vgl. Kitta 2024, S. 33-34). Um das Personal vor zum Beispiel einer möglichen moralischen Überlastung, wie zuvor behandelt, zu schützen und Handlungssicherheit zu geben, ist es die Aufgabe der Träger, durch „Hausrichtlinien“ unmissverständliche Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. OPG 2022, S. 2).

Ein Beispiel dafür ist die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft (KAGes), der größte öffentliche Gesundheitsträger in der Steiermark. Die KAGes schließt, in einer internen Richtlinie festgehalten, die eigentliche Durchführung – also die Einnahme des tödlichen Präparats – in ihren Krankenhäusern grundsätzlich aus (vgl. KAGes 2023, S. 2-3). Aus rechtlicher Sicht ist dieser Schritt vollkommen gedeckt, da § 2 Abs. 1 des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) klar festhält, dass auch juristische Personen nicht zur Mitwirkung gezwungen werden dürfen (vgl. StVfG 2026, § 2 Abs. 1). Da sich Krankenhäuser in erster Linie als Orte der Heilung und Pflege verstehen, lässt sich argumentieren, dass diese strenge Richtlinie dem Schutz des Personals dient und die historisch gewachsene „Kultur“

des Hauses bewahrt (vgl. KAGes 2023, S. 2; Kitta 2024, S. 34). Jedoch verbietet die KAGes ihren Mitarbeiter*innen im Dienst über den Ausschluss der reinen Durchführung hinaus auch ausdrücklich die ärztliche Aufklärung sowie die Erstellung einer Sterbeverfügung (vgl. KAGes 2023, S. 2-3).

Dabei entsteht genau an dieser umfassenden Verweigerungshaltung ein zentraler (organisations-)ethischer Konflikt. Wenn große Träger der öffentlichen Gesundheitsversorgung die Umsetzung in ihren Einrichtungen gänzlich blockieren und Patient*innen systematisch an andere Stellen verweisen, errichten sie strukturelle Barrieren (vgl. Feichtner und Pachschröll 2022, S. 250). Dies kann einem faktischen „Gatekeeping“ gleichkommen. Kommt es zu solchen flächendeckenden Verweigerungen durch zentrale Institutionen, droht das gesetzlich verankerte Recht auf Autonomie ins Leere zu laufen, da den Betroffenen der reale Zugang zur Suizidassistenz erschwert wird (vgl. Bozzaro 2024, S. 217).

Neben den direkten Krankenhausträgern agiert mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) ein weiterer wichtiger Akteur in diesem Spannungsfeld, welcher hier kurz aus organisationsethischer Sicht betrachtet werden soll. Als gesetzliche Berufsvertretung fungiert sie zwar in diesem Bereich nicht als Arbeitgeber, übt aber einen massiven Einfluss auf die Ärzt*innenschaft aus. Auch hier zeigt sich der fundamentale Konflikt zwischen einer traditionellen institutionellen Haltung und der neuen Rechtslage. In der Vergangenheit, ganz besonders während der Begutachtung des Gesetzes, war die Position der Kammer von strikter Ablehnung geprägt. Unter Berufung auf das klassische ärztliche Ethos, welches sich uneingeschränkt der Erhaltung des Lebens und der Heilung verpflichtet, sprach sich die damalige Führung der Kammer vehement gegen den assistierten Suizid aus (vgl. Österreichische Ärztekammer 2020).

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes sah sich die Ärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts jedoch gezwungen, eine pragmatischere Rolle einzunehmen. Sie muss die gesetzlichen Rahmenbedingungen des StVG akzeptieren und konzentriert sich nun darauf, den Ablauf zu strukturieren und administrativ zu begleiten (vgl. Kitta 2024, S. 31). Um ihren Mitgliedern die nötige juristische Sicherheit zu bieten, stellt sie Informationsmaterialien, rechtliche Leitfäden und genaue Vorgaben für die Dokumentation zur Verfügung (vgl.

Österreichische Ärztekammer 2024). Aus organisationsethischer Sicht geht die Kammer damit einen unumgänglichen Kompromiss ein: Ohne den assistierten Suizid als ärztliche Kernaufgabe zu legitimieren oder gar zu bewerben, schafft sie für jene Ärzt*innen, die sich individuell für eine Mitwirkung entscheiden, den unerlässlichen berufsrechtlichen Rahmen.

6.3 Die Makro-Ebene: Sozialethik und gesamtgesellschaftliche Verantwortung

6.3.1 Die staatliche Schutzpflicht für vulnerable Gruppen

Auf der „Makro-Ebene“ der Sozialethik steht der Staat vor einer großen Herausforderung: Es müssen die individuelle Freiheit und der umfassende Schutz des Lebens in ein gutes Gleichgewicht gebracht werden. Das Recht auf freie Selbstbestimmung schließt nämlich auch die Entscheidung mit ein, das eigene Leben zu beenden, wie es durch den österreichischen Verfassungsgerichtshof in der Vergangenheit klar festgehalten wurde (vgl. VfGH 2020, Rz 65, S. 77). Jedoch entbindet dieser Respekt vor der Autonomie den Staat nicht von seiner Schutzpflicht. Er ist rechtlich zwingend dazu verpflichtet, besonders vulnerable Personengruppen vor fremdbestimmten Gefährdungen zu bewahren (vgl. VfGH 2020, Rz 69, S. 78). Dabei muss sichergestellt werden, dass der Entschluss zum Suizid völlig frei von Zwang und mit vollem Wissen über alle Umstände gefasst wird (vgl. VfGH 2024, Rz 161, S. 62-63).

Gerade im Hinblick auf knappe finanzielle Ressourcen und wirtschaftliche Entwicklungen im Gesundheitssystem wird diese staatliche Schutzpflicht besonders wichtig. Es besteht die Kritik beziehungsweise die Sorge, dass – wenn Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit von der Gesellschaft vor allem als Kostenfaktoren gesehen werden – die Legalisierung der Suizidassistenz zu einer „einfachen Möglichkeit“ verkommen könnte, Kosten zu sparen (vgl. Krischel 2024, S. 270). Zudem wird diese Dynamik durch bestimmte Verteilungsmodelle wie das sogenannte „Fair-Innings-Argument“ verstärkt. Dieses besagt, dass Menschen ab einem gewissen Alter keinen gleichwertigen Anspruch mehr auf eine von der Allgemeinheit finanzierte Gesundheitsversorgung hätten (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 468). Unter solchen Rahmenbedingungen entsteht ein großes

Risiko für die Gesellschaft, denn aus dem eigentlichen Recht auf Selbstbestimmung könnte sich so rasch eine unausgesprochene „Pflicht zum Sterben“ entwickeln – schlichtweg, um anderen nicht länger zur Last zu fallen (vgl. Pußwald et al. 2022, S. 136).

Eine weitere Kritik kann geäußert werden, dass neben diesem sozioökonomischen Druck der Schutz des Lebens aber auch durch die derzeitigen gesetzlichen Vorgaben in Österreich geschwächt wird. Da der Gesetzgeber vorsieht, dass der assistierte Suizid vorwiegend im privaten Raum stattfindet, verschiebt der Staat den Sterbeprozess in einen Bereich ohne professionelle oder behördliche Überwachung (vgl. Kitta 2024, S. 34). Sobald das tödliche Präparat in der Apotheke abgeholt wurde, fehlt de facto jegliche staatliche Kontrolle über dessen Lagerung und schlussendliche Verwendung (vgl. OPG 2025a, S. 7). Dies öffnet nicht nur Türen für einen möglichen Missbrauch durch Dritte, sondern erschwert auch den Schutz vor unüberlegten Impulshandlungen (vgl. Mathis 2022, S. 93). Da sich der Todeswunsch bei schwer kranken Personen oft rasch ändern kann, bildet dieser vom Staat hingenommene Kontrollverlust im privaten Umfeld eine gravierende Schwachstelle im System des Lebensschutzes (vgl. Winkler 2024, S. 68).

6.3.2 Gerechtigkeit (Justice) und strukturelle Barrieren

Wenn man die Bioethik auf der Makro-Ebene betrachtet, muss man auch das vierte Kernprinzip nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress heranziehen: das Prinzip der Gerechtigkeit. In der Praxis fordert dieses Prinzip eine faire Verteilung von medizinischen Ressourcen sowie einen gerechten Zugang dazu (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 402–403). Sieht man sich unter diesem Gesichtspunkt die aktuelle Versorgung rund um den legalisierten assistierten Suizid an, zeigen sich jedoch strukturelle Hürden.

Im gesamten System können Engpässe auftreten, die den eigentlich gesetzlich vorgesehenen Ablauf stark erschweren. Für Menschen mit Sterbewunsch kann es beispielhaft eine große Hürde sein, aufklärungswillige Ärzt*innen zu finden, die die zwingend notwendigen palliativmedizinischen Gespräche führen (vgl. Kitta 2024, S. 31). Weiters kann dieses Problem dadurch vergrößert werden, da neutrale

Anlauf- und Koordinationsstellen fehlen. Daher können sich Betroffene, aber auch Angehörige und das medizinische Personal bei der aufwendigen Organisation oft völlig alleingelassen fühlen (vgl. OPG und Dachverband Hospiz Österreich 2025, S. 2-3).

Nach dem Prinzip der Gerechtigkeit darf ein würdevolles Sterben nicht von sozialen oder finanziellen Faktoren beeinflusst werden. Genauso wenig darf es eine Rolle spielen, ob jemand mobil ist oder am Land bzw. in der Stadt lebt. Wichtig dabei ist, dass alle Menschen – unabhängig von ihrem Wohnsitz und ihren finanziellen Möglichkeiten – einen garantierten Zugang zu hospizlicher oder palliativmedizinischer Begleitung haben. (vgl. Mathis 2022, S. 93–94).

Bleibt ein solcher Ausbau der Palliativmedizin aus, gerät die wichtigste rechtliche und moralische Voraussetzung für den assistierten Suizid stark unter Druck – nämlich die absolute Freiwilligkeit (vgl. Winkler 2024, S. 70). Die Idee einer völlig freien Selbstbestimmung stößt genau dort an ihre Grenzen, wo eine ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung fehlt (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 31). Dabei kann ein Sterbewunsch kaum noch als wahrhaft autonom betrachtet werden, wenn er primär daraus entsteht, dass den betroffenen Patient*innen aus finanziellen oder strukturellen Gründen beispielhaft eine wirksame Schmerztherapie oder ambulante Begleitung verwehrt bleibt (vgl. Feichtner und Pachschröck 2022, S. 247). Vielmehr resultiert der Entschluss zum Suizid in derartigen Situationen aus dem indirekten Zwang prekärer Umstände, womit letztlich auch die gesetzlich geforderte Freiwilligkeit der Entscheidung stark infrage steht (vgl. Kropf 2024, S. 195).

6.3.3 Das Dambruchargument („Slippery Slope“)

In der Debatte rund um die Sterbehilfe nimmt das sogenannte „Dambruchargument“ („Slippery-Slope-Argument“) eine äußerst wichtige Position ein. Dabei wird davor gewarnt, dass die anfängliche Erlaubnis der Suizidassistenz für eine sehr kleine, stark eingegrenzte Gruppe unweigerlich zu einer gesellschaftlichen Gewöhnung führt. Letztlich würde das bedeuten, dass sich die Gründe für eine solche Lebensbeendigung völlig unkontrolliert ausweiten (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 302–303). Als Beweis dafür verweisen

Kritiker*innen oftmals auf die Entwicklungen in Kanada und den Benelux-Staaten. Dort kann man beobachten, dass die ursprünglichen Grenzen immer weiter aufgeweicht wurden. Folglich fallen heute vermehrt auch Personen mit rein psychiatrischen Erkrankungen oder Demenz unter diese Regelung, obwohl sie gar keine unheilbare körperliche Krankheit haben (vgl. Braun 2024, S. 178; Kowalinski und Huber 2024, S. 132).

Wenn der Gesetzgeber nun versucht, diese Ausweitung durch strenge Vorgaben zu verhindern, entstehen jedoch neue Schwierigkeiten. Ein Beispiel dafür ist das sogenannte „Demenz-Dilemma“ (vgl. Riese 2022, S. 167–168). Es wird rechtlich gefordert, dass eine Person zum genauen Zeitpunkt des Suizids noch voll urteilsfähig sein muss (vgl. Birklbauer 2025, 24.2.1.2). Für Menschen mit einer beginnenden Demenz bedeutet dies allerdings einen massiven zeitlichen Druck. Sie befürchten, dass sie ihre geistigen Fähigkeiten verlieren, bevor das Leiden überhaupt unerträglich wird, wodurch ihnen der Zugang zur Suizidassistenz verwehrt bliebe (vgl. Riese 2022, S. 167). Dadurch könnten sich Betroffene gedrängt fühlen, ihr Leben verfrüht zu beenden.

Trotz dieser Bedenken steht das Dammbbruchargument in der Bioethik auch stark in der Kritik. So bemängeln Tom L. Beauchamp und James F. Childress, dass solche Warnungen oft nur auf Spekulationen und nicht auf tatsächlichen Beweisen beruhen (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 302). Dass ein Dammbbruch nicht zwingend passieren muss, zeigt etwa das Beispiel im US-Bundesstaat Oregon. Dort gibt es seit 1997 den „Oregon Death with Dignity Act“. Die Daten aus über zwei Jahrzehnten belegen eindeutig, dass man strenge Zugangskriterien sehr wohl stabil halten kann. Eine Aufweichung der Regeln oder ein Missbrauch von schutzbedürftigen Gruppen hat dort nicht stattgefunden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 305–306).

Weiters stellt auch Urban Wiesing klar, dass es international überhaupt keine Beweise für einen Dammbbruch bei einem gut geregelten ärztlich assistierten Suizid gibt (vgl. Bormann und Wiesing 2017, S. 88). Daher eignet sich dieses Argument nicht wirklich, um ein generelles Verbot zu rechtfertigen. Vielmehr zeigt es auf, welche große Aufgabe der Staat hierbei hat: Mit ganz klaren Gesetzen und genauen Schutzmaßnahmen kann eine befürchtete Abwärtsspirale effektiv und dauerhaft verhindert werden.

7. Diskussion

7.1 Synthese der rechtlichen, medizinethischen und klinisch-praktischen Erkenntnisse

Mit dem Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) im Jahr 2022 und den rechtlichen Anpassungen durch den Verfassungsgerichtshof wurde in Österreich ein formaler Rahmen für den assistierten Suizid geschaffen (vgl. Halmich 2022, S. 230). Dieser historische Schritt verlagert die lange geführte medizinethische Debatte direkt in den medizinischen Alltag. Jedoch zeigt der Blick auf die rechtlichen Vorgaben und die praktische Umsetzung, dass eine juristische Erlaubnis die moralischen Konflikte am Lebensende nicht einfach auflöst. Vielmehr verschieben sich diese Spannungsfelder auf neue Akteur*innen und in andere Bereiche, wie zum Beispiel die Tätigkeit von Ärzt*innen in diesem Prozess (vgl. Bozzaro 2024, S. 215). Dabei wird deutlich, dass die gesetzlichen Maßnahmen in der täglichen Praxis rasch an strukturelle und organisatorische Grenzen stößt/ stoßen kann.

Den Ausgangspunkt für diese Diskrepanz bildet das Autonomieverständnis, das dem Gesetz zugrunde liegt. Das Recht geht von einem rational abwägenden, völlig unabhängigen Menschen aus, dessen Selbstbestimmung als höchstes Gut geschützt wird (vgl. Körtner und Likar 2022, S. 30). In der Realität sterbewilliger Personen kann dieses Idealbild der reinen Selbstbestimmung jedoch auf Erfahrungen von tiefer Verletzlichkeit stoßen. Krankheit und Pflegebedürftigkeit führen nicht selten dazu, dass Betroffene einen massiven Verlust von Kontrolle und Würde empfinden (vgl. Bormann und Wiesing 2017, S. 87). Hier kann ein rein formales Verständnis von Autonomie zu kurz greifen, da menschliche Entscheidungen nie völlig isoliert getroffen werden, sondern stets in eine „relationale Autonomie“ eingebettet sind (vgl. Stoljar 2021, S. 183; Beauchamp und Childress 2024, S. 177), wie sie auch in der ethischen Grundlagendiskussion in Kapitel 3.2.1.5 thematisiert wurde. Zudem entsteht aus sozialetischer Sicht die Gefahr, dass die rechtliche Möglichkeit des assistierten Suizids einen subtilen Druck auf vulnerable Personen ausüben könnte, ihrem Umfeld schlichtweg nicht länger zur Last fallen zu wollen (vgl. Pußwald et al. 2022, S. 136). Weiters steht

die staatliche Schutzpflicht, die garantieren muss, dass so ein Entschluss völlig frei von äußerem Zwang passiert (vgl. VfGH 2024, Rz 161, S. 62-63), in einem ständigen Spannungsverhältnis zur bedingungslosen Gewährung von Selbstbestimmung.

Besonders komplex ist die Beurteilung der Willensbildung bei psychischen Erkrankungen oder kognitiven Einschränkungen. Wie der prozedurale Ablauf in Kapitel 5.3 bereits aufzeigt, verlangt das Gesetz eine zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit, was der Ärzt*innenschaft eine äußerst präzise gutachterliche Beurteilung abverlangt (vgl. Höpperger und Weixler 2022, S. 19; StVfG 2026, § 6 Abs. 1). Bei beginnender Demenz entsteht dabei ein massives zeitliches Dilemma für die Betroffenen, da sie aus Angst, das Zeitfenster der eigenen Urteilsfähigkeit zu verpassen, potenziell zu verfrühten Suizidhandlungen gedrängt werden könnten (vgl. Riese 2022, S. 167). Gleichzeitig ist es bei depressiven Episoden klinisch schwer, eine krankheitsbedingte Suizidalität sicher von einer „natürlichen Reaktion“ zu unterscheiden (vgl. ÖGPP 2025, S. 2). Wenn sich Hinweise auf eine psychische Störung ergeben, ist das Beiziehen von psychiatrischem Fachpersonal rechtlich als unbedingter Schutzmechanismus verankert (vgl. StVfG 2026, § 7 Abs. 4). Dies verdeutlicht aber die schmale Gratwanderung zwischen dem wichtigen Schutz vor krankheitsbedingten Fehlentscheidungen und der Gefahr einer systematischen Pathologisierung (vgl. Wolfersdorf und Hegerl 2019, zit. nach Kowalinski und Huber 2024, S. 133; Wolfersdorf und Etzersdorfer 2023, S. 255).

Dieser Konflikt zwischen der Ermöglichung von Autonomie und der medizinischen Schutzfunktion betrifft zentral die Ärzt*innenschaft, die sich in einem tiefen berufsethischen Zwiespalt wiederfindet (vgl. Winkler 2024, S. 59-60). Auf der einen Seite fordert das Prinzip der Patient*innenautonomie den Respekt vor dem freien Willen, auf der anderen Seite definiert sich das ärztliche Ethos traditionell über das Prinzip des Wohltuns, die Lebenserhaltung und die strikte Schadensvermeidung (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 354; Maio 2017, S. 107-109). Jedoch überträgt die rechtliche Pflicht vor der Errichtung einer Sterbeverfügung, die Schwere des Leidens und die Unabwendbarkeit des Zustandes zu bestätigen, den Mediziner*innen eine weitreichende Definitionsmacht. Das birgt das Risiko eines neuen, verdeckten medizinischen

Paternalismus (vgl. Bozzaro 2024, S. 217; Taupitz und Tolmein 2017, S. 77). Verstärkt wird diese Dynamik – wie bereits in der organisationsethischen Analyse in Kapitel 6.2.2 und 6.2.4 beleuchtet – durch den zurecht gesetzlich verankerten Gewissensvorbehalt (vgl. StVfG 2026, § 2 Abs. 1). Die absolute Freiwilligkeit zur Mitwirkung schützt zwar die moralische Integrität der einzelnen Gesundheitsfachkräfte, kann aber auf organisatorischer Ebene große strukturelle Hürden schaffen. Wenn weite Teile der Ärzt*innenschaft oder große öffentliche Träger die Begleitung des assistierten Suizids in ihren Einrichtungen aus ethischen Gründen kategorisch ausschließen, können Versorgungsengpässe entstehen (vgl. KAGes 2023, S. 2-3). Dieser institutionelle Ausschluss sichert zwar das traditionelle Selbstverständnis der Krankenhäuser/Träger, kann in der Konsequenz aber einem flächendeckenden „Gatekeeping“ gleichkommen, das den faktischen Zugang zur Suizidassistenz untergräbt (vgl. Bozzaro 2024, S. 217) – auch wenn die Institutionen weiterhin in der Pflicht stehen, eine lückenlose palliative Weiterbetreuung sicherzustellen (vgl. Jox 2024, S. 119). Für das involvierte Personal kann aus diesem Widerstreit zwischen rechtlichen Ansprüchen, institutionellen Verboten und dem eigenen Berufsethos oft ein ausgeprägter moralischer Stress resultieren, der die professionelle Identität massiv belasten kann (vgl. Corley 2021, S. 222-223).

Eine direkte Folge dieser institutionellen „Verweigerungshaltungen“ und der strengen juristischen Vorgaben ist die Verlagerung des finalen Sterbeprozesses in das private Umfeld (vgl. Kitta 2024, S. 34). Um sich nicht der aktiven Tötung auf Verlangen strafbar zu machen, verlangt der Gesetzgeber zwingend, dass die Tatherrschaft beim letzten Akt allein bei der sterbewilligen Person liegt (vgl. Halmich 2022, S. 228). In der Praxis führt dies dazu, dass die Einnahme des tödlichen Präparats – deren medizinische Risiken in Kapitel 5.6 dargelegt wurden – oft ohne die Anwesenheit von medizinischem Fachpersonal stattfindet (vgl. Fasching und Tschiggerl 2022, S. 23). Aus dieser rechtlichen Notwendigkeit heraus entsteht eine strukturelle Übertragung der Verantwortung auf medizinische Laien, ganz besonders auf die anwesenden Angehörigen (vgl. OPG 2025a, S. 12). Diese Übertragung der Verantwortung an das familiäre System birgt für diese psychologische Risiken, denn es kann miterlebt werden, dass es trotz vorgeschriebener Begleitmedikation bei der Einnahme zu schweren

Komplikationen wie Erbrechen oder einem unvorhersehbaren, stark verzögerten Todeseintritt kommt (vgl. OPG 2025a, S. 9, 11). Angehörige, die in dieser extremen Ausnahmesituation ohne fachliches Sicherheitsnetz handeln müssen, können emotional oftmals völlig überfordert sein. Zudem schafft die Gefahr von Panikreaktionen, bei denen vielleicht sogar Rettungskräfte alarmiert werden, ein juristisch brisantes „Vakuum“, in dem Notärzt*innen aufgrund ihrer Garantenstellung zu ungewollten Reanimationsmaßnahmen gezwungen sein könnten (vgl. Halmich 2022, S. 234-235). Die rechtliche Konstruktion wahrt somit zwar formell das Strafrecht, nimmt in der Versorgungsrealität aber große Lücken im Schutzkonzept in Kauf.

Abschließend lässt sich festhalten, dass der assistierte Suizid nicht isoliert vom allgemeinen Gesundheitswesen betrachtet werden darf, wie in der Mehrebenen-Analyse in Kapitel 6.3 bereits verdeutlicht wurde. Nach dem medizinethischen Prinzip der Gerechtigkeit darf die Entscheidung, das Leben zu beenden, nicht durch äußere Mängel bestimmt werden (vgl. Beauchamp und Childress 2024, S. 402-403). Dabei zeigt sich ein mögliches Problem, nämlich dass die gesetzlich geforderte Freiwilligkeit des Suizidwunsches infrage steht, wenn den Betroffenen aus strukturellen, regionalen oder finanziellen Gründen ein adäquater Zugang zu zum Beispiel umfassender Schmerztherapie oder psychosozialer Begleitung fehlt (vgl. Kropf 2024, S. 195). In diesem Zusammenhang rückt die Hospiz- und Palliativversorgung in den Mittelpunkt. Obwohl sich Palliative Care – wie in Kapitel 3.1.3.1 und 6.2.3 ausgeführt – in ihrem beruflichen Selbstverständnis klar von der beabsichtigten Lebensverkürzung abgrenzt und den assistierten Suizid nicht als primäre Aufgabe begreift (vgl. OPG 2022, S. 20), ist sie die unabdingbare Voraussetzung für eine ethisch vertretbare Umsetzung des Gesetzes. Nur durch ein flächendeckendes, qualitativ hochwertiges palliativmedizinisches Angebot kann gesichert werden, dass ein Todeswunsch wirklich Ausdruck reiner Autonomie ist und nicht nur aus mangelnder Leidenslinderung und empfundener Alternativlosigkeit entsteht (vgl. Winkler 2024, S. 70; Feichtner und Pachschröhl 2022, S. 247). Letztlich zeigt die Gegenüberstellung von Recht, Ethik und klinischer Praxis, dass das Sterbeverfügungsgesetz zwar rechtliche Pfade eröffnet hat, die tiefgreifenden moralischen und gesellschaftlichen Aushandlungsprozesse

am Lebensende dadurch aber keineswegs abgeschlossen, sondern vielmehr erst richtig angestoßen wurden.

7.2 Reflexion und Limitation der Methode

Die vorliegende Arbeit ist, wie im Kapitel zur Methodik dargelegt, als reine Literaturarbeit konzipiert. Daraus ergibt sich eine bewusste methodische Eingrenzung, denn die Untersuchung versteht sich primär als bioethische und philosophische Auseinandersetzung mit der Thematik. Folglich liegt der Fokus auf der systematischen Analyse des rechtlichen, theoretischen und normativen Diskurses. Jedoch bringt dieser Zugang eine gewisse Limitation mit sich. Zwar lässt sich die individuelle Versorgungsrealität – wie etwa das Ausmaß der emotionalen Belastung von Angehörigen oder der moralische Stress beim Gesundheitspersonal – aus der Fachliteratur theoretisch herleiten, durch eigene empirische Erhebungen wird sie hierbei aber nicht abgebildet.

Weiters muss die hohe Aktualität der rechtlichen Dynamik berücksichtigt werden. Die herangezogene Literatur befasst sich naturgemäß vorwiegend mit den Gegebenheiten der ursprünglichen Fassung des Sterbeverfügungsgesetzes aus dem Jahr 2022. Da die jüngsten gesetzlichen Anpassungen infolge des VfGH-Erkenntnisses erst mit 1. Juni 2026 in Kraft traten, kann die aktuell verfügbare Literatur allfällige versorgungspraktische Langzeiteffekte dieser Neuerungen noch nicht abbilden.

Zudem gilt es, das angewandte ethische Fundament zu reflektieren. Dabei erwies sich das Prinzipienmodell nach Beauchamp und Childress als verlässliches strukturelles Gerüst. Dennoch stoßen derartige theoretische Modelle bei der Erfassung relationaler Abhängigkeiten und der radikalen Subjektivität des Leidens am Lebensende mitunter an ihre Grenzen. Letztlich liegt dies daran, dass sich solche komplexen Realitäten nicht restlos in formale Prinzipien übersetzen lassen.

8. Schlussfolgerungen und Ausblick

Seit dem Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) und den neuesten Anpassungen durch die Höchstgerichte gibt es in Österreich einen klaren

rechtlichen Rahmen für den assistierten Suizid (vgl. Halmich 2022, S. 230). Jedoch zeigt sich in dieser Arbeit, dass die bloße gesetzliche Erlaubnis die tiefen moralischen Konflikte am Ende eines Lebens nicht einfach aus dem Weg räumt. Vielmehr verlagern sich diese Fragen nun aus der Theorie direkt in den Alltag der medizinischen Betreuung (vgl. Bozzaro 2024, S. 215). Dabei stößt der vom Gesetzgeber vorgesehene Ablauf in der Praxis an strukturelle, medizinische und organisatorische Grenzen.

Konkrete Hürden zeigen sich bereits bei der ärztlichen Begutachtung. So ist es im klinischen Alltag äußerst komplex, die vom Gesetz geforderte zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit festzustellen (vgl. Höpperger und Weixler 2022, S. 19). Ganz besonders dann, wenn psychische Begleiterkrankungen oder eine beginnende Demenz vorliegen. In solchen Fällen ist die feine Grenze zwischen einem rein krankheitsbedingten Sterbewunsch und einer wirklich freien Entscheidung nur sehr schwer zu ziehen (vgl. ÖGPP 2025, S. 2; Riese 2022, S. 167). Eine weitere große Herausforderung ist die Verlagerung des finalen Sterbeprozesses in das private Umfeld. Damit der Tatbestand der aktiven Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) nicht erfüllt wird, muss die Handlungsgewalt zwingend bei der sterbewilligen Person bleiben (vgl. Halmich 2022, S. 228). In der Realität bedeutet dies, dass Angehörige als medizinische Laien den Vorgang oft allein begleiten müssen. Treten dabei unerwartete Komplikationen auf – wie etwa ein verzögerter Todeseintritt –, setzt das die Anwesenden einem massiven psychologischen Risiko aus (vgl. OPG 2025a, S. 11-12). Weiters bilden die ablehnenden Haltungen von öffentlichen Krankenanstalten eine strukturelle Schranke. Dies erschwert den Betroffenen den tatsächlichen Zugang zur Suizidassistenz enorm und wirkt oftmals wie ein unfreiwilliges „Gatekeeping“ (vgl. Bozzaro 2024, S. 217; KAGes 2023, S. 2-3).

Zudem geraten Ärzt*innen durch diese Situation in einen tiefen Gewissenskonflikt. Das klassische ärztliche Ethos, das auf Fürsorge, Lebensschutz und der Vermeidung von Schaden aufbaut, prallt in der Praxis unweigerlich auf den Wunsch der Patient*innen nach Autonomie. Durch die Pflicht zur Begutachtung erhalten Mediziner*innen weitreichende Macht darüber, wie das ganz persönliche Leiden eines Menschen definiert und bewertet wird (vgl. Bozzaro 2024, S. 217). Dabei kann eine Form der neuen ärztlichen Bevormundung entstehen, da das

Recht auf Selbstbestimmung letztlich immer von der Zustimmung der Ärzt*innenenschaft abhängt (vgl. Taupitz und Tolmein 2017, S. 77). Zwar schützt der gesetzliche Gewissensvorbehalt (§ 2 StVfG) die persönliche Haltung der Behandelnden. Dennoch löst dieses Spannungsfeld zwischen dem Anspruch auf Versorgung auf der einen und der persönlichen Ablehnung auf der anderen Seite einen starken moralischen Stress in den Einrichtungen aus (vgl. Corley 2021, S. 222-223; StVfG 2026, § 2).

Ein Blick in die Zukunft zeigt, dass die rechtliche Möglichkeit des assistierten Suizids eine ständige Aufgabe für die gesamte Gesellschaft bleiben wird. Dabei muss man unbedingt verhindern, dass aus dem Recht auf Selbstbestimmung durch äußeren Druck plötzlich eine unausgesprochene Pflicht wird – etwa aus dem Gefühl heraus, der eigenen Familie oder dem Pflegesystem nicht länger zur Last fallen zu wollen (vgl. Pußwald et al. 2022, S. 136). Wirkliche Autonomie und eine freie Entscheidung können nämlich nur dann existieren, wenn es auch gute Alternativen gibt. Der flächendeckende Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung ist daher unverzichtbar, damit ein Todeswunsch nie nur deshalb entsteht, weil es beispielsweise an besseren Schmerztherapien oder adäquater Pflege fehlt (vgl. Winkler 2024, S. 70; Feichtner und Pachschröck 2022, S. 247). Zukünftig wird man auch nicht darum herumkommen das medizinische Personal besser zu unterstützen, etwa durch gemeinsame Fallbesprechungen in den Institutionen (vgl. OPG 2022, S. 4). Nur wenn das Gesundheitspersonal und die betroffenen Angehörigen in solchen Ausnahmesituationen professionell entlastet werden, ist eine ethisch vertretbare und würdevolle Begleitung am Lebensende langfristig möglich.

9. Literatur- und Quellenverzeichnis

ABGB (2026): *Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) § 24*, StF: JGS Nr. 946/1811, Fassung vom 01.06.2026, [online] <https://ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622&Paragraf=24> [01.06.2026].

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation und European Federation of Internal Medicine (2021): Ärztliche Professionalität im neuen Jahrtausend: Eine Charta für Ärztinnen und Ärzte, in: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T. und Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 247–253.

Amschl-Strabegg, D. (2022): Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen in Belgien, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 275–284.

Beauchamp, T. L. (2021): Der ‚Vier-Prinzipien‘-Ansatz in der Medizinethik, in: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T. und Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 71–89.

Beauchamp, T. L. und Childress, J. F. (2024): *Prinzipien der Bioethik* (Hrsg. von Lanzerath, D. und Halsband, A., Übers. von Pelger, J.), Baden-Baden: Verlag Karl Alber.

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2011): *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Stellungnahme der Bioethikkommission*, Wien: Geschäftsstelle der Bioethikkommission, [online] https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:ddef041a-8e14-4750-8502-598516e61576/3_terminology_of_medical_decisions_in_end_of_life_situation_june_2011.pdf [06.12.2025].

Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (2015): *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission*, Wien: Geschäftsstelle der Bioethikkommission, [online] <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:83eeb9ec-3eeb-4016-a335-b9dadd80f17a/Dying%20with%20dignity.pdf> [06.12.2025].

Birklbauer, A. (2025): Sterbeverfügung und assistierter Suizid (Kap. I.24), in: Aigner, G., Kletečka, A., Kletečka-Pulker, M. und Memmer, M. (Hrsg.), *Handbuch Medizinrecht* (Stand 01.05.2025), [online] https://rdb.manz.at/document/1007_medizinr_el40_kap0124#tit3 [06.12.2025].

Birklbauer, A. und Zahrl, J. (2025): Strafrechtliche Risiken bei ärztlichen Begutachtungen im Rahmen von Sterbeverfügungen, in: *DAG*, Nr. 49, [online] <https://rdb.manz.at/document/rdb.tso.Lldag20250605> [26.03.2026].

BMASGPK (2025): *Sterbeverfügung. Leitfaden für die Praxis*, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, [online] <https://www.oesterreich.gv.at/de/lexicon/S/Seite.992481> [06.12.2025].

Bormann, F.-J. und Wiesing, U. (2017): Die Ethik und ihre Herausforderungen in einer pluralistischen Gesellschaft, in: Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J. und Wiesing, U. (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 85–94.

Bozzaro, C. (2024): Der assistierte Suizid als sozialer Akt, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 213–222.

Braun, E. (2024): Fürsorge und Autonomie als normative Grundlagen von assistiertem Suizid, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.),

Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen, Bielefeld: transcript Verlag, S. 175–186.

Corley, M. C. (2021): Moralischer Stress von Pflegenden: Vorschlag für eine Theorie und für eine Forschungsagenda, in: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T. und Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 221–244.

Falkner, A. (2022): Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 103–119.

Farr, L. (2024): »Frau Doktor, können Sie mir nicht was geben, dass es vorbei ist?« Die Rolle der Hausärzt*innen bei Sterbewünschen, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 47–58.

Fasching, S. und Tschiggerl, W. M. (2022): *Sterbeverfügung praxisbezogen. Information für medizinisches Fachpersonal*, [online] <https://www.aekkt.at/rechtliches/arztundrecht/sterbeverfuegungsgesetz> [21.03.2026].

Feichtner, A. (2022a): Der Wunsch zu sterben, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 3–10.

Feichtner, A. (2022b): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit – eine Alternative zum assistierten Suizid?, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 253–259.

Feichtner, A. und Pachschröll, G. (2022): Palliative Care und assistierter Suizid, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 245–252.

Gerhard, C. (2023): *Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen*, 2., aktualisierte Aufl., Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hahlweg, P. (2024): Personenzentrierung und gemeinsame Entscheidungsfindung im Kontext des assistierten Suizids, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 277–288.

Halmich, M. (2022): Suizid, Fehlschlag und die Rolle der Retter – rechtliche und ethische Aspekte, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 227–236.

Höpperger, E. und Weixler, D. (2022): Willensfreiheit und Entscheidungsfähigkeit, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 19–27.

Jagsch, C. (2022): Alterssuizid und seine Grundlagen, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 47–52.

Jox, R. J. (2024): Suizidassistenz und Palliativmedizin – zwei Geschwister auf Abstand, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 111–123.

Kant, I. (2016): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 2. Aufl., Hamburg: Felix Meiner Verlag (Erstausgabe 1785).

Kastanek, K. und Wentseis, V. (2022): Wenn Zuhören und Begegnung wirklich gelingen: das Ergebnis einer langjährigen therapeutischen Beziehung, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 359–375.

Kipke, R. (2024): Sinn und assistierte Selbsttötung. Über einige Widersprüche liberaler Suizidethik und wie sie gelöst werden können, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 233–253.

Kirchschläger, P. G. (2023): *Ethisches Entscheiden*, Baden-Baden: Nomos.

Kitta, A. (2024): Beobachtungen zur Einführung des Sterbeverfügungsgesetzes in Österreich, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 29–37.

Klaushofer, R. (2022): Der assistierte Suizid und Human Rights, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 197–201.

Körtner, U. H. J. und Likar, R. (2022): Menschenwürde, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 29–36.

Kowalinski, E. und Huber, C. G. (2024): Suizidhilfe bei psychisch Erkrankten – welche Kriterien entscheiden?, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 131–144.

Krischel, M. (2024): Patientenmorde im Nationalsozialismus als Argument im Diskurs um (ärztlich) assistierten Suizid in Deutschland, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 263–275.

Kropf, M. (2024): Graduelle Selbstbestimmung: Eine ethische Analyse im Kontext des assistierten Suizids, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 187–198.

Leven, K.-H. (2024): *Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart*, 4. Aufl., München: Verlag C.H. Beck.

Lucas, D. (2024): Wann ist es Zeit zu gehen? Suizidwünsche im Kontext einer demenziellen Erkrankung, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 145–154.

Maio, G. (2017): *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*, 2., überarbeitete und erweiterte Aufl., Stuttgart: Schattauer.

Mathis, G. (2022): Beihilfe zur Selbsttötung aus ärztlicher Sicht, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 89–94.

Mathwig, F. (2024): Theologische Aspekte der Suizidhilfe, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 303–316.

Mühlegger, V. und Wimmer, H. (2022): Grundlegende Konzepte in der psychologischen Betreuung in Hinblick auf assistierten Suizid, in: Feichtner, A.,

Sterbeverfügung-der-Oesterreichischen-Gesellschaft-fuer-Psychiatrie_1.pdf
[06.12.2025].

Österreichische Palliativgesellschaft [OPG] (2022): *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*, [online]
https://www.palliativ.at/securedl/sdl-eyJ0eXAIoiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE3NzQyNzM3MjEslmV4cCI6MTc3NDg4MjExOSwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL3JIZGFrdGV1clwvaW1hZ2VzXC9PUEdfUGFwZXJfQVNmMjUuMS4yMDIyLnBkZilsInBhZ2UiOiJlE2OTJ9.Drw7NUYme9wd1PtBb1e260V5kJBdN-ZNRwPPfGV1_KE/OPG_Paper_AS_25.1.2022.pdf [06.12.2025].

Österreichische Palliativgesellschaft [OPG] (2025a): *Handreichung - Assistierter Suizid*, [online]
https://www.palliativ.at/securedl/sdl-eyJ0eXAIoiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE3NzQyNzU1NjYslmV4cCI6MTc3NDg4Mzk2NCwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL3JIZGFrdGV1clwvQVNTXC9GSU5BTf8yMDI1X09QRy1lYW5kcmVpY2h1bmdfQVNmMS5wZGYiLCJwYWdlIjoyMDQ2fQ.nSXq_Hcq1aArALbxhm4tRUZcLXONJ4X7Ui1AxMwVueg/FINAL_2025_OPG-Handreichung_AS_1.pdf [06.12.2025].

Österreichische Palliativgesellschaft [OPG] (2025b): *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*, [online]
https://www.palliativ.at/securedl/sdl-eyJ0eXAIoiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJpYXQiOiJlE3NzQyNzU2MzcsImV4cCI6MTc3NDg4NDZNSwidXNlciI6MCwiZ3JvdXBzIjpbMCwtMV0sImZpbGUiOiJmaWxIYWRTaW5cL3JIZGFrdGV1clwvQVNTXC9GSU5BTf8yMDI1X09QRy1lcl9TdGVyYmV3dW5zY2gyMDI1XzEucGRmliwicGFnZSI6MjA0N30.Cj4fFq_Ey0KlvBfPMF-XKuJ72iRC847CyBS5H356xCc/FINAL_2025_OPG-Hr_Sterbewunsch2025_1.pdf [06.12.2025].

Österreichische Palliativgesellschaft [OPG] und Dachverband Hospiz Österreich (2025): *Gemeinsame Stellungnahme: Sterbeverfügung und assistierter Suizid:*

Erfahrungen, Klarstellungen und Forderungen, [online]
https://www.palliativ.at/newsletter/user_upload/GemeinsameStellungnahmeOPGDachverbandFInal2025.pdf [06.12.2025].

PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark (o. J.a): *Informationsblatt für die Hilfe leistende Person*, [online]
https://www.patientenvertretung.steiermark.at/cms/dokumente/12851272_166913584/4632332d/V03_Informationsblatt_f%C3%BCr_die_hilfeleistende_Person.pdf [06.12.2025].

PatientInnen- und Pflegeombudsschaft Steiermark (o. J.b): *Informationsblatt für die sterbewillige Person*, [online]
https://www.patientenvertretung.steiermark.at/cms/dokumente/12851272_166913584/626a460c/V03_Informationsblatt_f%C3%BCr_die_sterbewillige_Person%20%282%29.pdf [06.12.2025].

Pieper, A. (2017): *Einführung in die Ethik*, 7. Aufl., Tübingen: A. Francke Verlag.

Pußwald, B., Falkner, A. und Gruber, W. (2022): Suizidberatung heißt Lebensberatung – Eine Standortbestimmung zum assistierten Suizid für die Soziale Arbeit, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 129–140.

Riese, F. (2022): Sterbewunsch bei Demenz, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 163–171.

Risse-Steller, S. (2024): Strafwürdigkeit des assistierten Suizids – brauchen wir eine gesetzliche Neuregelung des § 217 StGB? Eine Diskussion de lege ferenda unter Berücksichtigung des wegweisenden Urteils des Bundesverfassungsgerichts sowie der gesetzlichen (Neu-)Regelungen in Österreich und der Schweiz, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten*

Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen, Bielefeld: transcript Verlag, S. 17–28.

Schildmann, J. und Vollmann, J. (2017): Die assistierte Selbsttötung als Teil ärztlicher Handlungspraxis am Lebensende in Deutschland. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung und medizinethische Analysen, in: Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J. und Wiesing, U. (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 61–72.

Schildmann, J. und Kremling, A. (2022): Sedierung als eine Alternative zur Selbsttötung?, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 237–243.

Schuchter, P. (2022): Vom Unbehagen an der Moderne zu manifesten Krankheitssymptomen der modernen Gesellschaft, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 79–87.

Singer, P. (1999): *Practical Ethics*, 2. Aufl., Cambridge: Cambridge University Press.

Sold, M. und Schmidt, K. W. (2021): Therapiebegrenzung und Therapiereduktion – praktisch umgesetzt, in: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T. und Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 347–394.

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft [KAGes] (2023): *Richtlinie 2003.9148 Sterbeverfügungsgesetz (StVfG)*, interne Richtlinie (Stand: 23.02.2023).

Stoljar, N. (2021): Informierte Einwilligung und relationale Konzepte von Autonomie, in: Biller-Andorno, N., Monteverde, S., Krones, T. und Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik*, Wiesbaden: Springer VS, S. 175–187.

Stolze, J. (2024): Assistierter Suizid trotz Depression? Zum Recht auf assistierten Suizid psychisch erkrankter Menschen, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 155–170.

Stronegger, W. J. (2022): Gesellschaftliche Aspekte der Selbstbestimmung beim assistierten Suizid, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 217–226.

StVfG (2025): *Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG)*, StF: BGBl. I Nr. 242/2021, idF BGBl. I Nr. 160/2024, Fassung vom 06.12.2025, [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782> [06.12.2025].

StVfG (2026): *Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG)*, StF: BGBl. I Nr. 242/2021, idF BGBl. I Nr. 160/2024, Fassung vom 01.06.2026, [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782> [01.06.2026].

StVf-Präp-V (2026): *Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die Festlegung von Präparaten im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes (Sterbeverfügungs-Präparate-V – StVf-Präp-V)*, StF: BGBl. II Nr. 16/2022, Fassung vom 01.06.2026, [online] <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011789> [01.06.2026].

Taupitz, J. und Tolmein, O. (2017): Selbstbestimmung zum Sterben – Fürsorge zum Leben: Widerspruch für die Rechtsordnung?, in: Borasio, G. D., Jox, R. J.,

Taupitz, J. und Wiesing, U. (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 75–83.

Verfassungsgerichtshof Österreich [VfGH] (2020): Erkenntnis G 139/2019-71 vom 11.12.2020, Wien: Verfassungsgerichtshof Österreich, [online] https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf [06.12.2025].

Verfassungsgerichtshof Österreich [VfGH] (2024): Erkenntnis G 229/2023-57 vom 12.12.2024, Wien: Verfassungsgerichtshof Österreich, [online] https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_2272-2273_2023-vom-12.12.24.pdf [06.12.2025].

Weber, K. (2022): Das Sterbeverfügungsgesetz: Der Ministerialentwurf, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 11–18.

Wentseis, V. (2022): Psychosoziale Ursachen des Suizids, in: Feichtner, A., Körtner, U. H. J., Likar, R., Watzke, H. und Weixler, D. (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, Berlin: Springer, S. 37–46.

Winkler, B. (2024): Suizidhilfe durch Ärzt*innen – zwischen Dürfen, Können und Sollen, in: Bozzaro, C., Richter, G. und Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen*, Bielefeld: transcript Verlag, S. 59–71.

Wolfersdorf, M. und Etzersdorfer, E. (2023): *Suizid und Suizidprävention. Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis*, 2. Aufl., Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

World Health Organization [WHO] (2002): *WHO Definition of Palliative Care*, [online]

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [06.12.2025].

World Medical Association (2019): *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, [online] <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> [06.12.2025].

Hilfsmittelverzeichnis

Zur sprachlichen Überarbeitung und stilistischen Optimierung der vorliegenden Diplomarbeit wurde die kostenlose webbasierte Benutzeroberfläche ChatGPT (OpenAI, <https://chatgpt.com>) im Zeitraum von August 2025 bis Mai 2026 genutzt. Dabei kamen im genannten Zeitraum verschiedene Sprachmodelle von OpenAI zum Einsatz, insbesondere Modelle der GPT-4o- und GPT-5-Familie.

Für die englische Übersetzung der Zusammenfassung (Abstract) wurde ergänzend die kostenfreie webbasierte Version des DeepL-Übersetzers (DeepL SE, <https://www.deepl.com>) im Mai 2026 verwendet.