

**DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

## Assistierter Suizid / Aktive Sterbehilfe

### IRRWEG ODER AUSWEG?



Foto: © Podolsky/mediadesign

#### Gedanken zur Thematik

Sterbehilfe ist ein Thema, das die Gesellschaft spaltet. Sowohl Befürworter als auch Gegner des assistierten Suizids und der aktiven Sterbehilfe werden nicht müde, ihre Argumente vorzubringen bzw. dementsprechende gesetzliche Maßnahmen zu fordern.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern ist in Österreich weder der assistierte Suizid noch die aktive Sterbehilfe erlaubt. Da diese Thematik aber medial immer wieder zu kontroversiellen Diskussionen führt, ist es wichtig, dass sich Palliativ- und Hospizteams mit der Rechtslage in den verschiedenen Ländern Europas, als auch den Pros und Contras zum assistierten Suizid und der aktiven Sterbehilfe befassen. Um die Grundlagen der Befürworter und Gegner besser analysieren zu können, sollten Begriffe wie Autonomie, Würde, Leid(en), ethische, religiöse und philosophische Aspekte, aber auch die Rolle der Angehörigen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und diskutiert werden.

#### Ausgangslage – Problemzentrierung

Leid im Kontext einer lebensbedrohlichen Erkrankung stellt den Menschen unweigerlich und unabwendbar vor Entscheidungen; es führt zur radikalsten Konfrontation mit sich selbst, wirft ihn auf sich selbst zurück. Wenn schwerkranke Menschen einem hohen und langanhaltenden Leidensdruck ausgesetzt sind, wird immer wieder der Wunsch nach

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Assistierter Suizid / Aktive Sterbehilfe – Irrweg oder Ausweg?“

Seite 1 von 10

vorzeitiger Beendigung des Lebens laut. Um diesen Leidensdruck zu minimieren, bemühen sich betreuende Palliativ- und Hospizteams unter anderem um gute Symptomkontrolle und den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Oftmals äußern die Betroffenen, dass sie keine Angst vor dem Tod, sondern vor dem Zurücklassen der Angehörigen und dem vor ihnen liegenden (Leidens)Weg bzw. vor der Unbekanntheit ihres individuellen Sterbeprozesses haben. Vielfach sind es aber auch die Angehörigen, denen bei einem langwierigen Krankheitsverlauf die Kraft abhandenkommt. Eine Novellierung der gesetzlichen Regelungen in Österreich könnte den Erwartungsdruck bei Patienten, Angehörigen und den einzelnen Palliativ- und Hospizteams erzeugen bzw. steigern.

Die zunehmende mediale Forderung nach der Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids, wie ihn die Schweiz praktiziert, hat auch Diskussionen in Palliativ- und Hospizteams sowie bei Kranken und deren Angehörigen ausgelöst. Berühmte Persönlichkeiten wie der österreichische Schauspieler Herbert Fux, der sich am 13.3.2007 in der Schweiz dem assistierten Suizid unterzogen hat, werden medial aufgegriffen und als Meinungsbildner herangezogen. Aber nicht nur die Medien beschäftigen sich in regelmäßigen Abständen mit der Thematik, sondern auch die Österreichische Bioethikkommission hat sich inhaltlich damit auseinandergesetzt und 2015 eine Stellungnahme mit dem Titel „Sterben in Würde – Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen“<sup>1</sup> abgegeben. In diesem Schreiben legen sowohl Befürworter als auch Gegner ihre Argumente für bzw. gegen die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids vor.

Wie eingangs erwähnt, braucht es die Auseinandersetzung mit verschiedenen Begrifflichkeiten, um die Thematik tiefergreifend betrachten zu können. Stellvertretend werden hier „das unerträgliche Leid(en)“ sowie „Autonomie“ und „Würde“ im Kontext des ärztlich assistierten Suizids angeführt:

## **Unerträgliches Leid(en)**

Der Begriff des Leidens, schreibt Medizinethikerin Dr. Claudia Bozzaro, sei kein einfacher, weil eine subjektive Empfindung dahinterstehe. In palliativmedizinischen Kreisen werde „unerträgliches Leiden“ als „die individuelle und subjektiv empfundene

---

<sup>1</sup> BIOETHIKKOMMISSION BUNDESKANZLERAMT ÖSTERREICH: *Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission*, Wien: 9.2.2015, URL: [https://www.bundestkanzleramt.gv.at/documents/131008/549639/Sterben\\_in\\_Wuerde.pdf/81bff2b3-b65b-467d-9d61-6cf22dbc4b75](https://www.bundestkanzleramt.gv.at/documents/131008/549639/Sterben_in_Wuerde.pdf/81bff2b3-b65b-467d-9d61-6cf22dbc4b75) (Zugriff am 4.12.2017).

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

Intensität von Symptomen oder Situationen, deren andauerndes Empfinden bzw. Erleben so belastend ist, dass sie von einem Patienten nicht akzeptiert werden kann“<sup>2</sup>, beschrieben. Laut Bozzaro sei der Begriff vom „unerträglichen Leiden“ so markant, dass Schritte zur Linderung des Leidens nicht näher ausgewiesen werden müssten. Weil das Wort „Leiden“ erfahrungsgemäß negativ bewertet werde, sagt sie, entstehe generell sehr rasch das Bedürfnis, gegen diesen Zustand etwas unternehmen zu wollen. Daher überrasche es sie nicht, dass der Linderung eine hohe Wertigkeit gegeben werde. Erst recht, wenn Menschen aufgrund ihres „unerträglichen Leidens“ an Suizid denken.<sup>3</sup> „Dementsprechend definiert die Medizin das Lindern von Leiden als eines ihrer klassischen Ziele[.]“<sup>4</sup>

Die Begriffserklärung sei laut Bozzaro unerlässlich, weil es sich in diesem Bereich um mehr als ein rhetorisches Argument handle. „Unerträgliches Leiden“ sei sowohl im niederländischen Gesetz zur aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Suizid verankert, als auch Indikation für die Palliative Sedierung. Obwohl der Leidensbegriff in der niederländischen Gesetzgebung den zweithöchsten Stellenwert habe, sei dieser dennoch nirgends definiert, so die Autorin weiter. Auch habe sich in der internationalen wissenschaftlichen Literatur zur niederländischen Vorgehensweise bisher keine allgemeingültige Definition durchgesetzt, weswegen eine sehr weitläufige Interpretation möglich sei.<sup>5</sup>

Da es sich beim Leidensbegriff primär um eine subjektive Wahrnehmung und einen subjektiven Zustand handle, könne nur der Betroffene selbst darüber urteilen, resümiert Bozzaro. Sie berichtet weiters, dass im niederländischen Zusammenhang das Leiden sehr allgemein formuliert worden sei<sup>6</sup> (z. B. „a subjective experience differing from pain“<sup>7</sup>). Es sei jedoch faktisch unmöglich, dass Angehörige, Ärzte oder Kommissionen darüber eine objektive Beurteilung abgeben könnten. Behandelnde Ärzte, so die Autorin, seien auf die verbale Äußerung eines Patienten angewiesen, um die Indikation und Beurteilung für die Palliative Sedierung, den ärztlich assistierten Suizid oder die aktive Sterbehilfe stellen zu können. Bozzaro schreibt, dass empirische Studien aus den Niederlanden zeigen würden, dass man sich zwar bis zu einem gewissen Grad in das Leid eines anderen versetzen, diesen aber wegen der vielen Graubereiche nur indirekt nachvollziehen könne.<sup>8</sup>

---

<sup>2</sup> BOZZARO, CLAUDIA: „Ärztlich assistierter Suizid: Kann ‚unerträgliches Leiden‘ ein Kriterium sein?“, in: Dtsch Med Wochenschr 140/2015, S. 131–134, hier S. 132. Bozzaro verweist an dieser Stelle auf: Müller-Busch HC, Radbruch L, Strasser F et al. Empfehlungen zur palliativen Sedierung. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 2733–2736. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>3</sup> Vgl. BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 131.

<sup>4</sup> Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 131) auf: Callahan D. The goals of medicine: Setting new priorities. Hastings Center Report 1996; 26: Special Supplement. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>5</sup> Vgl. BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 131.

<sup>6</sup> Vgl. BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 132.

<sup>7</sup> Indirektes Zitat; Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 132) auf: Bejik M. Unbearable suffering: What Is It, what causes it, and who determines it? Medisch Contact 1998; 53: 825-827. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>8</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 132) auf: Kimsma G. Assessment of unbearable and hopeless [sic!] suffering in evaluating a request to end life. In: Youngner S, Kimsma G (Hrsg.): Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, 2014; 333–350. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschröll, MSc**

Ein weiteres Faktum sei, dass sich Ärzte bei der Definition des Leidens meist auf die physische Ebene beziehen würden, Patienten hingegen auf die psychisch-soziale und existenzielle Dimension.<sup>9</sup>

„In einer weiteren Studie gab mehr als die Hälfte der Ärzte an, unsicher zu sein bei der Beurteilung, ob ein unerträglicher Leidenszustand bei Sterbewilligen vorliege. Mehr als ein Viertel gab an, nicht bestimmen zu können, ob der Patient selbst das Leiden als unerträglich empfand[.]“<sup>10</sup>

Eine Verschärfung der Problematik trete dann ein, wenn der Patient z. B. an Demenz oder einer anderen psychiatrischen Erkrankung leide und Schwierigkeiten habe, seine Leiden zu artikulieren.<sup>11</sup>

Aus dem subjektiven Charakter des Leidens ergebe sich laut Bozzaro weiters die Frage, ob unter körperlichem Leid etwa Schmerz, Übelkeit, Fatigue, unter den psychischen Phänomenen Depressivität und unter existenziellem Leiden beispielsweise Verzweiflung, Lebensüberdruß oder Trauer zu verstehen seien.<sup>12</sup>

Niederländische Gerichte haben den Begriffsrahmen durch ihre Judikate etwas nachgeschärft, wodurch nun nicht nur physisches, sondern auch psychisches Leid zu berücksichtigen sei und sich der Patient nicht in der Endphase einer terminalen Erkrankung befinden müsse, um Hilfe beim Sterben zu erhalten, führt Bozzaro aus.<sup>13</sup> Die Realität zeige, dass zunehmend soziale, existenzielle und auch spirituelle Faktoren, die als unerträgliches Leiden geschildert würden, im Einzelfall als Legitimation für Sterbehilfe ausreichen würden, fasst die Autorin zusammen.<sup>14</sup>

Weil auch immer älter werdende Menschen, die nicht krank seien, Ärzte um Sterbehilfe bitten würden, habe die Sterbeorganisation „EXIT Deutsche Schweiz“ 2014 begonnen, ihre Satzung zu ändern, berichtet Bozzaro. Denn das Ziel sei, auch diesen Personen Hilfe beim Suizid leisten zu können, verweist Bozzaro auf EXIT Deutsche Schweiz.<sup>15</sup>

---

<sup>9</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 132) auf: Dees M, Vernooij-Dassen M, Dekkers W et al. Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: An integrative review. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 339–352, und: Tol van D, Tietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy* 2010; 97: 166–172. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

<sup>10</sup> BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 132. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 132) auf: Buiting H, Gevers J, Rietjend J et al. Dutch criteria of due care for physician-assisted dying in medical practice: a physician perspective. *J Med Ethics* 2008; 34: e 12. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>11</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 132) auf: Hertogh C. Unbearable suffering and advanced dementia: The moral problems of advance directives for euthanasia. In: Youngner S, Kimsma G (Hrsg.): *Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. Cambridge, 2014; 215–228. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>12</sup> Vgl. BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 132.

<sup>13</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 133) auf: Weyers, H. The Legalization of Euthanasia in the Netherlands: Revolutionary Normality. In: Youngner S, Kimsma G (Hrsg.): *Physician-Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. Cambridge, 2014; 34–68. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

<sup>14</sup> Vgl. BOZZARO, C.: „Ärztlich assistierter Suizid“, S. 132.

<sup>15</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 133) auf: EXIT Deutsche Schweiz: [www.EXIT.ch/startseite](http://www.EXIT.ch/startseite). Letzter Zugriff 18.12.2014. Quellennachweis wie im Text angegeben übernommen.

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

Aber auch in der Palliativmedizin sei seit Jahren der Trend erkennbar, den breit gefächerten Begriff des Leidens auf psycho-existenzielle, soziale und spirituelle Indikatoren zu erweitern. Es sei jedoch äußerst schwierig, die intersubjektive Vermittelbarkeit des subjektiven Leidens darzustellen. Das Gefühl von Sinnlosigkeit, Abhängigkeit, Angst vor Kontrollverlust, Einsamkeit usw. beschreibe die Literatur als psycho-existenzielle Leiderlebnisse.<sup>16</sup>

„Empirische Studien aus den Niederlanden zeigten, dass Ärzte das physische Leiden relativ ähnlich beurteilten – in der Beurteilung psycho-existenzieller Leiderfahrung gab es große Unterschiede[.]“<sup>17</sup>

Darüber hinaus herrsche im palliativmedizinischen Diskurs international Uneinigkeit über das konkrete Verständnis des Leidensbegriffs, aber auch in einschlägigen Leitlinien und Empfehlungen fehle die Einigkeit, berichtet Bozzaro.<sup>18</sup>

## Autonomie und Würde

Laut dem Medizinethiker Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.<sup>19</sup> würden sich in der Praxis spezielle ethische Fragestellungen hinsichtlich des Unterschiedes zwischen ärztlich assistiertem Suizid und aktiver Sterbehilfe berühren. Bei der aktiven Sterbehilfe trage der Arzt die Verantwortung für die Tötung, beim assistierten Suizid treffe der Patient selbst die Entscheidung für sein Handeln. Überspitzt könne man sagen, dass der Patient beim ärztlich assistierten Suizid die alleinige Verantwortung zu tragen habe. Somit würde der Auftrag des Sterbewilligen als unparteiische Dienstleistung zu sehen sein. Da der Suizidassistent jedoch die erforderlichen Medikamente besorge, wäre diesem nach Ansicht Maios ergo eine Mitverantwortung am Suizid zuzuschreiben. Denn erst durch die Beschaffung der Medikamente sei die assistierte Selbsttötung überhaupt erst durchführbar. Wenn der Arzt den Suizid assistiere, mache er sich unweigerlich die Motive des Suizidwilligen zu eigen, heiße sie somit nicht nur gut, sondern bestätige oder bestärke ihn

---

<sup>16</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 133) auf: Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L et al. Continuous palliative sedation: Not only a response to physical suffering. *J Palliative Med* 2014; 17: 27–36; Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Management* 2004; 129: 701–704; Schuman-Oliver Z, Brendel D, Forstein M. The use of palliative sedation for existential distress: A psychiatric perspective. *Harvard Rev Psychiat* 2008; 16: 339–351, und: Claessens P, Menten J, Schotsmans P. Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Management* 2008; 36: 310–333. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

<sup>17</sup> Indirektes Zitat; Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 133) auf: Tol van D, Rietjens J, van der Heide A. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy* 2010; 97: 166–172, und: Tol van D, Rietjens J, van der Heide A. Empathy and the application of the unbearable ‚suffering‘ criterion in Dutch euthanasia practice. *Health Policy* 2012; 105: 296–302. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

<sup>18</sup> Vgl. Bozzaro verweist an dieser Stelle (S. 133) auf: CEJA Report der American Medical Association (2008) Sedation to Unconsciousness in End-of-Life Care. [http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/ceja\\_5a08.pdf](http://www.ama-assn.org/resources/doc/ethics/x-pub/ceja_5a08.pdf), und: Cherny NI, Radbruch L, The Board of EAPC. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Med* 2009; 23: 581–593. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

<sup>19</sup> Vgl. MAIO, GIOVANNI: *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Schattauer, 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage 2012.

auch indirekt in seiner Entscheidung. Durch diese „Gesinnungsgemeinschaft“ bestehe die Gefahr, dass dem Suizidwilligen bei etwaigen Bedenken die Zweifel zerstreut würden, weil eine neutrale Ansprechperson fehle. Durch diese Symbiose entstehe somit unweigerlich eine Mitverantwortung für das weitere Tun des Patienten. Daraus werde ersichtlich, dass eine unparteiische Dienstleistung nicht mehr gegeben sein könne, so Maio.<sup>20</sup>

Eine zentrale ethische Forderung im Umgang mit dem Thema könne aus gesellschaftlicher Sicht in der Überlegung liegen, wie die Entstehung solcher Entschlüsse verhindert werden könne, befindet Maio. Es mache nachdenklich, wenn unterschiedliche Studien belegen würden, dass eine Hauptmotivation der Sterbewilligen in der Sorge begründet liege, anderen zur Last zu fallen.<sup>21</sup>

„Hier stellt sich die drängende Frage, ob die Institutionalisierung der Beihilfe zum Suizid tatsächlich eine adäquate 'Therapie' für Menschen in defizitären Lebensumständen sein kann. Die andere drängende Frage lautet, wie man eine Bevormundung von Menschen verhindern kann, die für sich bilanziert haben, dass sie nicht mehr weiterleben wollen. Hier kann der Wunsch zur Hilfe umschlagen in einen Paternalismus. Diese Gratwanderung zu meistern ist die zentrale ethische Herausforderung.“<sup>22</sup>

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe, Philosoph und Präsident der Nationalen Ethikkommission NEK Tübingen, führt in seiner Erörterung an, dass das Prinzip der unveräußerlichen Menschenwürde auch im Hinblick auf Leid, Krankheit und Erniedrigung ein unverlierbares Recht darstelle. Er verweist in seinem Schreiben darauf, dass in der Schweiz immer mehr Menschen mit psychischen Krankheiten die organisierte Suizidbeihilfe in Anspruch nehmen würden bzw. dass Suizidbeihilfeorganisationen eine rezeptfreie Abgabe des verwendeten Barbiturats „Natrium-Pentobarbital“ verlangen und überdies fordern würden, in staatlich subventionierten Altersheimen tätig sein zu dürfen. Ebenso bedenklich sei, dass vor Durchführung des assistierten Suizids nur wenige Begegnungen zwischen dem Sterbewilligen und dem Sterbehelfer stattfinden würden, so der Autor. Der Druck auf chronisch Kranke und Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung werde stark steigen, wenn ein niederschwellig liberaler Zugang zum assistierten Suizid geschaffen werde, argumentiert Höffe. Er gibt zu bedenken, dass die

---

<sup>20</sup> Vgl. MAIO, GIOVANNI: *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*, Stuttgart: Schattauer, 1. korrigierter Nachdruck der 1. Auflage 2012, S. 346ff.

<sup>21</sup> Vgl. EBD. Maio verweist an dieser Stelle (S. 348) auf Tolle, Susan W.: Characteristics and proportion of dying Oregonians who personally consider physician-assisted suicide. *Journal of Clinical Ethics* 2004; 15: 345–350, und: Zimmermann-Acklin, Markus: Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 2009; 55: 221–233. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

<sup>22</sup> MAIO, G.: *Mittelpunkt Mensch*, S. 348.

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Assistierter Suizid / Aktive Sterbehilfe – Irrweg oder Ausweg?“

Seite 6 von 10

vermeintliche Selbstbestimmung durchaus wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und nicht zuletzt zwischenmenschlichen Zwängen unterliegen könne.<sup>23</sup>

Die Palliativmediziner Dr. Dietmar Weixler, MSc und Prof. Dr. med. Friedemann Nauck machen des Weiteren darauf aufmerksam, dass Ärzten eine uneingeschränkte Vormachtstellung eingeräumt werden würde, die sie einerseits dazu befähigen würde, dem geäußerten Todeswunsch eines Patienten nachzukommen, andererseits sogar dazu, über „nicht lebenswertes“ [oder „lebensunwertes“?], weil scheinbar „unerträgliches“ Leben zu urteilen [z. B. im Fall von Schwer(st)behinderten, Anm.]; eine subjektive Beurteilung von außen, die methodisch kaum bewiesen werden kann – denn wie lässt sich Leid messen? Als weiteres Argument führen Weixler und Nauck an, dass die liberale Handhabung in den Niederlanden und Belgien zu einer „Ausweitung“ und letztlich „Ausuferung“ der Tötung auf Verlangen geführt habe.<sup>24</sup> „Eine Gesellschaft sollte sich reiflich überlegen, ob sie ihre Ärzte mit diesen Privilegien und dieser Macht ausstatten will[.] [D]ie Österreichische Ärztekammer will einstimmig darauf verzichten[.]“<sup>25</sup>

Viele Menschen befürworten mittlerweile die Sterbehilfe, weil sie nicht nur selbstbestimmt über ihr Leben, sondern auch über ihr Sterben entscheiden können wollen. Die Vorstellung, auch in Leidsituationen Lebensfreude und Hoffnung empfinden zu können, fällt offensichtlich schwer. Als Gesellschaft sollten wir jedenfalls nicht aus den Augen verlieren, dass Kranke durch die Entscheidungen Gesunder unter Druck geraten können. Daher ist es umso wichtiger, das Thema differenziert und tiefgreifend zu betrachten, damit auch in Zukunft jene geschützt werden, die sich in einer schwierigen Situation befinden und dabei mehr denn je auf ihr soziales Umfeld angewiesen sind.

## Terminologie und Definitionen

Um die einzelnen Termini richtig deuten zu können, werden diese nachfolgend kurz erörtert.

Beim Begriff „Tötung auf Verlangen“ sei vorweg auf die unzureichende begriffliche Korrektheit hingewiesen, da in den Niederlanden auch schwerstbehinderte Menschen ohne deren Verlangen getötet werden.

Der Deutsche Ethikrat hat wegen möglicher begrifflicher Missinterpretationen folgende Änderungsvorschläge gemacht:

---

<sup>23</sup> Vgl. HÖFFE, OTFRIED: „Ist Suizidhilfe moralisch vertretbar? Eine schwierige Güterabwägung“, in: WEHRLI, HANS/SUTTER, BERNHARD/KAUFMANN, PETER (HG.): *Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra*, Zürich: Orell Füssli <sup>2</sup>2015, S. 24 und S. 26.

<sup>24</sup> Vgl. WEIXLER, DIETMAR/NAUCK, FRIEDEMANN: „Hilfe beim Sterben. Keine Hilfe zum Sterben“, in: NÖ PATIENTEN- UND PFLEGEANWALTSCHAFT PPA (HG.): *Laut gedacht. Wegweiser zur Umsetzung der Patientenrechte*, Dezember 2015, [https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliativ\\_Care/Hilfe\\_beim\\_SterSte\\_keine\\_Hilfe\\_zum\\_Sterben\\_Weixler\\_Nauck\\_Rubrik\\_Palliativ\\_Care.pdf](https://www.patientenanwalt.com/download/Expertenletter/Palliativ_Care/Hilfe_beim_SterSte_keine_Hilfe_zum_Sterben_Weixler_Nauck_Rubrik_Palliativ_Care.pdf) (Zugriff am 31.8.2018), S. 6f.

<sup>25</sup> A. A. O., S. 6.

<b>„Alte Terminologie</b>	<b>Vorschlag Nationaler Ethikrat</b>	<b>Definition</b>
Passive Sterbehilfe	Sterben zulassen	Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender Maßnahmen.
Indirekte Sterbehilfe	Therapie am Lebensende	Mögliche Beschleunigung des Todesesintrittes als unbeabsichtigte Nebenwirkung der medikamentösen Symptomlinderung. Im Vordergrund steht die Intention respektive Indikation der genutzten Maßnahmen: Handlungsleitend ist grundsätzlich der Bedarf an Symptomlinderung und nicht eine Beschleunigung des Sterbens.
Beihilfe zum Suizid [ärztlich assistierter Suizid]	Beihilfe zur Selbsttötung	Einem Menschen, der sich selbst tötet, Beihilfe leisten. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben; sie kann zum Beispiel darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im [sic!] Ausland zu fahren, Medikamente zu verordnen oder zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen.
Aktive Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen	Tötung auf Verlangen liegt vor, wenn jemand durch das ‚ausdrückliche und ernstliche Verlangen‘ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt.“ <sup>26</sup>

<sup>26</sup> OSTGATHE, CHRISTOPH: „Ärztlich assistierter Suizid – Reflexionen eines Palliativmediziners“, in: WELSH ET AL. (HG.): *Autonomie und Menschenrechte am Lebensende. Grundlagen, Erfahrungen, Reflexionen aus der Praxis*, Bielefeld: transcript 2017, S. 185–202, hier S. 187. Ostgathe verweist an dieser Stelle (S. 187) auf: Nationaler Ethikrat (2006): *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende*, Berlin: Nationaler Ethikrat, Online: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/selbstbestimmung-fuersorge-am-lebensende.pdf> [29.6.2016], und: Nauck, Friedemann/Ostgathe, Christoph/Radbruch, Lukas (2014): „Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 111, 3 (2014), A-67 / B-61 / C-57. Quellennachweise wie im Text angegeben übernommen.

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschröll, MSc**

## Über die Autorin:

**DGKP Gabriele PACHSCHWÖLL, MSc**

Stationsleiterin Palliativteam UK Krems

- 1989: Allgemeines Diplom an der Krankenpflegeschule des allgemeinen öffentlichen Krankenhauses Krems
- 1989–1995: Interne Medizin mit Herzüberwachung, LK Lilienfeld
- 1995–2003: Interne Medizin 6A, LK Krems
- 2002: Ausbildung „Basale Stimulation“
- Seit 2003: Palliativteam LK Krems – Gründungsmitglied des Mobilen Palliativteams Krems
- 2004: Interdisziplinärer Basislehrgang Palliative Care, LV Hospiz NÖ
- 2005–2006: Interdisziplinärer Aufbaulehrgang Palliative Care, LV Hospiz NÖ
- 2006: Aufbau der Palliativeinheit LK Krems, interimistische Leitung bis 2008
- Seit 2008: Pflegerische Leitung Palliativteam UK Krems
- Seit 2010: Stellvertretende Obfrau des „Förderverein Palliative Care UK Krems“, Gründungsmitglied
- 2011: Weiterbildung „Basales und mittleres Pflegemanagement“ an der GuKPS St. Pölten
- 2017–2018: Universitätslehrgang Palliative Care an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg
- Mitautorin von 2 Büchern:
  - FÖRDERVEREIN PALLIATIVE CARE LK KREMS (HG.): *Palliative Care. Praktisches Handbuch für Pflegefachkräfte und pflegende Angehörige*, Horn: Berger 2011.
  - KRAINZ, CHRISTIANE/PACHSCHWÖLL, GABRIELE (HG. V. NÖ GESUNDHEITS- UND SOZIALFONDS): *Praxiskonzept für Palliativpflege. Grundlagen für einen individualisierten Pflegeprozess*, Wien: Facultas 2015.
- Verheiratet, 3 Kinder

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Assistierter Suizid / Aktive Sterbehilfe – Irrweg oder Ausweg?“

Seite 9 von 10

## **Impressum**

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf [www.patientenanwalt.com](http://www.patientenanwalt.com) zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegetanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 13

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: [post.ppa@noel.gv.at](mailto:post.ppa@noel.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

**Autorin: DGKP Gabriele Pachschwöll, MSc**

© Mai 2019 · NÖ PPA · Laut gedacht · „Assistierter Suizid / Aktive Sterbehilfe – Irrweg oder Ausweg?“

Seite 10 von 10