

FÜRSORGE ZUR AUTONOMIE

**Ein Best-Practice-Leitfaden
für Suizidassistenz**

Edition 2026

Impressum

Autor:innen: Christina Kaneider, Peter Gowin, Gianluca Crepaldi

Redaktion: Heidemarie Hurlt

Grafikdesign: Farbenreich GmbH, Hall in Tirol

Schriftenreihe der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL)

www.oeghl.at | office@oeghl.at

Wien 2026

Inhalt

KURZFASSUNG	4
1. AUSGANGSPUNKT	6
2. ZIELSETZUNGEN	8
3. BEST-PRACTICE-LEITFADEN FÜRSORGE ZUR AUTONOMIE.....	9
3.1. DER LEITFADEN IM ÜBERBLICK.....	9
3.2. RECHTLICHER RAHMEN	10
3.3. MEDIZINETHISCHE GRUNDLAGEN	11
3.4. DIE UMSETZUNG DES LEITFADENS IN ZEHN SCHRITTEN	13
3.5. QUALITÄTSSICHERUNG	15
3.6. PROFESSIONALISIERUNG DURCH QUALIFIKATION	17
3.7. KOORDINATION VON SUIZIDASSISTENZ UND PALLIATIVE CARE.....	18
3.8. INTERNATIONALE ANWENDBARKEIT	19
3.9. ÜBERBLICK.....	20
4. FAZIT	21
ANHANG: TERMINOLOGIE UND ABKÜRZUNGEN	22
ANHANG: QUELLENANGABEN	24

Kurzfassung

Vier Jahre nach Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) zeigt sich in der praktischen Umsetzung des Assistierten Suizids in Österreich eine Diskrepanz zwischen rechtlicher Möglichkeit und struktureller Realität. Das Gesetz regelt die formalen Voraussetzungen zur Errichtung einer Sterbeverfügung, enthält jedoch kaum Vorgaben zu konkreten Formen der Hilfestellung und Begleitung von Patient:innen, Qualitätssicherung der Suizidassistenz oder zur institutionellen Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In der Folge ist eine heterogene Praxis der Suizidassistenz entstanden, in der Zugang und Betreuungskontinuität stark vom Wohnort, von institutionellen Haltungen oder vom Engagement Einzelner abhängen.

Der vorliegende Leitfaden **Fürsorge zur Autonomie (FzA)** wurde aus Erfahrungen der Praxis der letzten Jahre entwickelt, um diese strukturelle Lücke zu schließen und einen österreichweiten Referenzrahmen für eine professionell verantwortete, qualitätsgesicherte Praxis der Suizidassistenz zu etablieren. Es begreift das StVfG als juristischen Mindestrahmen, der durch klar definierte Prozesse und professionelle Standards in eine tragfähige Versorgungsstruktur überführt werden muss.

Medizinethisch verbindet der Leitfaden die Prinzipien der Fürsorge und den Respekt vor Autonomie. Fürsorge fungiert dabei nicht als paternalistisches Gegenprinzip, sondern als Bedingung autonomer Entscheidung. Palliative Symptombehandlung, psychosoziale Stabilisierung und ergebnisoffene Beratung schaffen jene Voraussetzungen, unter denen eine informierte Willensbildung möglich wird.

Zentrales konzeptionelles Element ist das Prinzip der *Patient Agency*. Autonomie wird nicht bloß formal, sondern als konkret erlebte *Handlungsmacht* und *Selbstwirksamkeit* verstanden. Der strukturierte Klärungsprozess – einschließlich der Möglichkeit, eine Sterbeverfügung zu errichten – kann für viele Patient:innen eine Wiederherstellung dieser *Agency* bedeuten, unabhängig von einer späteren Umsetzung. Fürsorge dient somit ausdrücklich der Herstellung von Handlungsmacht am Lebensende.

Ein wichtiger Bestandteil ist zudem die klare Differenzierung zwischen psychopathologisch bedingter Suizidalität und einem konsistenten Sterbewunsch im Kontext schwerer, unheilbarer Erkrankung. Während suizidale Krisen präventive, psychiatrische und therapeutische Interventionen erfordern, sind Sterbewünsche im palliativen Setting nicht als krankheitswertige Störungen, sondern als eigenständiges klinisches Phänomen zu betrachten. Letztere bedürfen ebenso einer qualifizierten, aber ergebnisoffenen Begleitung.

Die praktische Umsetzung des Leitfadens *Fürsorge zur Autonomie* wird als strukturierter, multiprofessioneller Prozess beschrieben, der sich in zehn Schritte gliedert:

1. Erstkontakt und Indikationsklärung
2. Palliative Stabilisierung
3. Willensbildungsprozess
4. Prüfung der Entscheidungsfähigkeit und Abgrenzung zu akuter Suizidalität
5. Formalrechtliche Umsetzung
6. Planungsphase
7. Umsetzung (I): Der Tag der Einnahme des Präparats
8. Umsetzung (II): Die Einnahme des Präparats
9. Nachsorge
10. Dokumentation und Teamreflexion

Diese Schritte sind nicht als schematisches Abarbeiten formaler Punkte zu verstehen, sondern als interpersoneller Reflexions- und Entscheidungsprozess mit jederzeitiger Revisionsmöglichkeit.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung bilden ein weiteres Kernelement und umfassen klar definierte Zuständigkeiten, das Vier-Augen-Prinzip, strukturierte Dokumentation, Supervision sowie spezifische Weiterbildungsformate. Suizidassistenz wird damit als eigenständige professionelle Tätigkeit mit interdisziplinärem Kompetenzprofil ausgewiesen.

Fürsorge zur Autonomie ist als fortlaufend weiterzuentwickelnder Referenzrahmen konzipiert; eine regelmäßige Fortschreibung soll praktische Erfahrungen sowie internationale und wissenschaftliche Entwicklungen systematisch integrieren.

1. Ausgangspunkt

Vier Jahre nach Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) am 1.1.2022 zeigen sich in der praktischen Umsetzung des Assistierte Suizids in Österreich vielfältige Problemstellungen, die nach einer Klärung verlangen, welche nicht durch formaljuristische Regulierung allein gewährleistet werden kann.

Bis heute **fehlen Konzepte für eine strukturierte und koordinierte Begleitung von schwerkranken Patient:innen mit dem Wunsch nach einer Sterbeverfügung**; dabei handelt es sich häufig um eine marginalisierte Gruppe von Menschen, die oftmals aus den Versorgungsketten herausfallen. Viele dieser Patient:innen stoßen anhaltend auf diskriminierende Barrieren und unklare Zuständigkeiten. Das betrifft sowohl den Zugang zu validen Informationen als auch das formale Prozedere zur Errichtung der Sterbeverfügung. Bei vielen Ärzt:innen, beim Gesundheitspersonal und in vielen Einrichtungen gibt es noch weitreichende Unsicherheiten und Vorbehalte, zum Teil aufgrund fehlenden Wissens oder mangelnder Erfahrung. Eine fehlende Orientierung führt bei Ärzt:innen in der Praxis häufig zu einer Zurückhaltung, sich am Assistierte Suizid zu beteiligen, aber Ärztekammern werden aufgrund des standesethischen Konfliktpotentials keine Leitlinien für Suizidassistenten für die von ihnen vertretene Berufsgruppe bereitstellen (Birnbacher & Schaber 2026).

Auch in der Phase nach dem Erhalt einer Sterbeverfügung gibt es zahlreiche bis dato ungelöste Problembereiche, weshalb die Verlagerung des Assistierte Suizids auf den „privaten Rahmen“ (ErläutRV BgNR 1177/XX. GP, 6) sich als unzureichend und in manchen Belangen auch als gefährlich erwiesen hat. Ganz besonders schwierig gestalten sich Anfragen von Patient:innen um physische Hilfeleistung beim Assistierte Suizid in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens. Palliativstationen und Hospize erklären sich aus verschiedenen historischen, definitorischen und berufsethischen Gründen für den Bereich der Suizidhilfe explizit nicht zuständig (OPG & DHVÖ 2025).

Im Folgenden seien exemplarisch jene bislang **sichtbar gewordenen Problembereiche** benannt, die verdeutlichen, dass Suizidhilfe in Österreich einer Professionalisierung und Qualitätssicherung bedarf. Dazu zählen insbesondere die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit unmittelbar vor der Einnahme des Präparats, die Minimierung von Missbrauchsrisiken, ein gegebenenfalls zu legenden intravenöser Zugang, die fachgerechte Handhabung des Präparats, medizinisches Komplikationsmanagement und Krisenintervention, die Vernetzung mit Apotheken und dem Gesundheitswesen (z.B. Palliativstationen, Pflegeeinrichtungen, Beschauärzt:innen) sowie mit zuständigen Behörden (z.B. Polizei), insbesondere vor dem Hintergrund unterschiedlicher landesgesetzlicher Regelungen im Leichen- und Bestattungswesen, die kontinuierliche Aufklärung von Sterbewilligen und Angehörigen, psychosoziale Begleitung und Entlastung von Patient:innen und Angehörigen, Aufgaben im Bereich der sogenannten Spiritual Care, eine korrekte Dokumentation sowie die sichere Verwahrung nicht verwendeter Präparate. Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll zentrale Handlungsfelder sichtbar machen.

Mit ihrem **Positionspapier** hat die Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL 2025) Forderungen an die Bundesregierung sowie an die Gesundheitssprecher aller Parlamentsfraktionen vorgelegt, deren Umsetzung zu einer Verbesserung dieser problematischen Situation beitragen soll. Zeitgleich haben die Österreichische Palliativgesellschaft und der Dachverband Hospiz Österreich eine Stellungnahme veröffentlicht (OPG & DVHÖ 2025), in der ebenfalls Informationsdefizite und die fehlende Zuständigkeit für den Assistierte Suizid kritisiert werden.

Das Sterbeverfügungsgesetz bildet den juristischen Rahmen für den Ablauf eines Assistierte Suizids. §2 des StVfG regelt die Freiwilligkeit der Mitwirkung beim Suizid und stellt diese unmissverständlich sicher. Niemand, der nicht assistieren möchte, kann dazu verpflichtet werden. Die **Gewissensfreiheit** schützt das Individuum, sie darf jedoch nicht dazu missbraucht werden, dass systemisch zu bewältigende Aufgaben unzureichend geregelt

bleiben. Eine sachliche Diskussion über sinnvolle Kooperationsformen zwischen Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Hospiz- und Palliativeinrichtungen sowie dem niedergelassenen Bereich mit professionellen Anbietern von Suizidassistenten (gemeinnützige Sterbehilfevereine bzw. Non-Profit-Organisationen) wäre notwendig, wird aber oft durch ideologische Blockaden, rechtliche Unsicherheiten und Zuständigkeitsdebatten erschwert.

Die Konsequenz dieser bis heute nicht erfolgten Klärungsprozesse ist eine **schwer überschaubare Heterogenität in der Praxis der Suizidassistenten**. Daten des Berichtssystems ASCIRS der Österreichischen Palliativgesellschaft (www.ascirs.at) zeigen: Ein österreichischer "Fleckerlteppich" an ad hoc generierten Lösungen und unterschiedlichsten Verläufen ist entstanden, die nicht nur zwischen Bundesländern, sondern sogar zwischen Bezirken stark variieren können. Anfragen von Patient:innen werden häufig personengebunden und punktuell bearbeitet, die Begleitung erfolgt oft in halbprivaten Grauzonen durch einzelne engagierte Ärzt:innen oder anderes Gesundheitspersonal.

Für Betroffene hängen Zugang, Qualität und Betreuungskontinuität im Kontext des Assistierten Suizids stark vom Zufall des Wohnorts, von individuellen Kontakten und von der Haltung einzelner Einrichtungen und einzelner Personen ab. Es fehlen standardisierte Abläufe, ein gemeinsamer ethischer Bezugsrahmen und klare Modelle der Kooperation von Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Palliative Care Einrichtungen) und Anbietern von Suizidassistenten. Damit besteht eine strukturelle Lücke zwischen dem Grundrecht auf Selbstbestimmung am Lebensende, dem rechtlich eröffneten Handlungsspielraum durch das StVfG und einer fehlenden Koordination in der Begleitung des Assistierten Suizids.

2. Zielsetzungen

Die Fortschritte der biomedizinischen Wissenschaften haben ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einer "Medikalisierung des Lebensendes" geführt. In ihrer Stellungnahme *Sterben in Würde* hält die Bioethikkommission im Bundeskanzleramt (2015) vor diesem Hintergrund explizit fest, dass "auch bei schwerstkranken Patienten mit aussichtsloser Prognose der konkrete Zeitpunkt des Sterbens häufig die Folge einer aus medizinischer Begründung getroffenen Entscheidung am Lebensende [ist]" (S. 12). Eingriffe in einen so genannten "natürlichen" Sterbeprozess durch menschliche Entscheidungen sind demnach längst Normalität im Gesundheitssystem, lange bevor der Assistierte Suizid in Österreich legalisiert wurde.

Der vorliegende Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie* (FzA) versteht sich als **Weiterführung und Ergänzung von Leitgedanken, welche die Bioethikkommission** formuliert hat. Dazu zählen insbesondere die Betonung von Würde und Schutz schwerkranker Menschen, der Ausbau von Hospiz- und Palliativversorgung, die Stärkung von Selbstbestimmung und das Ziel, Menschen am Lebensende nicht allein zu lassen. Seit der Veröffentlichung dieser Stellungnahme haben sich durch das StVfG jedoch die Rahmenbedingungen maßgeblich verändert.

Aus heutiger Sicht sollte legale Suizidassistenz nicht als eine gegenüber anderen palliativen Maßnahmen a priori moralisch „schlechter“ zu bewertende Handlungsoption gelten, sondern als eine von mehreren gleichwertig zu prüfenden Möglichkeiten im Kontext kritischer Entscheidungen am Lebensende, die schwerkranke Menschen mit Unterstützung und Fürsorge qualifizierter Dritter selbstbestimmt treffen und umsetzen können. Der Wunsch nach einer Sterbeverfügung ist daher nicht als Ausnahmehandlung oder isolierte Initiative einzelner verzweifelter Personen zu marginalisieren, sondern als Handlungsoption im Rahmen einer breiten, interdisziplinären und patientenzentrierten End-of-Life-Care (EoLC) zu verstehen. Diese ist nicht auf den Assistierten Suizid zu reduzieren, sondern umfasst darüber hinaus Aspekte wie Pflege, Therapiezieländerung, Therapielimitierung, palliative Sedierung, freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Die im Kapitel 1 beschriebenen Problemstellungen verlangen nach einem strukturierten Ansatz und Qualitätsstandard für eine professionell verantwortete Umsetzung von Suizidassistenz im Rahmen des StVfG. Zielsetzung des vorliegenden Leitfadens *Fürsorge zur Autonomie* (FzA) ist die **Etablierung eines österreichweiten Best-Practice-Referenzrahmens für die Begleitung von Menschen mit Wunsch nach Assistiertem Suizid**. *Best Practice* wird in diesem Kontext als transparent begründete Standards für eine professionalisierte Praxis der Suizidhilfe verstanden, die sich aus internationalen Erfahrungen und den Erfahrungen in Österreich während der letzten vier Jahre als günstig für alle Beteiligten erwiesen haben und die sich unter den gegebenen rechtlichen und klinischen Bedingungen realistisch umsetzen lassen.

3. Best-Practice-Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie*

3.1. Der Leitfaden im Überblick

Der Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie* definiert:

- tragfähige ethische Grundlagen für Suizidassistenten,
- eine koordinierte Implementierung von Suizidassistenten als professionell begleiteter Prozess,
- die Kooperation mit Palliative Care und anderen relevanten Versorgungsstrukturen,
- Anforderungen an Qualitätssicherung (u. a. durch Weiterbildung, Dokumentation, Supervision),
- eine klare Differenzierung zu psychopathologisch bedingten suizidalen Krisen
- sowie ein Ausbildungskonzept für professionelle Suizidassistent:innen.

Fürsorge zur Autonomie adressiert alle Akteure des Sozial- und Gesundheitswesens, die an der EoLC beteiligt sind. Dazu zählen insbesondere Krankenanstalten, Hospize, Pflegeheime, mobile Pflegedienste, Patientenvertretungen der jeweiligen Bundesländer, niedergelassene Ärzt:innen, Ärztekammern und andere beteiligte Berufsgruppen im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege, soziale Arbeit, klinische Psychologie und Psychotherapie. Suizidhilfe erweist sich als eine komplexe Querschnittsmaterie, die einen interdisziplinären und multiprofessionellen Zugang erfordert.

Ein besonderer Fokus bei *Fürsorge zur Autonomie* liegt auf der Kooperation mit Palliative Care. *Fürsorge zur Autonomie* geht von einem arbeitsteiligen Ansatz aus: Palliative Care bleibt unverzichtbar für medizinische Symptombehandlung sowie mehrdimensionale Begleitung und für die Kontinuität der Betreuung verantwortlich, die entscheidend zur Linderung von krankheitsbedingten Leidenszuständen und der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen am Lebensende beiträgt. Die strukturierte Umsetzung des Assistierte Suizids nach dem StVfG soll durch qualifizierte Suizidassistent:innen und spezialisierte Organisationen mit entsprechender Expertise erfolgen. Diese sollen zwar institutionell getrennt von der Palliativversorgung aber nicht abgeschottet von dieser agieren, sondern in koordinierter Kooperation.

Die **Verknüpfung der Prinzipien *Fürsorge* und *Respekt vor Autonomie*** im Rahmen des Leitfadens umfasst alle professionellen Maßnahmen, die erforderlich sind, damit eine Person am Lebensende in der Lage ist, eine informierte und freie Entscheidung im Sinne des StVfG zu treffen und im gegebenen Fall diese Entscheidung auch mit Hilfe qualifizierter anderer umzusetzen.

Konkret umfasst diese Fürsorge:

- Die Linderung behandelbarer Symptome, die Entscheidungsprozesse beeinträchtigen könnten.
- Die Darstellung palliativer Betreuungsoptionen, ohne normative Wertung der Möglichkeit des Assistierte Suizids.
- Das Verstehen des subjektiven Leidens sowie der biografischen und höchstpersönlichen Bedeutung des Sterbewunsches.
- Die Analyse und Reduktion von Druckfaktoren, seien diese sozial, innerfamiliär oder emotional.
- Ausreichend Zeit, um die Stabilität und Konsistenz des Sterbewunsches zu prüfen.
- Professionelle Beziehungsgestaltung, die Sicherheit, Vertrauen und Handlungsfähigkeit ermöglicht.
- Die Sichtbarmachung von qualifizierten Angeboten zur Suizidassistenten und transparente Besprechung von Organisation und Ablauf eines Assistierte Suizids.

Fürsorge im Kontext des vorliegenden Leitfadens dient der Herstellung von *Agency* und damit letztlich all jenen Bedingungen, unter denen autonome Entscheidungen im Sinne des Gesetzes umsetzbar werden; professionelle Fürsorge ersetzt nicht Entscheidung, sondern sichert den reflexiven Entstehungsraum von Entscheidungen ab. Dies wird in Kapitel 3.3 über die medizinethischen Grundlagen des Leitfadens weiter ausgeführt.

Die folgende Abbildung illustriert diesen Zusammenhang der Prinzipien von Fürsorge und Respekt vor Autonomie über die Herstellung von *Agency*, mit Betonung auf Beziehung und Verstehen:

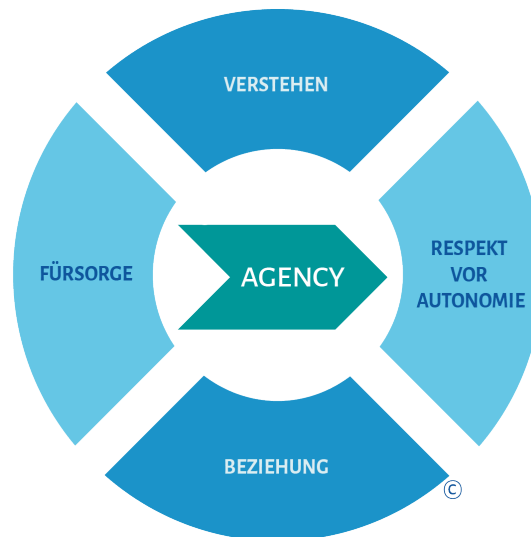


Abbildung 1: Verknüpfung der Prinzipien Fürsorge und Respekt vor Autonomie.

3.2. Rechtlicher Rahmen

Mit dem StVfG wurde in Österreich ein eigenständiger Rechtsrahmen geschaffen, der Voraussetzungen und formales Verfahren für die Inanspruchnahme von Assistiertem Suizid festlegt. Dies bedeutet einen erheblichen Vorteil gegenüber Nachbarländern, die noch keine entsprechende Regulierung aufweisen (z. B. Bundesrepublik Deutschland). Im Hinblick auf die Umsetzung der Sterbeverfügung – insbesondere die konkrete Gestaltung der Hilfestellung bei Einnahme des Präparats – enthält das StVfG keine Vorgaben. Gerade dort, wo es am sensiblen ist und sterbewillige Menschen am vulnerabelsten sind, bleibt die Ausgestaltung weitgehend einer nicht regulierten und sehr heterogenen Praxis überlassen.

Fürsorge zur Autonomie baut auf dieser rechtlichen Grundlage auf und **versteht das StVfG als Mindestrahmen**, der mit zusätzlichen klinischen, ethischen und psychosozialen Komponenten in eine qualitätsgesicherte Praxis zu übersetzen ist, die eine verlässliche Begleitung ohne Abbruch von Betreuungsbeziehungen ermöglicht. Dazu muss die praktische Umsetzung der Sterbeverfügung als professionell gestalteter, interpersoneller Prozess konzipiert werden. Damit wird verhindert, dass das Verfahren auf ein reines Abarbeiten von formalen Voraussetzungen reduziert wird (legaler Minimalismus), und stattdessen die Intention des Gesetzgebers – **Selbstbestimmung mit hohem Schutzstandard** – in der Versorgungspraxis eingelöst wird.

3.3. Medizinethische Grundlagen

Der Leitfaden orientiert sich an der international anerkannten und von breitem Konsens getragenen **Prinzipienethik** von Beauchamp und Childress (2019), in der *beneficence* (Fürsorge) und *respect for autonomy* (Respekt für Autonomie) leitende Prinzipien ärztlichen Handelns darstellen. In Debatten um Sterbehilfe werden Fürsorge und Autonomie oft gegeneinander aufgestellt bzw. scheinen sich diese sogar als antagonistische Prinzipien in der Kontroverse gegenüberzustehen. Ärztliche Fürsorge wird gemäß einer bestimmten Auslegung der Standesethik oft als unvereinbar mit der Hilfe bei der selbstbestimmten Lebensbeendigung betrachtet.

Im Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie* werden diese beiden zentralen Prinzipien nicht mehr als gegensätzliche Pole reflektiert. Nur durch professionelle Fürsorge (palliative Symptomlinderung, Aufklärung, ergebnisoffene Beratung, multiprofessionelle Betreuung) können Patient:innen überhaupt erst sinnvollen Gebrauch von rechtlich abgesicherter Autonomie machen. Vor diesem Hintergrund ist Fürsorge eine ermöglichende Bedingung von Autonomie, die mehr ist als die Auswahl verschiedener Handlungsoptionen. Ziel der professionellen Fürsorge ist die Ermöglichung **prozeduraler Autonomie** (Dworkin 2015), verstanden als die Fähigkeit, eigene Handlungsimpulse kritisch zu hinterfragen, einen Reflexionsprozess zu initiieren und Handlungsoptionen vor dem Hintergrund eigener Werte zu erwägen. Um dem Patienten dies zu ermöglichen, muss Respekt vor Autonomie in eine relationale Praxis eingebettet werden, in der sich Betreuende als reflektierende Interaktionspartner zur Verfügung stellen.

Für eine gelingende Umsetzung des Leitfadens ist eine ergebnisoffene Haltung in der Begleitung von Sterbewilligen unerlässlich. Die hier formulierten ethischen Leitprinzipien lassen sich in einer relationalen Praxis der Suizidhilfe am besten **durch verstehende, gesprächsbasierte und beziehungsorientierte Zugänge** realisieren, die der so genannten **hermeneutischen Ethik bzw. einer Ethik der Sorge** (Maio 2017) und **psychodynamischen Ansätzen** entlehnt werden (Kaneider & Crepaldi 2024), die Ungesagtes, nicht Artikuliertes und bislang Unverstandenes im Betreuungsprozess zugänglich machen können.

Das Handeln des Suizidhelfenden ist hierbei auf das *Verstehen des Patienten*, seine persönliche Situation und das Verstehen des Sterbewunsches ausgerichtet, der im Kontext spezifischer biographischer und familiärer Konstellationen des Patienten eine jeweils individuelle Bedeutung hat. Ziel ist einerseits, dass die sterbewillige Person ihre eigenen Motive besser verstehen und einordnen lernt, und andererseits, dass das betreuende Umfeld sowie Suizidassistent:innen den geäußerten Wunsch in sich stimmig und konsistent erleben und aus dem individuellen Kontext des Patienten heraus nachvollziehen können. Erst diese wechselseitige Plausibilisierung des Sterbewunsches ermöglicht es Angehörigen und Professionellen, den Respekt vor der Autonomie des Anderen entsprechend mitzutragen.

Autonomie am Lebensende wird häufig auf das Formale verkürzt. Für viele Patient:innen ist diese abstrakte legalistische Ebene jedoch wenig greifbar. Dringlicher ist der Wunsch von Sterbewilligen, ein Gefühl von **Handlungsmacht, -fähigkeit und Selbstwirksamkeit** in Bezug auf den eigenen Lebensvollzug und das eigene Sterben zu erhalten oder wiederherzustellen, d.h. das Gefühl, das eigene Leben und Sterben trotz aller Beeinträchtigungen durch Krankheit sinnvoll beeinflussen und steuern zu können. In der Medizinethik und -soziologie spricht man in diesem Zusammenhang vermehrt von **Patient Agency**, um diese konkrete lebensweltliche Dimension von Autonomie zu bezeichnen (Emirbayer & Mische 1998; Shim 2022). Die Praxis der letzten Jahre hat gezeigt: Für viele Patient:innen ist u.a. mit dem Errichten einer Sterbeverfügung eine Wiederherstellung ihrer *Agency* verbunden, die oft wesentlicher ist als die tatsächliche Umsetzung eines Assistierten Suizids. *Agency* ist ein elementarer Bestandteil von subjektiver Lebensqualität am Lebensende.

Ein weiteres integrales Element der ethischen Grundlagen von *Fürsorge zur Autonomie* ist **die wichtige Differenzierung zwischen psychopathologisch bedingter Suizidalität und Sterbewünschen im palliativen Setting**. Ein Sterbewunsch bei schwerer Erkrankung, der im Rahmen des StVfG Gegenstand eines formal geregelten Verfahrens ist, kann nicht mit suizidalen Krisen bei psychischen Erkrankungen gleichgesetzt werden. Beim konsistenten Sterbewunsch im Kontext schwerer unheilbarer Erkrankung handelt es sich um ein anderes klinisches Phänomen als bei suizidalen Syndromen.

Eine von vorneherein angelegte psychiatrische Rahmung im Bereich der Suizidassistenz ist ethisch nicht zu begründen und führt zu Pathologisierung von Sterbewünschen, Stigmatisierung von Patient:innen und erhöhten Zugangsschwellen bei der Umsetzung eines Assistierte Suizids. Es gilt daher eine konsequente begriffliche und ethische Differenzierung zwischen Suizidprävention und Suizidassistenz zu erhalten: Suizidprävention zielt auf die Abwendung eines in der Krise entstandenen, krankheitsbedingten und/oder impulsiven Suizidversuchs. Suizidassistenz hingegen bezieht sich auf wohlervogene und beständige Sterbewünsche im Rahmen einer terminalen oder unheilbaren Erkrankung mit dauerhaftem Leiden, sowie der Bereitschaft der sterbewilligen Person, das formale Prozedere der Erstellung einer Sterbeverfügung zu durchlaufen.

3.4. Die Umsetzung des Leitfadens in zehn Schritten

Fürsorge zur Autonomie beschreibt einen strukturierten Ablauf, der Patient:innen und Suizidassistent:innen sowie dem erweiterten Betreuungsumfeld Orientierung in der Praxis der Suizidhilfe bietet. Ein Erstkontakt im Sinne dieses Leitfadens kann sowohl direkt durch die sterbewillige Person oder Angehörige als auch indirekt über bestehende Palliativstrukturen, Hospize, niedergelassene Ärzt:innen oder andere Versorgungseinrichtungen erfolgen. Sterbewünsche, die im palliativen Setting geäußert werden, dürfen nicht negiert, bagatellisiert oder vorschnell pathologisiert werden. Bei anhaltender Willensbildung der sterbewilligen Person in Richtung eines Assistierte Suizids müssen Sterbewünsche über definierte Kooperationswege in einen Klärungs- und Begleitprozess überführt werden.

Dieser umfasst die folgenden zehn Schritte, die sich zeitlich überlappen können. Sie sind nicht als strikte Sequenz zu verstehen, die abgearbeitet wird. Abhängig von der Situation des Patienten und seinem Krankheitsverlauf können und/oder müssen einzelne Prozessschritte parallel umgesetzt werden.

3.4.1. Erstkontakt und Indikationsklärung

Im Erstkontakt erfolgt die strukturierte Aufnahme des Patientenanliegens sowie eine erste klinische und psychosoziale Einschätzung der Situation. Dazu zählen insbesondere die zugrunde liegende Erkrankung, der aktuelle Versorgungsstatus, der Lebenskontext sowie die Einordnung des geäußerten Sterbewunsches im Hinblick auf erste Motivlagen und Erwartungen. Ziel dieser Phase ist die Klärung, ob grundsätzlich Voraussetzungen für eine Begleitung im Rahmen des StVfG vorliegen, sowie die transparente Besprechung realistischer und gegebenenfalls nicht realisierbarer Erwartungen an einen Assistierte Suizid.

3.4.2. Palliative Stabilisierung

Ziel der palliativen Stabilisierung ist es, belastende Symptome nach den geltenden Standards der Palliativversorgung adäquat zu behandeln und eine angemessene medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung zu gewährleisten. Suizidassistent:innen bemühen sich, hierfür geeignete Versorgungsstrukturen – insbesondere im Bereich der Palliative Care – einzubinden und, sofern erforderlich, entsprechende Kontakte herzustellen und zu koordinieren. Patient:innen werden über bestehende Unterstützungsangebote informiert und in deren Inanspruchnahme begleitet. Ziel dieser Phase ist es, Bedingungen zu schaffen, unter denen Entscheidungsprozesse nicht primär aus akuter Not, unzureichender Versorgung oder Überforderung heraus entstehen, sondern auf einer möglichst stabilisierten körperlichen und psychosozialen Situation basieren.

3.4.3. Willensbildungsprozess

Wenn nötig erfolgen mehrere Gespräche zum vertieften Verstehen des Sterbewunsches, zur Abwägung von Alternativen sowie zur Einbindung von Angehörigen. Dabei stehen die individuelle Bedeutung des Sterbewunsches, Ambivalenzen und wichtige Beziehungskonstellationen des Patienten im Zentrum, ohne den Prozess in eine bestimmte Richtung zu lenken. Bei anhaltend konsistentem Sterbewunsch erfolgen hier Klärungen betreffend zeitlicher, personeller sowie räumlicher Rahmbedingungen einer möglichen Umsetzung des Assistierte Suizids. Fixer Bestandteil dieser Phase ist die "Exploration der Sterbeszene" mit dem Patienten: Kann der Patient gemeinsam mit dem Arzt in die Vorstellung seiner Sterbeszene einsteigen und diese in der Phantasie gemeinsam durchspielen? Wirken die spontanen Beschreibungen des Patienten hier logisch und emotional nachvollziehbar? Oder sperrt sich der Patient gegen eine derartige Exploration? Diese Fragen dienen weniger einer konkreten Planung, als der Prüfung der Festigkeit und Nachvollziehbarkeit des Sterbewunsches.

3.4.4. Prüfung der Entscheidungsfähigkeit und Abgrenzung zu akuter Suizidalität

Die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit sowie die Abgrenzung zu akuter Suizidalität erfolgen als laufender ärztlicher Prozess im Rahmen der Begleitung. Dabei wird die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person ebenso beurteilt wie die Konsistenz und Nachvollziehbarkeit des geäußerten Sterbewunsches. Bei Bedarf erfolgt die Hinzuziehung weiterer Fachdisziplinen (z. B. Psychiatrie, klinische Psychologie oder Psychotherapie), insbesondere wenn sich Hinweise auf eine mögliche Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit ergeben. Liegen Hinweise auf eine akute suizidale Krise oder eine psychopathologisch bedingte Einschränkung der Entscheidungsfähigkeit vor, steht die Einleitung entsprechender suizidpräventiver Maßnahmen im Vordergrund.

3.4.5. Formalrechtliche Umsetzung

Die formalrechtliche Umsetzung umfasst, sofern erforderlich, die Koordination der beiden gesetzlich vorgesehenen Aufklärungsgespräche sowie die Sicherstellung einer vollständigen und korrekten Dokumentation. Darüber hinaus beinhaltet sie die Einhaltung aller im Sterbeverfügungsgesetz festgelegten Schritte und Fristen zur Errichtung der Sterbeverfügung. Auch der formale Prozess ist nach den oben beschriebenen ethischen Leitprinzipien umzusetzen.

3.4.6. Planungsphase

Die Planungsphase beinhaltet die Informationsbeschaffung und Planung konkreter Schritte in Richtung auf den Assistierte Suizid, insbesondere Beratungs- und Planungsgespräche mit dem Patienten und, auf Wunsch, mit Angehörigen und/oder Vertrauenspersonen, Kontakte zu Ärzten, Notaren und anderen Organisationen und die Organisation des Präparates. Erforderlich ist dafür ein geschützter Raum für „letzte Fragen“ (begleitende Spiritual Care bis zuletzt). Parallel dazu wird die palliative Betreuung des Patienten bis zur tatsächlichen Lebensbeendigung weitergeführt („Nicht-verlassen“); dazu gehören insbesondere Schmerztherapien. Die Planungsphase sollte außerdem Schritte nach dem Assistierte Suizid beinhalten, wie Kontakt zu Behörden, Beschauärzten und Bestattern sowie die Entlastung von Angehörigen.

3.4.7. Umsetzung I: Der Tag der Einnahme des Präparats

Für den Tag der Umsetzung eines Assistierte Suizids muss ausreichend Zeit eingeplant werden. Der Patient wird von zwei fachlich qualifizierten Personen unter ärztlicher Gesamtverantwortung begleitet. Für die Durchführung des Assistierte Suizids ist die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit durch die anwesenden Suizidassistent:innen erforderlich. Der Patient wird nochmals darauf vorbereitet, im gegebenen Fall seinen letzten Willensakt selbst zu tätigen. Die hilfestellenden Personen haben dabei eine ergebnisoffene Haltung, die bis zum Schluss die Möglichkeit bereithält, vom eingeschlagenen Entscheidungspfad zurückzutreten und das Präparat (Sterbemittel) nicht einzunehmen.

Der Abbruch kann zu jedem Zeitpunkt sowohl von Seiten des Patienten als auch von Seiten der Suizidassistent:innen erfolgen, wenn diese eine nicht passende Situation für eine Umsetzung des Assistierte Suizids vorfinden (z.B. Übererregung des Patienten, emotionalisierende Dynamiken mit Angehörigen, Zweifel an Entscheidungsfähigkeit). Zur Minimierung von Missbrauchsrisiken wird empfohlen, das Sterbepräparat ausschließlich durch die verantwortlichen Suizidassistent:innen zum Termin bereitzustellen und im Falle einer Nichtverwendung wieder in gesicherte Verwahrung zu überführen sowie entsprechend den geltenden arzneimittelrechtlichen Vorgaben an die ausgebende Stelle zu retournieren.

3.4.8. Umsetzung II: Die Einnahme des Präparats

Sofern dies der gesundheitliche Zustand des Patienten erlaubt, wird im Rahmen der *Fürsorge zur Autonomie* eine orale Einnahme des Präparats (Natrium-Pentobarbital) bevorzugt, um einer nicht notwendigen Medikalisierung der Sterbesituation entgegenzuwirken. Je nach Einschätzung der fachlich qualifizierten Suizidassistent:innen kann ein Antiemetikum zur Vorbeugung gegen Übelkeit verabreicht werden. Bei entsprechender Indikation können fachlich qualifizierte Suizidassistent:innen einen intravenösen Zugang legen. Um die Entscheidungsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen, wird dringend empfohlen, dem Patienten kein Beruhigungsmittel (Benzodiazepine o.ä.) vor Einnahme des Sterbemittels anzubieten.

Die letzte zum Tode führende Handlung (Trinken des Präparats bzw. Aufdrehen der Rollklemme der Infusion) darf einzig und allein durch die sterbewillige Person selbst erfolgen.

3.4.9. Nachsorge

Die Nachsorge umfasst die strukturierte Nachbetreuung von Angehörigen und nahestehenden Personen, die beim Assistierten Suizid anwesend waren. Dabei ist insbesondere auf mögliche akute Belastungsreaktionen zu achten; bei Bedarf erfolgt eine entsprechende Krisenintervention. Darüber hinaus ist der Bedarf einer längerfristigen Nachsorge zu erheben und gegebenenfalls an geeignete Stellen (z. B. Psychiatrie, klinische Psychologie oder Psychotherapie) weiterzuvermitteln.

3.4.10. Dokumentation und Teamreflexion

In zeitlicher Nähe nach der Umsetzung eines Assistierten Suizids ist von den begleitenden Suizidassistent:innen die sorgfältige Dokumentation des Falles abzuschließen und in entsprechender datengeschützter Form und sicherer Umgebung elektronisch abzulegen. Die Dokumentation dient neben der rechtlichen Absicherung unter anderem auch einer strukturierten Auswertung und Reflexion der betreuten Fälle im Team. Die dabei gewonnenen Erfahrungen werden für kontinuierliche Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Leitfadens *Fürsorge zur Autonomie* genutzt.

3.5. Qualitätssicherung

Gute Suizidassistenten im Sinne des Leitfadens *Fürsorge zur Autonomie* setzt folgende Elemente voraus, welche die Qualität sichern können:

- **Prozesshaftigkeit**

Der Assistierte Suizid sollte als interpersoneller Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozess und nicht als isolierter autonomer Akt verstanden werden. Der Sterbewunsch ist in mehreren Gesprächen in seiner biografischen, emotionalen und relationalen Bedeutung zu explorieren (nicht nur als „Ja/Nein“-Entscheidung definiert).

- **Ergebnisoffenheit**

Für den Patienten muss zu jeder Zeit die Möglichkeit bestehen, den begonnenen Weg zu revidieren. Suizidassistent:innen müssen diese Haltung in allen Phasen aktiv zum Ausdruck bringen.

- **Anhaltendes Angebot von palliativer Versorgung und Nicht-Verlassen**

Belastende Symptome müssen nach geltenden medizinischen Standards (state of the art) behandelt werden; psychosoziale Unterstützung soll angeboten werden, um Überforderung und Druck zu

reduzieren. Der Patient darf auch bei Wunsch nach Assistiertem Suizid nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden.

- **Beziehungskontinuität**

Die Begleitung beim Assistierten Suizid soll durch möglichst konstante Ansprechpersonen erfolgen, die eine professionelle Beziehung mit dem Sterbewilligen gestalten. Die professionelle Beziehung dient dabei als Schutzraum der freien Willensbildung.

- **Laufende psychodynamische Reflexion und Supervision**

Maßnahmen zur Triangulierung der professionellen Beziehung von Suizidassistent:innen und Patient:innen sind umzusetzen. Die emotionalen Reaktionen der beteiligten Fachpersonen (z. B. Hilflosigkeit, Abwehr, Retterimpulse) müssen wahrgenommen und in strukturierten Fallbesprechungen, Interventionen und Supervisionen reflektiert werden, um unbewussten Druck, Mitagieren und Verstrickungen mit Patient:innen zu vermeiden.

- **Klare Zuständigkeits- und Vertretungsregelungen**

Individuelle Gewissensentscheidungen von Helfenden sind zu respektieren, ohne dass dadurch Versorgungslücken entstehen sollen. Für den Patienten muss sichergestellt sein, dass Zuständigkeiten klar sind und Ansprechpersonen und ggf. Vertretungen erreichbar sind.

- **Vier-Augen-Prinzip**

Bei der Umsetzung eines Assistierten Suizids sind zwei qualifizierte Personen als Suizidassistent:innen – idealerweise unter ärztlicher Gesamtverantwortung – anwesend. Dies verbessert die Betreuungsqualität, entlastet Angehörige, schützt vor Missbrauch und bietet größere Rechtssicherheit für Mitarbeitende in der Suizidhilfe.

- **Multiprofessionelle Begleitung sicherstellen**

Ein Assistierter Suizid benötigt in Vorbereitung und Durchführung eine Vielzahl von professionellen Hilfeleistungen, die von ärztlicher Expertise über pflegerische Betreuung hin zu sozialer Arbeit und juristischer Beurteilung reichen. Gute Suizidassistenten müssen sicherstellen, dass multiprofessionelle Expertise zur Verfügung steht, sollte diese in einem Betreuungsfall erforderlich sein.

- **Dokumentation und Transparenz**

Jeder Fall ist nachvollziehbar und umfassend zu dokumentieren (vom Erstkontakt bis zur Umsetzung des AS). Berechtigten Stellen kann jederzeit Auskunft über Abläufe erteilt werden.

- **Beteiligung an wissenschaftlicher Forschung und Rezeption wissenschaftlicher Erkenntnisse**

Anbieter:innen von Suizidassistenten sollten bereit sein, sich an wissenschaftlicher Forschung zu Suizidhilfe zu beteiligen bzw. daran aktiv mitzuwirken und wissenschaftliche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Suizidhilfe zu rezipieren.

3.6. Professionalisierung durch Qualifikation

Wenn von Qualitätssicherung die Rede ist, muss besonderes Augenmerk auf die fachliche Qualifikation von Suizidassistent:innen gelegt werden, die wohl als wichtigste Maßnahme der Qualitätssicherung gelten können. Im Rahmen des Leitfadens sind insbesondere Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe (Gesundheits- und Krankenpflege) für die Praxis der Suizidhilfe in Betracht gezogen worden. Darüber hinaus kommen weitere Berufsgruppen (z.B. Soziale Arbeit, Psychologie und Psychotherapie) in Frage.

Der in ethischer, medizinischer, rechtlicher und psychosozialer Hinsicht komplexe Bereich der Suizidhilfe ist eine interdisziplinäre Querschnittsmaterie, die zusätzlich zur Qualifikation aus dem Grundberuf mit entsprechenden Aus- und Weiterbildungsformaten zu bedenken ist, die an postsekundären Bildungsinstitutionen (Universitäten, Fachhochschulen etc.) in Form von akademischen Lehrgängen angeboten werden können. Im Rahmen von Fürsorge zur Autonomie wurden curriculare Mindestinhalte definiert, die für eine qualifizierte Praxis der Suizidassistentenz unerlässlich sind. Im Sinne der oben angeführten medizinethischen Grundlagen des Leitfadens wird ein besonderer Fokus auf die psychodynamische Selbstreflexion und die Gestaltung der Beziehung zu sterbwilligen Menschen gelegt.

Die Inhalte könnten im Rahmen folgender Module gelehrt werden:

Modul 1: Interdisziplinäre Grundlagen der Sterbebegleitung und Suizidassistentenz (10 ECTS)
• Grundlagen der Palliativmedizin und Palliative Care • Rechtliche Rahmbedingungen zum Assistierten Suizid nach StVfG 2022 • Ethische Fragen am Lebensende und Ethik der Suizidhilfe • Psychiatrische Grundlagen zu Suizidalität, Krisenintervention und Entscheidungsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen • Psychosoziale Aspekte des Sterbens, das Lebensende als eigenständige Lebensphase
Modul 2: Praxis der Suizidassistentenz (10 ECTS)
• Planung und Umsetzung von Suizidassistentenz in der Praxis • Professionelle Gestaltung und psychodynamische Reflexion der Beziehung zum sterbenden Menschen und seinen Angehörigen • Praktikum (in Einrichtungen der EoLC oder Suizidhilfe) • Unterstützung in der Gestaltung des Abschieds
Modul 3: Selbstreflexion und Fallarbeit (10 ECTS)
• Psychodynamische Selbsterfahrung für Suizidassistent:innen • Supervision des Praktikums • Schriftliche Fallarbeit und Abschlusskolloquium

Tabelle 1: Inhalte eines Weiterbildungs-Curriculums für Suizidassistentenz.

3.7. Koordination von Suizidassistentz und Palliative Care

Fürsorge zur Autonomie will als Referenzrahmen zu einer langfristigen Standardisierung der Suizidassistentz in Österreich beitragen. Dazu müssen Zuständigkeitslücken geschlossen und rechtliche Mindestvorgaben mit der klinischen Realität verbunden werden. Sterbewünsche werden häufig im Kontext von Palliative Care geäußert. In der aktuellen Versorgungssituation ist jedoch davon auszugehen, dass **Palliative Care-Strukturen keine koordinierte Suizidassistentz anbieten** und auch nicht organisatorisch mittragen werden.

Die Österreichische Palliativgesellschaft hält in aktuellen Leitlinien zum Umgang mit Sterbewünschen explizit fest, dass „eine Integration der Suizidassistentz in die Palliative Care in Österreich aus heutiger Sicht nicht vorstellbar [ist]. Überschneidungen ergeben sich naturgemäß aber schon dadurch, dass es in der Palliative Care und beim Wunsch nach Suizid-Beihilfe oft um dieselben Patient*innen geht. Im Interesse der Patient*innen ist daher eine gewisse Kooperation, zumindest aber eine enge Abstimmung mit den Anbietenden von Suizidassistentz erforderlich“ (OPG 2022, S. 20).

Im Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie* wird folglich von einem **kooperativ-arbeitsteiligen Vorgehen** ausgegangen: Palliativteams bleiben für Symptomlinderung, mehrdimensionale Begleitung und Betreuung verantwortlich, während spezialisierte Organisationen mit Expertise in Suizidassistentz (z.B. ÖGHL) die strukturierte Umsetzung und Koordination des Assistenten Suizids übernehmen können. Voraussetzung ist eine transparente, im günstigsten Fall schriftlich geregelte Kooperationsvereinbarung, in der Zuständigkeiten, Informationswege und Verantwortlichkeiten definiert sind.

Für die Implementierung sind insbesondere erforderlich: die Entwicklung von Leitlinien und Vereinbarungen innerhalb der EoLC-Institutionen und Schnittstellenmodelle zwischen Einrichtungen, klar definierte Prozesse und Dokumentationsstandards, Fort- und Weiterbildungsangebote für beteiligte Berufsgruppen sowie regelmäßige Qualitäts- und Ergebnisüberprüfung. Langfristig zielt der Leitfadendarauf ab, dass Suizidassistentz dort, wo sie rechtlich vorgesehen ist, weder zufälligem Engagement Einzelner noch ungesicherten privaten Lösungen überlassen bleibt, sondern in einer professionellen, transparenten und verantwortlichen Versorgungsstruktur integriert ist.

Palliative Care trägt maßgeblich zu jenen Voraussetzungen bei, die notwendig sind, damit Menschen am Lebensende eine selbstbestimmte Entscheidung im Rahmen des StVfG treffen können: Symptommanagement, psychosoziale Unterstützung, Beziehung, Zeit und Stabilisierung. Suizidassistentz wird in diesem Zusammenhang als zusätzliche Handlungsoption der EoLC verstanden, nicht als Gegensatz zu einer palliativen Betreuung. Viele etablierte palliative Maßnahmen am Lebensende sind nicht kurativ oder restaurativ, sondern wert- und willenssensitiv, etwa Therapiebegrenzung, Deaktivierung von lebenserhaltenden Maßnahmen, palliative Sedierung oder freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Sie gestalten den Sterbeprozess unter medizinischer Begleitung, orientiert an Leiden und subjektiven Werten des Patienten. Palliative Care und Suizidassistentz haben historisch betrachtet gemeinsame Entwicklungslinien und – was die konkrete Arbeit mit Patient:innen betrifft – teilweise überlappende Betreuungsverläufe (Downar 2023). Vor diesem Hintergrund ist kaum begründbar, warum Suizidassistentz – als eine Option unter mehreren – grundsätzlich aus einem strukturierten Verantwortungsbereich ausgeschlossen werden sollte.

Die folgende Abbildung illustriert die Verbindung von Palliative Care und Suizidassistentz:

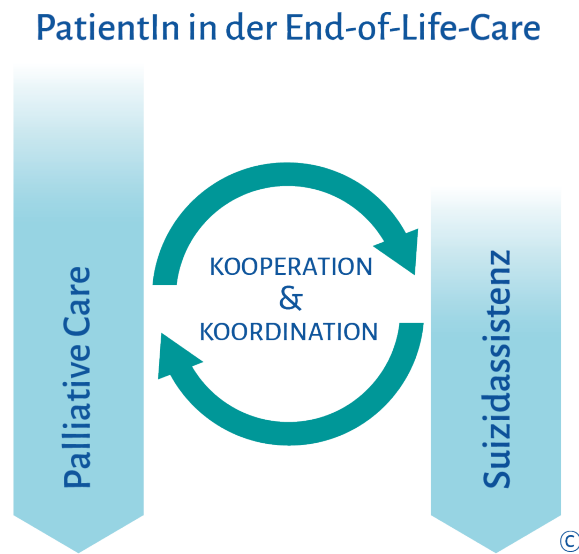


Abbildung 2: Verbindung von Palliative Care und Suizidassistentz durch Kooperation und Koordination.

3.8. Internationale Anwendbarkeit

Die Mehrheit der Bevölkerung in westlichen Demokratien befürwortet legale Formen der Suizidhilfe (Grove et al. 2025). In einigen Ländern (z.B. Österreich, Schweiz, Kanada, Belgien, Niederlande) gibt es entsprechende Gesetze. **Leitlinien für eine gute Praxis der Suizidassistentz sind international jedoch kaum zu finden**, obwohl auf diese Lücke in der Fachliteratur mehrfach hingewiesen wurde (LiPuma & DeMarco 2016; Campbell & Cox 2010).

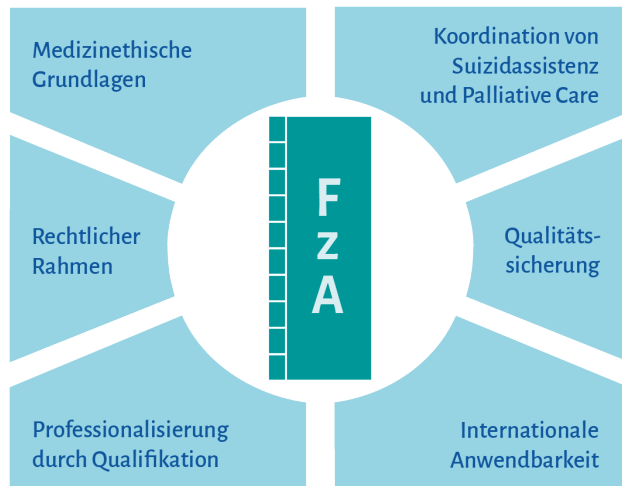
Die in Kapitel 1 beschriebenen Problemstellungen einer Diskrepanz zwischen rechtlichem Handlungsspielraum und fehlender strukturierter Umsetzung von Suizidassistentz führen in vielen demokratischen Ländern zu Versorgungslücken und diskriminierenden Situationen für betroffene Patient:innen. Dies gilt etwa auch für Länder wie Kanada, in denen Suizidhilfe (dort als *Medical Assistance in Dying*, MAiD bezeichnet) bereits seit einem Jahrzehnt legal ist und wo im Gegensatz zu Österreich staatliche Daten über die Inanspruchnahme des Assistenten Suizids erhoben werden. In der Bundesrepublik Deutschland fehlt bis heute ein dem StVfG analoges Gesetz, das die Situation rechtssicher regelt, was entsprechend weite Spielräume, aber auch vielfältige Probleme als Konsequenz hat (Birnbacher & Schaber 2026). Die Schweiz hat seit langem einen rechtlichen Rahmen und etablierte gemeinnützige Sterbehilfevereine. Deren Leitlinien sind stark an der Autonomie orientiert und beziehen den Aspekt der Fürsorge traditionell etwas weniger in ihr Konzept mit ein.

Die strukturellen und ethischen Kernelemente des Leitfadens *Fürsorge zur Autonomie* sind relativ **unabhängig vom konkreten nationalen Rechtsrahmen** formuliert. Der Leitfaden ist damit grundsätzlich auf andere Rechtsordnungen übertragbar, in denen Suizidhilfe oder vergleichbare Handlungsoptionen geregelt sind. Anpassungen würden vor allem die gesetzlichen Detailvoraussetzungen und Verfahrensabläufe betreffen, nicht jedoch die Verknüpfung der Kernbereiche von Fürsorge, Respekt vor der Autonomie und professioneller Beziehung im Prozess einer selbstbestimmten Lebensbeendigung.

3.9. Überblick

Die folgende Abbildung illustriert den Best-Practice-Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie*: auf der linken Seite die berücksichtigten Aspekte, auf der rechten Seite die zehn Schritte der Umsetzung des Leitfadens für Suizidassistenz:

FÜRSORGE ZUR AUTONOMIE (FzA)



1.	Erstkontakt und Indikationsklärung
2.	Palliative Stabilisierung
3.	Willensbildungsprozess
4.	Prüfung der Entscheidungsfähigkeit und Abgrenzung zu akuter Suizidalität
5.	Formalrechtliche Umsetzung
6.	Planungsphase
7.	Umsetzung I: Tag der Einnahme des Präparats
8.	Umsetzung II: Die Einnahme des Präparats
9.	Nachsorge
10.	Dokumentation und Teamreflexion

©

Abbildung 3: Der Best-Practice-Leitfaden Fürsorge zur Autonomie: links die berücksichtigten Aspekte, rechts die zehn Schritte der Umsetzung des Leitfadens für Suizidassistenz.

4. Fazit

In der gegenwärtigen Versorgungsstruktur in Österreich gibt es keine Leitlinien für die strukturierte Begleitung von Menschen mit Wunsch nach Assistiertem Suizid. Der Leitfaden *Fürsorge zur Autonomie* reagiert auf diesen Bedarf an Koordination und praktischer Orientierung für eine durch das österreichische Sterbeverfügungsgesetz eröffnete Handlungsoption.

Fürsorge zur Autonomie formuliert ethische Leitprinzipien und konkrete Prozessschritte für die professionelle Umsetzung des Assistierten Suizids in der Praxis. Darüber hinaus werden grundlegende Elemente der Qualitätssicherung für gute Suizidassistenten benannt und eine Einordnung in den internationalen Kontext wird vorgenommen.

Fürsorge zur Autonomie versteht sich explizit nicht in Abgrenzung zu, sondern in Kooperation mit Palliative Care und in konsequenter Weiterführung der Empfehlungen der Bioethikkommission für die Gestaltung des Lebensendes, die allerdings noch vor der gesetzlichen Änderung formuliert wurden.

Fürsorge zur Autonomie ist in ständiger Weiterentwicklung begriffen, um neuen Erkenntnissen, gesetzlichen Novellierungen und fachlichen Diskussionen in der End-Of-Life-Care Rechnung zu tragen. Es ist vorgesehen, den Leitfaden in regelmäßigen jährlichen Ausgaben fortzuschreiben und zu publizieren. Auf diese Weise sollen praktische Erfahrungen aus Österreich sowie internationale Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse kontinuierlich integriert werden, um einen möglichst aktuellen und belastbaren Referenzrahmen für eine qualitätsgesicherte Praxis der Suizidassistenten zu gewährleisten. Die vorliegende Ausgabe 2026 bildet den Ausgangspunkt dieser fortlaufenden Reihe.

Anhang: Terminologie und Abkürzungen

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien hier häufig verwendete Begriffe definiert:

Terminus	Abkürzung	Bedeutung
Akute Suizidalität, suizidale Krise, suizidale Syndrome		Suizidalität bzw. suizidale Syndrome sind durch psychische Erkrankung und/oder Krisen bedingte Einengungen des Erlebens und Verhaltens, die behandlungsbedürftig sind und suizidpräventive psychiatrische, klinisch-psychologische und/oder psychotherapeutische Interventionen erfordern.
Assistierter Suizid	AS	Terminus technicus des österreichischen Sterbeverfügungsgesetzes, der eine legale Form der Begleitung und Hilfeleistung bei der willentlichen Lebensbeendigung bezeichnet.
End-of-Life-Care	EoLC	Multiprofessionelle Versorgung in der Phase, in der eine Person voraussichtlich innerhalb der nächsten 12 Monate sterben wird
Fürsorge zur Autonomie	FzA	Name eines Best-Practice-Leitfadens und Qualitätsstandards für Ausgestaltung einer guten Praxis der Suizidhilfe, die sich an medizinethischen Leitprinzipien der Fürsorge und des Respekts vor Autonomie orientiert.
Inkonsistenter Sterbewunsch		Schwer nachzuvollziehender, irritierender, hochgradig ambivalenter oder wenig reflektierter Wunsch eines Patienten zu sterben.
Konsistenter Sterbewunsch		Für andere nachvollziehbarer, beständiger und wohlwogener Wille eines Patienten, zu sterben.
Medical Assistance in Dying	MAiD	In Kanada, USA und der internationalen medizinethischen Fachliteratur verwendete Terminus für verschiedene Maßnahmen der professionellen, ärztlichen Begleitung bei willentlicher Lebensbeendigung im Kontext von schwerer Erkrankung.
Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende	ÖGHL	Gemeinnütziger Verein, Interessensvertretung und Expertenorganisation im Bereich legaler Suizidhilfe in Österreich. www.oeghl.at
Palliative Care		Ein multiprofessioneller Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient:innen und ihren Angehörigen bei Problemen im Zusammenhang mit lebensbedrohlicher Erkrankung – durch Prävention/Linderung von Leiden, frühe Identifikation, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen.
Sterbehilfe		In der Bevölkerung und außerfachlichen Kreisen geläufige, unpräzise Bezeichnung für verschiedene Unterstützungsmaßnahmen bei der Beendigung des eigenen Lebens.
Sterbeverfügungsgesetz	StVfG	Seit 2022 gültiger rechtlicher Rahmen für den Assistierten Suizid in Österreich.

Sterbewunsch		Der geäußerte Wunsch einer Person zu sterben.
Suizidassistenz		Professionalisierte Form hilfestellender und koordinierender Tätigkeiten bei der willentlichen Beendigung des Lebens vor dem Hintergrund des österreichischen Sterbeverfügungsgesetzes.
Suizidhilfe		In der deutschsprachigen Fachliteratur geläufiger Sammelbegriff, um verschiedene legale Hilfestellungen bei einer selbstbestimmten Lebensbeendigung zu bezeichnen.

Tabelle 2: Begriffsdefinitionen und Abkürzungen.

Geschlechtsneutralität

In diesem Dokument wurde, wo immer möglich, eine geschlechtsneutrale Form gewählt. Um die Lesbarkeit und Einheitlichkeit zu verbessern, wurde in den manchen Fällen die traditionelle, generische Maskulinform gewählt oder auf typographische Gender-Zeichen verzichtet. Dort, wo dies erfolgt ist, verbirgt sich keinesfalls eine Benachteiligung eines Geschlechts; stets werden alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

Anhang: Quellenangaben

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Bioethikkommission. (2015). *Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen* (Stellungnahme der Bioethikkommission). Bundeskanzleramt Österreich. Verfügbar unter (Stand: 7.2.2026): https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf
- Birnbacher, D., & Schaber, P. (2026). Ethical counseling on assisted suicide in German and Swiss right-to-die organizations: Challenges and perspectives. *Bioethics*, 1–7. <https://doi.org/10.1111/bioe.70092>
- Campbell, C. S., & Cox, J. C. (2010). Hospice and physician-assisted death: Collaboration, compliance, and complicity. *Hastings Center Report*, 40(5), 26–35.
- Downar, J., MacDonald, S., & Buchman, S. (2023). Medical assistance in dying and palliative care: Shared trajectories. *Journal of Palliative Medicine*, 26(7), 896–899.
- Dworkin, G. (2015). The nature of autonomy. *Nordic Journal of Studies in Educational Policy*, 2015(2), Article 28479.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962–1023.
- Grove, G. L., et al. (2025). Voluntary-assisted dying, euthanasia and physician-assisted suicide: Global perspectives—Systematic review. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 15(4), 423–435.
- Kaneider, C., & Crepaldi, G. (2024). Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 25, 127–133.
- LiPuma, S. H., & DeMarco, J. P. (2016). Palliative care and patient autonomy: Moving beyond prohibitions against hastening death. *Health Services Insights*, 9, 37–42.
- Maio, G. (2017). *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin*. Schattauer.
- OPG. (2022). *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid* (Langfassung; Living document, Stand 25.1.2022).
- OPG & DVHÖ (2025). *Sterbeverfügung und assistierter Suizid: Erfahrungen, Klarstellungen und Forderungen* (Gemeinsame Stellungnahme der Österreichischen Palliativgesellschaft und des Dachverbands Hospize Österreich). Verfügbar unter (Stand 7.2.2026): https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2025/10/2025_10_22-Gemeinsame-Stellungnahme-OPG_HOE-FINAL.pdf
- ÖGHL (2025). *Vorschläge zur Novellierung und zur praktischen Umsetzung des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG). Ein Positionspapier aus Sicht der Praxis*. Österreichische Gesellschaft für ein Humanes Lebensende. Verfügbar unter (Stand: 7.2.2026): https://www.oeghl.at/_files/ugd/dod639_aac6f3aa85b74a43a6efa02b2bf41c92.pdf
- Shim, J. M. (2022). Patient agency: Manifestations of individual agency among people with health problems. *SAGE Open*, 12(1), DOI: 21582440221085010.

