



## Punkte sammeln auf ...

### pains.at

So machen Sie mit:

Das DFP-E-Learning ist Teil des Diplom-Fortbildungs-Programms (DFP) der Österreichischen Ärztekammer und ermöglicht qualitätsgesicherte Fortbildung durch das Studium von Fachartikeln nach den Richtlinien des DFPs.

Teilnahmemöglichkeiten:

#### DFP Punkte Online, per Post, Fax oder E-Mail

Der Multiple-Choice-Fragebogen des DFP kann bis zum jeweils angegebenen Datum eingereicht werden:

- Online: Für eingeloggte User steht der Beitrag und der Fragebogen auf unserer Website unter <http://www.pains.at/> zur Verfügung.
- per Post: Prinz-Eugen-Straße 8-10, 1040 Wien
- per Fax: +43 1 330 24 26
- per E-Mail (eingescannter Test) an: [monica.friedmann@springer.at](mailto:monica.friedmann@springer.at)

#### Approbation

Diese Fortbildungseinheit wird mit 2 DFP Punkten approbiert. Die Fortbildungspunkte werden rasch und unkompliziert mit Ihrer ÖÄK-Nummer elektronisch verbucht.

#### Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH  
Springer Medizin  
Monica Friedmann, BA  
E-Mail: [monica.friedmann@springer.at](mailto:monica.friedmann@springer.at)  
[pains.at](http://pains.at)



# DFP-Fortbildung

Barbara Friesenecker<sup>1</sup> · Sonja Fruhwald<sup>2</sup> · Christian Roden<sup>3</sup> · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

<sup>2</sup> Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

<sup>3</sup> Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

## Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

#### Fortbildungsanbieter

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

#### Lecture Board

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Werner-Felmayer, Institut für Biologische Chemie, Medizinische Universität Innsbruck

Dr. Elisabeth Medicus, Palliativmedizinerin, ehem. Ärztliche Direktorin der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft

## Infobox 1

**Co-Autor:innen: Mitglieder der ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)**

Helga Dier, St. Pölten; Günther Frank, Wien; Roman Gottardi, Lahr/Deutschland; Walter Hasibeder, Zams, Christoph Hörmann, St. Pölten; Marie-Luise Hoffman, Baden/Wien; Claus-Georg Krenn, Wien; Andrea Lenhart-Orator, Wien; Rudolf Likar, Klagenfurt; Thomas Pernerstorfer, Linz; Bettina Pfausler, Innsbruck; Julia Sieber, Vöcklabruck; Astrid Steinwendtner-Kolator, Salzburg; Rainer Thell, Wien; Andreas Valentin, Wien; Jürgen Wallner, Wien; Günther Weber, Graz; Dietmar Weixler, Horn; Michael Zink, St. Veit ad Glan/Klagenfurt und Alois Birklbauer, Strafrechtswissenschaften, JKU Linz.

## Infobox 2

**Acknowledgements**

Großer Dank für die besonders kritische Überarbeitung gilt Alois Birklbauer, Sonja Fruhwald, Andrea Lenhart-Orator, Christian Roden, Astrid Steinwendtner-Kolator, Andreas Valentin, Jürgen Wallner und Dietmar Weixler (in alphabetischer Reihenfolge).

Am 01.01.2022 trat das neue **Sterbeverfügungsgesetz (StVfG)** in Österreich in Kraft. Nach einem Erkenntnis des österreichischen Verfassungsgerichtshofs wird aus dem Recht auf freie Selbstbestimmung auch das „Recht auf ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Sterben“ abgeleitet. Entscheidungsfähige, volljährige Personen (18 Jahre), die österreichische Staatsangehörige sind oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und sich zu einem assistierten Suizid (AS) entschließen, können auf die straffreie Unterstützung (Beihilfe) Dritter zählen.

Der Gesetzgeber hat sich bemüht, Missbrauch vorzubeugen, und stellt auch die Ärzteschaft für die Beihilfe zum AS straffrei. Weiterhin strafbar bleiben die **Verleitung zum Suizid** und die **Tötung auf Verlangen**. Im Unterschied zum AS wird bei der Tötung auf Verlangen die letzte zum Tode führende Maßnahme/Handlung nicht durch die sterbewillige Person (SwP) selbst, sondern durch eine andere (= dritte) Person durchgeführt. Grundsätzlich ist jegliche Beihilfe zum AS, egal durch wen und in welcher Form, freiwillig. Es darf weder der helfenden Person noch einer Person, die die Beihilfe verweigert, ein Nachteil entstehen. Die aufklärenden und dokumentierenden Ärzt:innen dürfen nicht ident mit den hilfeleistenden Personen sein. Voraussetzung für die gesetzeskonforme Durchführung eines AS sind zwei ärztliche Aufklärungen im Sinne des StVfG sowie die Errichtung einer Sterbeverfügung (SV), um das Präparat beziehen zu können.

Für die Errichtung einer SV muss die SwP an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden. Der Leidenszustand darf nicht anders abwendbar sein und muss von einer:m der beiden aufklärenden Ärzt:innen bestätigt werden. Die SV ist höchstpersönlich und wird nach rechtlicher Aufklärung vor einer:m Notar:in oder Patientenanwalt:in errichtet. Der entsprechende Gesetzestext ist im StVfG [1, 2] und in der Präparateverordnung [3] nachzulesen. Zitiert werden auch Inhalte aus dem Leitfaden für die Praxis des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz [4]. In einem Kommentar von Halmich sind die wesentlichen Punkte rund um die neue Gesetzgebung zum AS nachzulesen [5].

Mitarbeiter:innen von Gesundheitseinrichtungen aller Art sollten sich bestmöglich mit dem Thema des AS auseinandersetzen, um ihre persönliche Einstellung dazu zu finden. Weiters sollen sie die neue Gesetzeslage kennen und respektieren – unabhängig davon, ob sie bereit wären, Beihilfe zum AS zu leisten oder nicht. Sie sollten in ihrem Arbeitsbereich, unabhängig von ihrer persönlichen Einstellung, mit dem Thema AS neutral umgehen, sich professionell verhalten und adäquat reagieren, wenn sie mit der Situation eines AS konfrontiert sind. Medical Professionals sollten unabhängig von ihrer persönlichen Meinung nicht bewerten, sondern sachlich bleiben und sich verständnisvoll verhalten.

Im Folgenden einige Gedanken, wie Krankeneinrichtungen und deren Mitarbeiter:innen mit diesem sensiblen Thema bestmöglich umgehen könnten. Damit sollen das durchaus hohe Konfliktpotenzial und die Scheu, mit diesem Thema konfrontiert zu sein und dann nicht zu wissen, was man tun darf und sollte, reduziert werden.

Die Träger medizinischer Einrichtungen sollten daher ihre Mitarbeiter:innen ausführlich über die Inhalte des neuen Gesetzes und den gewünschten Umgang im Haus aufklären und diese Überlegungen in Form einer schriftlichen Standard Operation Procedure (SOP) festhalten.

Jede Gesundheitseinrichtung sollte sich überlegen, ob Mitarbeiter:innen medizinische Aufklärung im Sinne des StVfG im Haus durchführen dürfen. Dazu gehört auch die Beantwortung der Frage, ob Mitarbeiter:innen über etwaige rechtliche Rahmenbedingungen, Nebenwirkungen oder medizinische Komplikationen im Zusammenhang mit einem AS aufklären oder ob sie Patient:innen, die dieses Thema ansprechen, an entsprechende Fachexpert:innen (Hausärzt:innen, Palliativmediziner:innen, Psychiater:innen usw.) verweisen sollen. Dabei ist zu bedenken, dass eine Institution eigentlich nicht dienstrechtlich untersagen kann, dass Mitarbeiter:innen sachlich über eine legale Maßnahme aufklären, auch wenn die Durchführung der Maßnahme selbst abgelehnt wird – ein Verbot der Aufklärung wäre ein Eingriff in die ärztliche Pflicht, Informationen für legale Maßnahmen zur Verfügung zu stellen. Die Ärztekammer gibt eine Liste mit Adressen und Telefonnummern von Ärzt:innen, die eine Aufklärung im Sinne des StVfG durchführen, an anfragende, niedergelassene Hausärzt:innen, in Wien auch direkt an Patient:innen weiter. Bei der Ärztekammer Salzburg gibt es eine Liste zum Download.

Mitarbeiter:innen von medizinischen Einrichtungen dürfen einerseits **entscheidungsfähige** Menschen nicht aktiv vom AS abhalten (Verletzung des Selbstbestimmungsrechts), andererseits dürfen sie aber auch nicht aktiv auf die Möglichkeit des AS hinweisen und dadurch den Suizidwunsch wecken (Straftatbestand der Verleitung zum Selbstmord). Fachliche und emotionale Unterstützung für Mitarbeiter:innen sollte in Form von geschulten Ärzt:innen, Psycholog:innen/Therapeut:innen, Supervisor:innen, Jurist:innen (Patient:innen-, und Pflegeombudsschaft) aktiv angeboten werden. Die private Meinung und Haltung von Mitarbeiter:innen zum Thema AS kann sich von der „Hausmeinung“ unterscheiden, aus der sich aber dienstrechtliche Verpflichtungen ableiten, die von Mitarbeiter:innen einzuhalten sind.

## Aktivitäten der Fachgesellschaften

In einem Gemeinschaftsprojekt des Springer Verlags, der ARGE Ethik und der ARGE Palliativ der ÖGARI wurde im Mai 2022 ein Bericht mit dem Titel „Grauzonen machen mir Angst: Stimmen aus der Community“ veröffentlicht. Darin werden Mitarbeiter:innen aus unterschiedlichen Teilbereichen der Anästhesie/Palliativmedizin und aus verschiedenen Häusern in Österreich über ihren Wissensstand und einen evtl. gewünschten Unterstützungsbedarf im Umgang mit dem Thema AS anlässlich der neuen Gesetzgebung befragt – und auch danach, wie sehr das Thema ihre tägliche klinische Arbeit belastet [6].

Die Arge Ethik der ÖGARI hat außerdem im Frühjahr 2022 eine Umfrage unter Anästhesist:innen, Intensiv- und Palliativmediziner:innen Österreichs zum Wissensstand und Problembewusstsein rund um das Thema AS gemacht und erste Ergebnisse am Jahreskongress der ÖGARI im September 2022 in Bregenz vorgestellt. Eine Publikation ist in Bearbeitung.

Von der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) wurde die Plattform „ASCIRS“ („assisted suicide critical incident reporting system“; [www.ascirs.at](http://www.ascirs.at)) errichtet, die als Berichts- und Lernsystem dazu beitragen soll, „mehr über die Praxis der Suizidbeihilfe in Österreich zu erfahren und aus den Beobachtungen und Erfahrungen der Beteiligten zu lernen. Die mitgeteilten Erfahrungen können zur Entwicklung unterstützender Leitlinien und damit vielleicht auch zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Darüber hinaus könnten die eingereichten Berichte in Zukunft vielleicht Erkenntnisse und (anonymisierte) Daten für Forschung zum assistierten Suizid bieten“ [7]. Die aktive Einreichung von Erfahrungsberichten rund um das Thema AS durch Mitarbeiter:innen unseres Gesundheitssystems wäre sehr wichtig, um in Zukunft mehr Sicherheit im Umgang mit dem für uns alle neuen Thema zu bekommen.

Ein Bericht aus Tirol über einen vollzogenen AS im Frühjahr 2022 wurde im ASCIRS gemeldet und auch in den ANÄSTHESIE NACHRICHTEN publiziert [8].

Mitglieder der OPG befassen sich in einem aktuellen Buch mit Hintergründen, Spannungsfeldern und Entwicklungen rund um den AS im Rahmen der neuen Gesetzgebung in Österreich [9].

## Information und Aufklärung im Rahmen einer SV

Information, Aufklärung, Feststellung der Entscheidungsfähigkeit stellen aus rechtlicher Sicht **keine** Beihilfe zum AS dar. Die schriftliche Dokumentation der Aufklärungsgespräche im Rahmen der Errichtung einer SV inklusive Information über Präparat/Dosierung muss der SwP ausgefolgt werden.

Vor der Errichtung einer SV muss sich die SwP im Sinne einer Suizidprävention von zwei Ärzt:innen – eine:r davon mit einer Qualifikation in Palliativmedizin – beraten und aufklären lassen über die Alternativen zum AS wie Angebote der Palliativ-, Schmerzmedizin und psychotherapeutische Beratung. Eine:r der beiden aufklärenden Ärzt:innen muss den oben definierten gesetzlich notwendigen Erkrankungsstatus bescheinigen. Gleichzeitig müssen beide Ärzt:innen unabhängig voneinander die Entscheidungsfähigkeit der SwP zweifelsfrei feststellen: Der Entschluss muss frei und selbstbestimmt sein, insbesondere muss die Entscheidung der

SwP frei sein von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und ohne Beeinflussung durch Dritte getroffen werden. Die SwP muss sich über die Folgen und Konsequenzen ihres Entschlusses und Handelns im Klaren sein. Bei einem Hinweis auf eine krankheitswertige psychische Störung müssen die aufklärenden Ärzt:innen eine psychiatrische bzw. klinisch psychologische Abklärung und Beratung durch eine:n Fachärzt:in für Psychiatrie oder eine:n klinisch tätige:n Psycholog:in veranlassen.

Beihilfe zum AS bedeutet jegliche Form der **Hilfe in der Vorbereitung auf den AS** (z. B. Präparat aus der Apotheke holen, eine Magensonde legen, eine i.v.-Leitung legen und den Perfusor befüllen, den Kopf zum Trinken/Schlucken stützen etc.). Die SwP muss dann **selbst** die zum Tode führende Handlung ausführen (z. B. selbst das Präparat schlucken, selbst den Perfusor für die gelegte Magensonde/PEG-Sonde/i.v.-Leitung starten etc.). Beihilfe zum AS kann von jeder volljährigen und entscheidungsfähigen Person freiwillig geleistet werden, die einverstanden ist und von der SwP bestimmt wurde. Das kann auch ein:e Ärzt:in sein, allerdings nicht der:die aufklärende Ärzt:in. Die SwP kann eine oder mehrere hilfeleistende Personen in der SV benennen, die dann auch berechtigt sind, die Präparate aus der Apotheke abzuholen.

Informationen zur Suizidprävention findet man unter [www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt](http://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt), Psychotherapeut:innen findet man in der Psychotherapeutenliste <http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>, klinische Psycholog:innen sind in der Liste der Klinischen Psycholog:innen unter <http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at/> und Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sind in der Ärzteliste unter <https://www.aerzteliste-online.at/> nachlesbar.

## Präparat und Dosierung

Die Dosierung von 15 g Reinsubstanz Natrium-Pentobarbital ist lt. StVf-Präp-V für jede Einnahmeform bindend festgelegt. Die Verschreibung des Präparats im Rahmen der ärztlichen Aufklärung stellt aus rechtlicher Sicht **keine** Beihilfe dar.

Natrium-Pentobarbital ist das gesetzlich, im „off label use“ für die Durchführung eines AS in der SV vorzuschreibende Präparat und war bis 1994 in Österreich als Schlafmittel zugelassen. Natrium-Pentobarbital ist ein Pulver, das in Wasser aufgelöst werden muss. Es schmeckt sehr bitter und kann Übelkeit und Erbrechen hervorrufen. Zur besseren Verträglichkeit ist eine Begleitmedikation mit Metoclopramid in der SV vorzuschreiben. Laut Präparateverordnung sollten insgesamt 30 mg Metoclopramid i.v. oder p.o. verschrieben werden. Empfehlung für die Einnahme/Verabreichung sind 3 × 10 mg Metoclopramid, am besten beginnend 24 h (alle 8 h) vor der geplanten Einnahme des Natrium-Pentobarbital.

Die Ausstellung eines Rezepts für die Abgabe des Präparats und der Begleitmedikation ist nicht vorgesehen. Mit Verordnung vom 17.01.2022 hat das Bundesministerium 15 g Natrium-Pentobarbital (p.o. oder i.v.) als verlässlich letal angegeben [3].

## Fristen

Ab der ersten ärztlichen Aufklärung beginnt eine Wartezeit von 12 Wochen, um die Nachhaltigkeit des Sterbewunsches festzustel-

len. Bei einer klinisch „terminalen“ Situation (im StVfG definiert als das Stadium, in dem die Krankheit voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten zum Tod führen wird) kann die Frist auf zwei Wochen verkürzt werden. Mit der ärztlichen Gesprächsdokumentation kann die SwP eine:n Notar:in oder Patientenanwält:in aufsuchen, die:der eine rechtliche Beratung durchführen und die Entscheidungsfähigkeit auch aus rechtlicher Sicht feststellen muss. Die SV muss höchstpersönlich errichtet werden. Die rechtliche Beratung muss inhaltlich die rechtlichen Aspekte (z. B. zusätzlich notwendige Patient:innenverfügung – PV, in der eine Reanimation und andere lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden) und die strafrechtlichen Grenzen der Hilfeleistung umfassen. Nach Errichtung geht das Original der SV an die SwP, eine Abschrift der SV muss von ausstellendem:r Notar:in oder Patientenanwält:in an das Sterbeverfügungsregister gemeldet werden. Die SwP selbst oder eine andere in der SV benannte Hilfsperson kann dann *innerhalb eines Jahres* das Präparat von der Apotheke holen. Die abholende Person ist für die *gesicherte Verwahrung* des Präparates verantwortlich. **Die SV verliert nach einem Jahr ihre Wirksamkeit.**

### Verortung der Suizidhandlung

Der Gesetzgeber sieht von einer Institutionalisierung der Suizidassistenten in Form von staatlichen Einrichtungen oder „Suizidstationen“ ebenso ab wie von der Schaffung eines neuen Berufsbildes wie des:der professionellen Suizidassistent:in oder einer staatlich geförderten Suizidorganisation. Auch sollte die Betreuung suizidaler Personen nicht explizit der Ärzteschaft übertragen werden. Daher ist der primär vorgesehene Ort für die Durchführung eines AS lt. Gesetzgeber der „private Rahmen“, der im Gesetz nicht näher definiert ist.

### Umgang mit AS in Krankenhäusern

Grundsätzlich kann jede Institution – gleich wie jede Einzelperson – egal ob privat oder öffentlich, die geregelte Mitwirkung am AS verweigern. Die meisten öffentlichen Träger, Hospiz-, und Palliativgesellschaften lehnen bisher eine institutionalisierte Durchführung des AS in ihren Räumlichkeiten ab. Dennoch sollten öffentliche/private Krankenhäuser/Altersheime/Hospize/Palliativstationen und Pflegeeinrichtungen darauf vorbereitet sein, dass Menschen mit einer gültigen SV in ihren Bereichen einen selbstorganisierten AS durchführen – unter Umständen ohne jemanden aus dem Betreuer:innen-Team (Ärzt:innen/Pflegepersonen) darüber vorher zu informieren. Jedes Haus sollte daher seine Mitarbeiter:innen über den Umgang mit dem Thema AS im Haus schulen und im Rahmen einer SOP definieren, wie sich Mitarbeiter:innen im Falle eines AS/Suizidwunsches verhalten sollen: Ist z. B. Aufklärung/Errichtung einer SV entsprechend den Vorgaben durch das StVfG im Haus erlaubt oder nicht? Wie geht man mit einem geäußerten Suizidwunsch von Patient:in um? Was ist im Falle von Komplikationen bei der Durchführung eines AS zu tun (von Reanimation bis Comfort terminal Care – CTC, entsprechend den Umständen, die klar zu definieren sind)? Was ist zu tun, wenn Patient:in im Haus einen AS verübt oder wenn Patient:in mit einem komplikationsreichen Verlauf durch Notärzt:in ins Haus gebracht

wird und dann versorgt werden muss? Auch die fürsorgliche Betreuung der Angehörigen sollte aus menschlichen Gründen Teil der SOP sein.

Unabhängig von der Einstellung des jeweiligen Hauses zum Thema AS empfehlen wir, dass Mitarbeiter:innen, die zu einem vermutlich stattgefundenen AS gerufen werden, immer folgende Informationen einholen: Gibt es eine gültige SV? Gibt es dazu auch eine Patient:innenverfügung oder aktuelle Willensäußerung, in der eine kardiopulmonale Reanimation („cardiopulmonary resuscitation“, CPR) und/oder andere lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt werden?

Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des:der Betroffenen sind unter Beachtung des Patient:innenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen zulässig.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa durch ein beigezogenes Herzalarmteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche Patient:innenverfügung (PV) zu errichten und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit Wiedereinsetzen eines Spontankreislaufs („return of spontaneous circulation“, ROSC) erfolgt ist, muss das weitere Procedere ehe baldigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen soll ein:e juristische:r Berater:in hinzugezogen werden.

### Totenbeschau nach AS

Mit dem Ableben des:der Patient:in muss eine Todesfeststellung – im Krankenhaus durch die zuständigen Fachärzt:innen, in anderen Einrichtungen durch Amtsärzt:innen – durchgeführt und eine Meldung des:der Totenbeschauärzt:in ans Sterbeverfügungsregister geschickt werden, dass Patient:in verstorben ist.

### Umgang mit Komplikationen

Im Rahmen der Durchführung eines AS kommt es, wie vielfach in der Literatur – allerdings eher anekdotisch und mit unterschiedlichen Substanzen und in unterschiedlichen Dosierungen – berichtet, immer wieder durch Komplikationen zu belastenden Situationen, sowohl für die SwP als auch für die begleitenden Menschen.

In Ländern, in denen eine Tötung auf Verlangen erlaubt ist, wird bei verzögertem Sterbeprozess ab einem bestimmten Zeitpunkt von Nachinjektion einer zum Tode führenden Substanz(-mischung) berichtet. In Ländern, in denen Tötung auf Verlangen verboten ist – so auch in Österreich –, sollten die Krankenhäuser ihre Mit-

arbeiter:innen im Umgang mit einem verzögerten Todeseintritt und anderen Komplikationen beim AS theoretisch schulen: Wenn Patient:innen mit einem protrahierten Sterbeverlauf eine gültige SV und eine PV haben, die eine Reanimation ausschließt, ist die SwP im Sinne einer CTC mit dem Ziel guter Symptomkontrolle (Atemnot, Stress, Unruhe, Schmerzen) in ihrem Sterbeprozess auf der Normalstation zu begleiten.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa durch ein beigezogenes Notfallteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit ROSC erfolgt ist, muss das weitere Procedere ehe baldigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen sollen juristische Berater:innen hinzugezogen werden.

Die Betreuung der Angehörigen sollte als Aufgabe im Team wahrgenommen werden.

Generell wird beobachtet, dass sich nach zusätzlicher Straffreistellung der Tötung auf Verlangen das Gleichgewicht zwischen AS und Tötung auf Verlangen stark in Richtung Tötung auf Verlangen verschiebt. Wird ein AS durchgeführt, werden durchaus regelmäßig Komplikationen berichtet, die im Rahmen des Sterbeprozesses bei der Durchführung eines AS auftreten. In den Niederlanden traten in 7 % der Fälle Probleme beim AS auf. Zu den häufigsten Komplikationen zählen ein prolongierter Eintritt des Todes, Schwierigkeiten bei der Induktion des Komas, Wiedererwachen der Patient:innen nach Induktion des Komas und unerwünschte/belastende Komplikationen wie Spasmen, Myoklonien, Übelkeit und Erbrechen. Die Zeit nach Einnahme des Präparates bis zum Eintreten des Todes war sehr unterschiedlich (0,5 min bis 7 Tage), wobei sowohl das sehr schnelle Sterben als auch eine sehr lange Sterbezeit als besonders belastend empfunden wurde. In 18 % der Fälle entschieden Ärzt:innen in den Niederlanden, bei einem verzögertem Sterbeprozess eine Medikation nachzugeben, um den Tod herbeizuführen, was rechtlich einer in Österreich verbotenen Tötung auf Verlangen entspricht [10]. Auch Zworth und Kolleg:innen berichten vielfältige Komplikationen, unter anderem auch bei der intravenösen Administration des Präparats (Legen, Erhalt der Leitung), zu langsames oder gar nicht Sterben, zu schnelles Sterben, technische Probleme mit der großen Spritze, Schmerzen bei der Injektion, Notwendigkeit für ein „Backup kit“, sowie die Verabreichung „falscher“ Medikamente. Auch bei oraler Administration gab es Schwierigkeiten, wie die zu lange Dauer des Sterbeprozesses, Erbrechen (schlechter/bitterer Geschmack des Cocktails), Myoklonien, Schlaganfälle, und ebenfalls die Notwendigkeit für ein i.v.-Backup. Ein Problem bei der Verabreichung des tödlichen Präparat via Inhalation war eine schlechtsitzende Maske [11]. Ähnliche Pro-

bleme mit dem Todesfortschritt berichten auch Kolleg:innen rund um das Team von Christopher Harty aus Kanada in 16 % der Fälle [12]. Es wird von einer deutlich verlängerten Zeit bis zum Eintritt des Todes berichtet. Ursachen waren die Schwierigkeit, Koma zu induzieren, bzw. das Erwachen der Patient:innen aus dem Koma. Auch in Kanada ist die Tötung auf Verlangen erlaubt. Wenn der Tod nach Verabreichung oraler Medikation nicht innerhalb einer „akzeptablen Zeit“ eintrat (60–90 min), wird auch hier von einer Nachinjektion berichtet: Von 10 Fällen sind drei Patient:innen innerhalb von 60 min und zwei Patient:innen zwischen 60 und 90 min gestorben. Fünf SwP benötigten zusätzlich i.v.-Medikamente (hier Propofol/Rocuronium), wenn der Sterbeprozess länger als 90 min dauerte.

Aufgrund des relativ häufig berichteten verzögerten Sterbeprozesses machen sich die Autor:innen Gedanken, eine orale Verabreichung der tödlichen Substanz bei vorbestehender Übelkeit und Erbrechen oder gestörter Absorption im Darm (entzündliche Darm-erkrankungen, Dünndarmresektionen, Gastroparese), Schluckstörungen etc. zu vermeiden.

Da auch in Österreich die orale Verabreichung der primär vorgesehene Weg für die Durchführung eines AS ist, alle anderen Verabreichungsrouten aber durchaus erlaubt sind, sollten im vorbereitenden Aufklärungsgespräch die Modalitäten der oralen oder intravenösen Verabreichung ausführlich bedacht und besprochen werden.

### Wenn Notärzt:innen zum AS gerufen werden

Auch in den Notarztsystemen Österreichs wäre eine umfassende verpflichtende Schulung und Erarbeitung einer entsprechenden SOP zum Umgang mit dem Thema AS bei einem Notfalleinsatz sehr hilfreich, da auch dort mangels Praxis unter den Kolleg:innen große Unsicherheit besteht.

Gesetzliche Lage in Österreich: Patient:innen, die eine gültige SV errichtet haben, sollten im Rahmen der rechtlichen Aufklärung darauf hingewiesen worden sein, dass sie eine Reanimation im Falle einer eintretenden Komplikation am sichersten wirksam verhindern können, wenn sie gleichzeitig auch eine PV errichten, in der unter anderem eine Reanimation abgelehnt wird. Das Ärztegesetz § 48 besagt, dass Ärzt:innen im Falle drohender Lebensgefahr Erste Hilfe nicht verweigern dürfen. Das Ärztegesetz § 49 verpflichtet Ärzt:innen aber **nicht zwingend** zum „Heilen“ oder dazu, „Leben zu erhalten“, sondern fordert sie lediglich auf, „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“. „Zum Wohle der Kranken“ heißt auch ärztlich und pflegerisch am Lebensende „gut zu begleiten“ und ein „Sterben in Würde“ zuzulassen. Ärzt:innen sind demnach **nicht** verpflichtet, immer **alles** technisch Machbare zu tun, wenn dies nicht zum Nutzen/Wohle des:der Patient:in ist. Das heißt, Ärzt:innen dürfen durchaus auf eine Reanimation verzichten, wenn es keine Indikation und kein Therapieziel für Patient:innen gibt oder die Reanimation dem geäußerten bzw. mutmaßlichen Willen der Patient:innen widerspricht. Im § 49a ist u. a. festgehalten, dass Ärzt:innen „Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde“ beizustehen haben. Dies kann im Sinne des Wohltuns auch „nur“ die Durchführung einer CTC sein, wenn Patient:in z. B. eine Reanima-

tion abgelehnt hat oder diese aufgrund der Gesamtsituation nicht sinnvoll erscheint (keine Indikation, nicht vorhandenes Therapieziel). Es ist „*bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt*“. Dieser ergänzende Text entlastet die palliativmedizinische Situation insofern, als hier schriftlich festgehalten ist, dass bei Sterbenden eine schrittweise und gut dokumentierte Steigerung der Medikamente, die zur Symptomkontrolle notwendig sind (in der Sterbephase im Wesentlichen Opioide und Benzodiazepine), explizit erlaubt ist, auch wenn dadurch Reflexe (Husten, Schlucken, etc..) abgeschwächt werden und der Tod unter Umständen früher eintritt. Das war grundsätzlich inhaltlich in Österreich immer schon so, ist aber jetzt seit der letzten Gesetzesnovelle 2019 im Ärztesgesetz auch schriftlich fixiert [13].

**Merke!** Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des Betroffenen sind unter Beachtung des Patient:innenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen zulässig.

Ist die Situation etwa durch Symptome oder für Angehörige belastend, und das Ende des Sterbeprozesses nicht absehbar, kann Patient:in zur weiteren Durchführung einer CTC im Rahmen der Sterbebegleitung ins Krankenhaus gebracht werden. Dabei ist darauf zu achten, den zurückbleibenden Anwesenden zu versichern, dass alles unternommen wird, was dem Wohlbefinden des:der Betroffenen in dieser Situation dient, und dass weitere Entscheidungen nach dem Einholen zusätzlicher Informationen dann im Krankenhaus getroffen werden.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa durch beigezogene Notärzt:in) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit ROSC erfolgt ist, muss das weitere Procedere ehebdigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen soll eine juristische:r Berater:in hinzugezogen werden.

Auf ein klares Schnittstellenmanagement seitens der Notärzt:innen ist größter Wert zu legen: Schriftliche Dokumentation des protrahiert verlaufenden AS und zusätzliche vorherige telefonische Information/Ankündigung im Schockraum mit dem Hinweis auf eine zum Tode führende Situation (erwünschte Symptomkontrolle und Sterbebegleitung im Rahmen einer CTC!).

Notärzt:innen dürfen prinzipiell eine Todesfeststellung durchführen. Für die Totenbeschau gibt es diverse organisatorische

Verpflichtungen, u. a. auch, den Ort und Datum des Todes zu dokumentieren. Vor allem, wenn vorliegende Dokumente zweifelhaft/unvollständig sind oder der Verdacht auf eine unnatürliche Todesart besteht, ist die Polizei zu verständigen und der Amtsarzt zu bemühen.

Werden ein Präparat oder Reste desselben gefunden, so hat der Finder die Verpflichtung, eine Anzeige an die Bezirksverwaltungsbehörde zu machen, die dann die zur Vernichtung erforderlichen Anordnungen trifft.

### FAQs zu den wichtigsten Situationen

Der zweite Teil dieser DFP-Fortbildung versucht, die besonders praktisch relevanten Fragen zum Thema AS, die sich aus der klinischen Arbeit ergeben, in Form von FAQs so klar wie möglich zu beantworten. Es wird jedoch explizit darauf hingewiesen, dass die ARGE Ethik der ÖGARI bei einigen Fragen zwar Lösungen vorschlägt/empfehl, was die Krankenhaus-/Einrichtungsträger jedoch nicht aus der Pflicht nimmt, diese Fragen für die Mitarbeiter:innen jeweils entsprechend der Philosophie des Hauses aufzubereiten und entsprechend zu kommunizieren. Dies würde die derzeit deutlich wahrnehmbaren Unsicherheiten im Umgang und die Berührungspunkte rund um das Thema AS verbessern.

**Die im Folgenden gemachten Aussagen und Handlungsvorschläge sind daher immer vor dem Hintergrund der jeweiligen organisations-, und arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen einer Krankenanstalt/Gesundheitseinrichtung zu verstehen.**

#### 1. Was ist ein Sterbeverfügungsregister, wer und wie hat man Zugriff auf die Daten?

Das Sterbeverfügungsregister ist eine vom Bundesministerium eingerichtete elektronische Datenbank. Zweck ist die Verhinderung von Missbrauch bei der Abgabe des Präparats, die Schaffung von Nachforschungsmöglichkeiten für die Strafverfolgungsbehörden und die Erfassung der SV für wissenschaftliche Analysen über die Inanspruchnahme von Suizidassistenten. Zugangsberechtigung haben Ärzt:innen, Notar:innen, rechtskundige Mitarbeiter:innen einer Patient:innenvertretung, Apotheker:innen und Totenbeschauärzt:innen.

Mit Bürgerkarte oder Handysignatur können berechtigte Personen über unterschiedliche Portale ins Sterberegister einsteigen: Links zu den Portalen: Ärzt:innen über das Gesundheitsportal <https://gda.gesundheit.gv.at>, Apotheker:innen über das USP <https://www.usp.gv.at>, Patient:innenanwaltschaften über die Stammportalen der Bundesländer, Notar:innen über <https://stp.notar.at/>.

#### 2. Was tun, wenn Ärzt:innen oder Pflegepersonen mit einem Sterbewunsch konfrontiert werden?

Die Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches ist immer auch als Vertrauensbeweis zu betrachten. Es ist für SwP entscheidend, wie die ersten Adressat:innen auf diesen Wunsch reagieren. Die OPG beschreibt vier Schritte bei Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches:

- I. Wünsche wahrnehmen und würdigen, eine Vertrauensbasis schaffen
- II. Ursachen klären und konkretisieren, Verständnis zeigen für die individuelle Bedeutung des Sterbe- oder Suizidwunsches

- III. Angebot der palliativen Begleitung und Beratung (multi-professionell, bio-psycho-sozial/spirituell) bei gleichzeitiger Anerkennung des innewohnenden Leidens
- IV. Suizidprävention durch ein tragfähiges Angebot der Begleitung und des Aushaltens im Leiden. Zur Unterstützung können, je nach Fragestellung, Palliativmediziner:innen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen oder ein klinisches Ethikkomitee beigezogen werden

Die OPG betont, dass begleitende Palliative-Care-Teams **keine direkte** Beihilfe beim Suizid leisten, es jedoch ethisch geboten sei, die umfassende Palliative-Care-Betreuung des:der Patient:in und die Unterstützung der Angehörigen bis zur Umsetzung des Suizides aufrecht zu erhalten. Auch die Nachbetreuung der Angehörigen sollte durch das Palliative-Care-Team erfolgen, nicht zuletzt im Sinne einer Prävention [14].

**3. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn ein:e Patient:in mit aufrechter SV und PV während des stationären Aufenthaltes ihr:sein Leben durch Einnahme des letalen Präparats beenden möchte?** Grundsätzlich ist bei aufrechter SV und vorhandener PV der selbstbestimmte Wunsch entscheidungsfähiger Patient:innen nach Durchführung eines AS zu respektieren. Wir empfehlen im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs mit dem:r Patient:in und ggf. deren Bezugspersonen, die nicht proaktive Haltung der wahrscheinlich meisten Krankenhäuser/Einrichtungen zum AS zu besprechen. Bei weiterbestehendem Wunsch nach Durchführung der Selbsttötung sollte Patient:in – sofern aus medizinischer Sicht vertretbar – nach Hause entlassen werden. Diese Vorgehensweise entspricht inhaltlich dem StVfG, da die konkrete Ausführung des lebensbeendenden Entschlusses in einem privaten Rahmen erfolgen soll. Ist eine Entlassung nicht (mehr) möglich (Patient:in ist nicht transportfähig oder kann zu Hause nicht betreut werden), sollte vom Träger die Vorgehensweise für diesen Fall festgelegt und das medizinische Personal ausführlich darüber aufgeklärt werden. Die Gewissensfreiheit erlaubt es grundsätzlich nicht, jemandem den AS zu untersagen oder ihn daran zu hindern. Es ist daher zu bedenken, dass eine SOP, die eine Hinderung am AS ermöglicht, sittenwidrig wäre, weil sie Menschen ihre Grundrechtsausübung untersagt. Es wäre im Rahmen dieser SOP ferner zu definieren, ob eine Beihilfe zum Suizid (Bereitstellen/Vorbereitung des Präparates, Legen einer venösen Leitung oder Magensonde zur p.o. Verabreichung, falls Patient:in nicht selbst trinken kann, etc ...) durch Mitarbeiter:innen des Hauses erlaubt ist.

**4. Was tun, wenn „Herzalarm“/Notfallteam zu einem AS gerufen wird?** Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des Betroffenen sind unter Beachtung des Patientenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen durch das Team der Normalstation zulässig.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa auch durch ein beigezogenes Herzalarmteam/Notfallteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit ROSC erfolgt ist, muss das weitere Procedere ehebaldigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen soll ein:e juristische:r Berater:in hinzugezogen werden.

Auf eine zeitnahe Dokumentation (wir empfehlen mindestens innerhalb von 24 h) des Entscheidungsprozesses und der getroffenen Maßnahmen ist zu achten.

**5. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn Patient:in mit aufrechter SV, aber nicht mehr gegebener Entscheidungsfähigkeit ihr Leben durch Einnahme des letalen Präparates während des stationären Aufenthaltes beenden möchte?** Bei klinisch offensichtlichem Verlust der Entscheidungsfähigkeit ist ein AS nicht mehr zulässig, da die suizidwillige Person auch **zum Handlungszeitpunkt entscheidungsfähig** sein muss, da sonst kein Suizid im Rechtssinn vorliegt (fehlender selbstbestimmter Wille!). Die Überprüfung der Entscheidungsfähigkeit kann grundsätzlich jede:r Ärzt:in vornehmen. Die Beihilfe zur Durchführung eines AS bei nicht mehr gegebener Entscheidungsfähigkeit ist strafbar.

**6. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn sie darüber Kenntnis erlangen, dass Patient:in das letale Präparat zu sich genommen hat?** Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des/der Betroffenen sind unter Beachtung des Patient:innenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) **ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen** zulässig.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa auch durch ein beigezogenes Herzalarmteam/Notfallteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit ROSC erfolgt ist, muss das weitere Procedere ehebaldigst geklärt werden, gegebenenfalls

unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen soll eine juristische:r Berater:in hinzugezogen werden.

Eine Betreuung der Angehörigen sollte aus menschlichen Gründen angeboten werden. Eine schriftliche SOP über das Prozedere inklusive Mitarbeiter:innenaufklärung wird empfohlen!

**7. Was sollen Mitarbeiter:innen tun, wenn sie auf der Station zu einem nicht vorangekündigten AS kommen und Patient:in noch lebend vorfinden?** Zuständige Fachärzt:in verständigen, Dokumente überprüfen (ist eine SV und eine PV vorhanden?).

Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des/der Betroffenen sind unter Beachtung des Patient:innenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) **ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen** zulässig.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa auch durch ein beigezogenes Herzalarmteam/Notfallteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen. Falls unter den oben genannten Kriterien eine Reanimation mit ROSC erfolgt ist, muss das weitere Prozedere ehe baldigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen sollen juristische Berater:innen hinzugezogen werden.

**8. Was sollen Mitarbeiter:innen tun, wenn sie auf der Station zu einem nicht vorangekündigten AS kommen und Patient:in verstorben ist?** Zuständige Fachärzt:in verständigen. Dokumente überprüfen (ist eine SV und eine PV vorhanden?). Totenbeschau und Todesfeststellung durch Totenbeschauärzt:in (im Krankenhaus ist das der:die zuständige Fachärzt:in). Bei unklarer Todesursache Anordnung einer gerichtlichen Obduktion. Meldung des „Todes nach Präparateeinnahme“ ans Sterbeverfügungsregister. Eventuell noch vorhandenes Präparat sicherstellen. „Finder:in“ muss Anzeige an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde machen. Bei Verdacht auf rechtswidrige Situation muss die Polizei verständigt werden bzw. eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erfolgen.

**9. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn im Rahmen der Durchführung eines AS Komplikationen auftreten (Präparat wird unvollständig eingenommen, Erbrechen, Aspiration, Krampfanfällen, Lungenödem) und/oder die Zeit bis zum Eintritt des Todes protrahiert verläuft?** Für den Fall eines nicht unmittelbar zum Tod führenden AS und einer daraus resultierenden schwerwiegenden Leidenssituation des Be-

troffenen sind unter Beachtung des Patientenwillens (SV, bereits gesetzte Handlung zum Suizid) **ausschließlich symptomorientierte palliative Maßnahmen** zulässig.

**Merke!** Eine Reanimation (etwa auch durch ein beigezogenes Herzalarmteam/Notfallteam) wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

Um Situationen vorzubeugen, die entgegen dem in der SV geäußerten Willen zu einer medizinischen Intervention führen können, wird dringend empfohlen, bei der Errichtung einer SV auch eine zumindest nichtverbindliche PV zu erstellen und/oder zum Zeitpunkt des tatsächlichen AS eine aktuelle schriftliche Willensäußerung dahingehend, im Fall des Scheiterns des Suizids nicht reanimiert werden zu wollen, zu hinterlegen.

Dies gilt gleichermaßen auch bei ausgeschlossenen kurativen Maßnahmen (gültige Therapiezieländerung, oder fehlende kurative Therapieindikation), wo Maßnahmen im Sinne einer CTC mit dem Ziel der besten Symptomkontrolle einzuleiten sind.

Im Falle von Unklarheiten/Unstimmigkeit im Team oder bereits begonnener kurativer Therapie ist empfohlen, ehe baldigst ein Ethikkomitee durchzuführen. Eine Handlungsempfehlung durch das klinische Ethikkomitee kann das betreuende Team in der schwierigen Situation entlasten und durch einen Handlungsvorschlag zu einer Entscheidung im Sinne des:der Patient:in beitragen.

CAVE: Ein in der Literatur aus den Niederlanden und Kanada häufig berichtetes „Nachspritzen“ von Substanzen mit dem Ziel, den protrahierten Sterbeprozess zu beschleunigen, um den von Patient:in gewünschten Tod herbeizuführen, ist in Österreich und in allen anderen Ländern, in denen die Tötung auf Verlangen strafbar ist, verboten, selbst wenn dies ausdrücklicher Wunsch des:der Patient:in wäre!

**10. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn sie von Patient:in ersucht werden, im Sinne einer Sterbebegleitung während der Selbsttötung dabei zu sein?** Sterbebegleitung sollte für Mitarbeiter:innen in Gesundheitsberufen eine Kernkompetenz darstellen. Die Begleitung einer SwP während des Aktes der Selbsttötung ist hingegen nicht selbstverständlich und kann weder eingefordert noch angeordnet werden. **Die Entscheidung für oder gegen eine solche Begleitung obliegt jedem:r einzelnen Mitarbeiter:in höchstpersönlich.** Wir empfehlen, falls sich Mitarbeiter:innen entscheiden, der Bitte nach Begleitung Folge zu leisten (ohne Assistenz/Beihilfe), dies zuzulassen. Es dürfen in keinem Fall negative Konsequenzen daraus resultieren, wie auch immer sich Mitarbeiter:innen entscheiden.

Eine schriftliche SOP über das Prozedere inklusive Mitarbeiter:innenaufklärung wird empfohlen!

**11. Wie sollen Mitarbeiter:innen handeln, wenn sie von Patient:in mit der Aufbewahrung des letalen Präparats während des stationären Aufenthaltes betraut werden?** Wir empfehlen, dieses Ersuchen von Mitarbeiter:innen ablehnen zu lassen. Für die sichere Verwahrung des Medikaments muss Pa-

tient:in, oder die Person, die eine Hilfestellung beim AS zugesagt hat, persönlich Sorge tragen. Die sichere Verwahrung des Präparats ist nicht Aufgabe des Krankenhauses/der Einrichtung. Wird festgestellt, dass Patient:in das Präparat nicht korrekt verwahrt, ist unverzüglich die Polizei zu verständigen und das Präparat abzunehmen.

Eine schriftliche SOP über das Prozedere inklusive Mitarbeiter:innenaufklärung wird empfohlen!

**12. Wie sollen sich Mitarbeiter:innen verhalten, wenn Ärzt:innen oder Notar:innen Patient:innen während des stationären Aufenthaltes zur Aufklärung oder Errichtung einer SV besuchen?** Wir empfehlen, dies grundsätzlich zuzulassen. Ob eine erweiterte Hilfestellung der Mitarbeiter:innen, z. B. die Aufklärung von Patient:innen zur Errichtung einer SV lt. StVfG, innerhalb der Arbeitszeit zulässig ist, sollte sich jedes Haus überlegen und das gewünschte Prozedere in einer SOP zum AS schriftlich festlegen sowie alle Mitarbeiter:innen darüber aufklären.

**13. Dürfen Mitarbeiter:innen auf Anfrage Informationen über die Möglichkeiten zur Erstellung einer SV vermitteln?** Wir empfehlen zuzulassen, dass Mitarbeiter:innen auf die Möglichkeit der Errichtung einer SV außerhalb der Krankenanstalt/ Einrichtung hinweisen. Mitarbeiter:innen dürfen daher auf Anfrage der Patient:innen über Angebote der Aufklärung nach § 7 StVfG und über Angebote der Errichtung einer SV informieren. Wir empfehlen, dass das jeweilige Haus die Adresse der zuständigen Patientenombudsschaft zur Entlastung der Mitarbeiter:innen und zur Weitergabe an die Nachfragenden zur Verfügung stellt. Eine schriftliche SOP über das Prozedere inklusive Mitarbeiter:innenaufklärung wird empfohlen!

**14. Dürfen Ärzt:innen außerhalb ihrer dienstlichen Tätigkeit Aufklärungen im Sinne des § 7 StVfG durchführen bzw. Beihilfe zur Selbsttötung leisten?** Außerhalb der dienstlichen Tätigkeit kann der Dienstgeber weder die Durchführung einer Aufklärung zur Errichtung einer SV noch die Unterstützung bei einer Selbsttötung untersagen. Eine Mitwirkung beim AS außerhalb der Krankenanstalt darf daher keine nachteiligen (arbeitsrechtlichen) Konsequenzen haben (§ 2 Abs 2 StVfG).

**15. Welche dokumentarischen Veränderungen in den Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung sollte es durch das neue StVfG geben?** Wir empfehlen ...

- in der Todesfalldokumentation eines Krankenhauses/ Einrichtung eine Rubrik zu schaffen, welche die Dokumentation eines stattgehabten AS ermöglicht.
- bei einer bestehenden SV ohne PV mit Patient:in eine Therapiezieländerung zu besprechen und schriftlich zu dokumentieren. Diese kann im Falle eines komplikationsbehafteten AS die Wahrscheinlichkeit der Durchführung unerwünschter kurativer Therapiemaßnahmen reduzieren.
- die digitalisierte Dokumentation einer Therapiezieländerung – falls vorhanden – an den neuen Bedarf anzupassen. Die Therapiezieländerung muss in der elektronischen Akte an Patient:in gebunden sein, damit die Therapiezieländerung

auch nach der Entlassung weiter besteht, im Falle einer Wiederaufnahme den behandelnden Ärzt:innen bekannt ist und zur möglichen Bestätigung/Nicht-Bestätigung automatisch aufscheint.

Eine schriftliche SOP über das Prozedere inklusive Mitarbeiter:innenaufklärung wird empfohlen!

**16. Wen kann man bei Unsicherheiten oder Rückfragen zum Thema AS kontaktieren?** Es sollte in jedem Haus mehrere Ansprechpersonen geben, die bei Bedarf zur Unterstützung angefordert werden können. Name und Kontaktdaten der zuständigen Personen im Rahmen der SOP aufführen.

**17. Dürfen Ärzt:innen Werbung machen für die Aufklärung zur SV und mit der Errichtung von SV Geld verdienen?** Prinzipiell ist es lt. § 12 (1) des StVfG verboten, „mit der Hilfeleistung zu werben. Das Werbeverbot umfasst Werbung, die eigene oder fremde Hilfeleistung oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt oder anpreist“. (2) Es ist aber zulässig, eine sterbewillige Person auf die Möglichkeit der Errichtung einer SV nach diesem Bundesgesetz hinzuweisen. Jedenfalls zulässig ist der Hinweis von ärztlichen Personen und der Österreichischen Ärztekammer darauf, dass sie eine Aufklärung nach § 7 anbieten bzw. wo eine Aufklärung angeboten wird. Es ist verboten, „sterbewilligen Personen eine Hilfeleistung anzubieten oder diese durchzuführen, wenn man sich oder einem Dritten dafür wirtschaftliche Vorteile versprechen lässt oder annimmt, die über den Ersatz des nachgewiesenen Aufwands hinausgehen.“

**18. Was passiert, wenn man sich nicht an das Werbeverbot und den vorgeschriebenen Ersatz für die Leistung der Errichtung einer SV hält?** Wer sich nicht an die Verbote gemäß § 12 hält, ist mit einer Verwaltungsstrafe lt. StVfG bedroht: „Wer den Verboten gemäß § 12 Abs. 1 oder Abs. 3 zuwiderhandelt, begeht eine Verwaltungsübertretung und ist mit einer Geldstrafe bis zu 30.000 €, im Wiederholungsfall bis zu 60.000 €, zu bestrafen“. Im Fall des Verbots gemäß § 12 Abs. 1 ist auch der Versuch strafbar.

**19. Wie kann man eine SV wieder auflösen?** Eine SV kann jederzeit widerrufen werden. Dies muss der dokumentierenden Person mitgeteilt werden. Das Original und die Abschrift müssen vernichtet werden. Die Vernichtung der Abschrift muss an das Sterbeverfügungsregister gemeldet werden. Gemäß § 10 Abs. 5 StVfG werden alle darauf bezogenen Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen mit der Eintragung des Widerrufs im Sterbeverfügungsregister gelöscht.

**20. Was passiert nach Aufgabe des Sterbewillens mit dem Präparat?** Im Fall der Aufgabe ihres Sterbewillens muss die SwP das Präparat bei der Apotheke zurückzugeben. Apotheker:innen müssen das zurückgegebene Präparat entsorgen. Befindet sich in der Verlassenschaft einer:s Verstorbenen ein Präparat, so ist dies von jeder Person, die das Präparat auffindet, unverzüglich der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde anzuzeigen. Die

Behörde hat die zur Vernichtung erforderlichen Anordnungen zu treffen.

**21. Was muss man tun, wenn das Präparat verloren geht oder gestohlen wurde?** Sollte das bereits bezogene Präparat verloren gehen oder gestohlen werden, kann dies auf Wunsch der SwP auf einer gültigen SV oder auf einer aus diesem Anlass neu errichteten SV vermerkt werden. Nur so kann neuerlich ein Präparat ausgegeben werden. Wenn kein Zweifel an der Zuverlässigkeit der SwP besteht, kann dieser Vermerk auf der SV und im Sterbeverfügungsregister im Anmerkungsfeld erfasst werden bzw. eine neue SV errichtet werden. Dies ist im Sterbeverfügungsregister entsprechend einzutragen.

**22. Wie ist vorzugehen, wenn eine SwP mit nachweislichem Verlust der Entscheidungsfähigkeit ein Präparat zur Selbsttötung im KH bei sich hat?** Wir empfehlen, dass nicht mehr entscheidungsfähiger Patient:in das Präparat abzunehmen ist, notfalls mit Hilfe der Polizei. Die Abnahme des Präparates ist unverzüglich der Bezirksverwaltungsbehörde als zuständiger Gesundheitsbehörde anzuzeigen. Die Behörde hat die zur Vernichtung erforderlichen Anordnungen zu treffen. Für das weitere Verfahren mit einem: r suizidalen, nicht entscheidungsfähigen Patient:in gilt, je nach aktueller Problematik, § 3 des Unterbringungsgesetzes, das in Österreich die Aufnahme und Behandlung psychisch Kranker im psychiatrischen Bereich eines Krankenhauses regelt, wo Patient:in, falls notwendig, angehalten werden kann.



© Privat

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker**

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck  
Innsbruck, Österreich  
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

**Funding.** Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

**Interessenkonflikt.** B. Friesenecker, S. Fruhwald und C. Roden geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link

zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Sterbeverfügungsgesetz: BGBl. I 2021/242, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782>. Zugegriffen: 18.4.2023
2. Sterbeverfügungsgesetz, Gesetzesmaterialien: BlgNR 27. GP, RV 1177, [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I\\_01177/index.shtml](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I_01177/index.shtml). Zugegriffen: 18.4.2023
3. Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung: BGBl. II 2022/16, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011789>. Zugegriffen: 18.4.2023
4. Petricevic M, Kierein M, Plimon-Rohm S, Kropf M. Sterbeverfügung: Leitfaden für die Praxis. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2022. [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:41404f4e-adc6-40da-a69a-bc30168b85c4/Sterbeverf%C3%BCgung\\_-\\_Leitfaden\\_f%C3%BCr\\_die\\_Praxis\\_.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:41404f4e-adc6-40da-a69a-bc30168b85c4/Sterbeverf%C3%BCgung_-_Leitfaden_f%C3%BCr_die_Praxis_.pdf). Zugegriffen: 18.4.2023
5. Halmich M. Sterbeverfügungsgesetz StVfG | StVf-Präp-V: Kompakte Gesetzeskommentierung. Wien: Educa; 2022.
6. Weilguni V, Friesenecker B. Anästhesie Nachrichten. „Grauzonen machen mir Angst“: Stimmen zum assistierten Suizid. 2022;2:126–30. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00045-7>
7. [www.ascirs.at](http://www.ascirs.at). Zugegriffen: 18.4.2023
8. Friesenecker B, Stadlinger J. Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. Anästh Nachr. 2022; <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z>.
9. Feichtner, Körtner, Likar, Watzke, Weixler. Assistierter Suizid – Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. Berlin Heidelberg: Springer; 2022. ISBN 978-3-662-64346-4. Bibliographie Book.
10. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. N Engl J Med. 2000;342(8):551–6.
11. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. BMJ Open. 2020;10:e36054.
12. Harty C, Chaput AJ, Trouton K, et al. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. Can J Anesth. 2019;66:1106–12.
13. Änderung des Ärztegesetzes 1998, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. I 2019/20, RIS – BGBlA\_2019\_I\_20 – Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004 (bka.gv.at)
14. OPG Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch – Kurzversion (<https://www.palliativ.at/aktuelles/handreichung-sterbe-und-suizidwunsch/>); living document Stand 17. Dez. 2021. Zugegriffen: 18.4.2023

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

# DFP-Literaturstudium

## Bitte beachten Sie:

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungsprogramms ist es möglich, durch das Literaturstudium in den Anästhesie Nachrichten Punkte für das DFP zu erwerben.

So machen Sie mit:

Entsprechend den Richtlinien der ÖÄK finden Sie im Anschluss an den Fortbildungsartikel Multiple-Choice-Fragen. Eine Frage gilt dann als richtig beantwortet, wenn Sie von den vorgegebenen Antworten alle richtigen angekreuzt haben. Für eine positive Beantwortung ist erforderlich, dass Sie vier der sechs Fragen richtig beantworten. Bei korrekter Beantwortung werden zwei DFP-Punkte angerechnet.

E-Mail, Post & Fax:

Schicken Sie diese Seite bitte per E-Mail an [monica.friedmann@springer.at](mailto:monica.friedmann@springer.at), per Post an Springer Medizin Wien (z.Hd. Monica Friedmann), Prinz-Eugen-Straße 8–10, 1040 Wien, oder per Fax an: 01/330 24 26.

Diesen Artikel sowie eine Reihe weiterer Fortbildungsangebote finden Sie auch auf [www.pains.at](http://www.pains.at) und der Plattform „Akademie Lernwelt“ der Österreichischen Akademie der Ärzte unter [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at), wo Sie die Fragen auch online beantworten können.

Ihre Teilnahmebestätigung ist unter [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at) downloadbar, wenn Sie ein Fortbildungskonto haben.

## DFP-Fragen

**?** Was beinhaltet das neue Sterbeverfügungsgesetz (StVfG, gültig seit 01.01.2022) in Österreich? Welche Aussagen sind richtig? (zwei richtige Antworten)

- Aus dem „Recht auf freie Selbstbestimmung“ wird auch das „Recht auf ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Sterben“ abgeleitet
- Entscheidungsfähige Personen (ab dem vollendeten 14. LJ), die sich zu einem assistierten Suizid (AS) entschließen, können auf die straffreie Unterstützung (Beihilfe) Dritter zählen.
- Ärzt\*innen dürfen keine Beihilfe zum AS leisten
- Bei klinisch offensichtlichem Verlust der Entscheidungsfähigkeit ist ein AS nicht mehr zulässig, da die suizidwillige Person auch zum Handlungszeitpunkt entscheidungsfähig sein muss.

**?** Welche Aussagen zum AS/Tötung auf Verlangen sind richtig? (drei richtige Antworten)

- Die *Tötung auf Verlangen* ist erlaubt, sofern die sterbewillige Person dies eindeutig wünscht und die letzte zum Tode führende Handlung nicht selbst ausführen kann (z. B. neurologische Er-

krankung, Muskelerkrankung, hoher Querschnitt etc ...)

- Im Gegensatz zum *assistierten Suizid* führt bei der *Tötung auf Verlangen* die letzte zum Tode führende Handlung eine dritte Person aus (nicht die sterbewillige Person selbst).
- Jegliche Beihilfe zum AS, egal durch wen und in welcher Form, ist freiwillig.
- Es darf weder der helfenden Person noch einer Person, die die Beihilfe verweigert, daraus ein Nachteil entstehen.

**?** Welche Aussagen zur Aufklärung des AS sind richtig? (zwei richtige Antworten)

- Aufklärende und dokumentierende Ärzt:innen dürfen nach der Aufklärung/Dokumentation bei dieser Person – so wie alle anderen Ärzt:innen auch – Beihilfe zum AS leisten.
- Vor der Errichtung einer Sterbeverfügung (SV) muss sich die sterbewillige Person im Sinne einer Suizidprävention von zwei Ärzt:innen, eine:r davon mit einer Qualifikation in Palliativmedizin, beraten und aufklären lassen.
- Information, Aufklärung, Feststellung der Entscheidungsfähigkeit stellen aus rechtlicher Sicht eine Beihilfe zum AS dar.

- Ein:e der beiden aufklärenden Ärzt:innen muss bestätigen, dass sterbewillige Person an einer unheilbaren, zum Tode führenden Krankheit oder einer anderen schweren, dauerhaften Krankheit leidet, die mit einem für die Person nicht anders abwendbaren (subjektiven) Leidenszustand verbunden ist.

**?** Welche Aussagen zur rechtlichen Situation sind richtig? (zwei richtige Antworten)

- Die Verschreibung des Präparats (Natrium-Pentobarbital) im Rahmen der ärztlichen Aufklärung stellt aus rechtlicher Sicht eine Beihilfe dar.
- Ab der ersten ärztlichen Aufklärung beginnt eine Wartefrist von 12 Wochen, um die Nachhaltigkeit des Sterbewunsches festzustellen. Bei einer klinisch „terminalen“ Situation (im StVG definiert als das Stadium, in dem die Krankheit voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten zum Tod führen wird) kann die Frist auf zwei Wochen verkürzt werden.
- Die rechtliche Beratung zur SV muss inhaltlich enthalten, dass zur Vermeidung einer Reanimation im Falle eines protrahierten Sterbeprozesses zusätzlich eine Patientenverfügung errichtet werden muss, in der eine Reanimation

und andere lebenserhaltende Maßnahmen ausgeschlossen werden, wenn eine Reanimation bei protrahiertem Sterbelauf vermieden werden soll.

- Der Gesetzgeber plant zur sichereren Abwicklung des AS sowohl eine Institutionalisierung der Suizidassistenten in Form einer staatlich geförderten Suizidorganisation (z. B. Einrichtung von sog. „Suizidstationen“) als auch die Schaffung eines neuen Berufsbilds wie z. B. der professionellen Suizidassistent:in.

**? Welche Aussagen zum Umgang mit Komplikationen sind richtig? (vier richtige Antworten)**

- Zu den häufigsten Komplikationen bei der Durchführung eines AS zählen prolongierter Eintritt des Todes, Schwierigkeiten bei der Induktion des Komas, Wiedererwachen der Patient:innen nach Induktion des Komas, Spasmen, Myoklonien, Übelkeit und Erbrechen etc.
- Bei einem verzögertem Sterbeprozess darf auch in Österreich ab einer Sterbezeit von > 90 min die Nachinjektion einer zum Tode führenden Substanz (-mischung) durch den:die helfende Ärzt:in durchgeführt werden, wenn dies Patient:in in der SV explizit so schriftlich verfügt hat.
- Aufgrund des relativ häufig berichteten verzögerten Sterbeprozesses gibt es Bedenken für eine orale Verabreichung der tödlichen Substanz bei vorbestehender Übelkeit und Erbrechen oder gestörter Absorption im Darm (z. B. entzündliche Darmerkrankungen, Dünndarmresektionen, Gastroparese etc ...), Schluckstörungen etc.
- Eine Reanimation bei einem AS wäre nur zulässig, wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS oder begründete Zweifel (etwa zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS) bestehen würden.

- Ist eine Reanimation bei protrahiert verlaufendem AS erfolgt, ist die ehestmögliche Beziehung eines klinischen Ethikkomitees, evtl. auch eine rechtliche Beratung zur Festlegung des weiteren Procedere empfohlen.

**? Welche Aussagen sind richtig? (zwei richtige Antworten)**

- Notarzteinsatz im Falle eines protrahiert verlaufenden AS zu Hause: Falls Patient:in eine SV und eine PV hat, die eine Reanimation und weiterführende lebenserhaltende Maßnahmen ablehnt, ist eine Reanimation zu unterlassen.
- Auch außerhalb der dienstlichen Tätigkeit kann der Dienstgeber die Durchführung einer Aufklärung zur Errichtung einer SV und die Unterstützung bei einer Selbsttötung untersagen.
- Es ist lt. § 12 (1) des StVG verboten, mit der Hilfeleistung zum AS zu werben. Es ist aber zulässig, eine sterbewillige Person auf die Möglichkeit der Errichtung einer SV nach diesem Bundesgesetz hinzuweisen. Jedenfalls zulässig ist der Hinweis von ärztlichen Personen und der Österreichischen Ärztekammer darauf, dass sie eine Aufklärung nach § 7 anbieten bzw. wo eine Aufklärung angeboten wird.
- Im Fall der Aufgabe ihres Sterbewillens muss die sterbewillige Person das Präparat sicher verschlossen entsorgen.



**> Bitte ausfüllen**

Absender\*in (Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name: .....

Straße/Gasse: .....

Ort/PLZ: .....

Arzt/Ärztin für: .....

ÖÄK-Nummer: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_

- Altersgruppe:  <30       51-60  
 31-40       >60  
 41-50

Hier steht eine Anzeige.

