

Anästhesie Nachr 2023 · 5:134–137
<https://doi.org/10.1007/s44179-023-00145-y>
 Angenommen: 24. März 2023
 Online publiziert: 28. April 2023
 © Der/die Autor(en) 2023



Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende

Barbara Friesenecker¹ · Sonja Fruhwald² · Christian Roden³ · ARGE Ethik der ÖGARI

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

² Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

³ Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Da die uneinheitliche Verwendung von schlecht definierten Begriffen speziell in den Situationen am Lebensende zu Verwirrung führt und Fehlinterpretationen erlaubt, empfiehlt die ARGE Ethik der ÖGARI eine klare Definition der Begrifflichkeiten mit der Hoffnung auf eine baldige und umfassende Implementierung dieser modernen Begrifflichkeiten in die klinische Praxis.

Die von der ARGE Ethik der ÖGARI vorgeschlagenen Begriffe rund um die Situationen am Lebensende lehnen sich eng an die von der Bioethikkommission des österreichischen Bundeskanzleramtes vorgeschlagene Terminologie an. Dies sind die Empfehlungen der Bioethikkommission zur *Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende* (2011) sowie der Artikel zu *Sterben in Würde* aus dem Jahr 2015 [1].

Therapiezieländerung

Einer der wichtigsten Begriffe moderner Terminologie rund um die Situationen am Lebensende ist die *Therapiezieländerung* (TZÄ): TZÄ ist die therapeutische Entscheidung, das Therapieziel (TZ) von Heilung Richtung Palliation zu ändern und schlussendlich Sterbende im Rahmen einer *Comfort Terminal Care* (CTC) zu begleiten (■ Tab. 1; [2]). Dies immer dann, wenn eine technisch noch machbare medizinische Handlung nicht mehr zielführend/indiziert bzw. wirkungslos ist. Intention der TZÄ ist es, bei schwerer, weit

fortgeschrittener Erkrankung Sterben zuzulassen. Beim Übergang einer kurativen zu einer palliativen Zielsetzung wird dabei der Fokus von *Heilen* auf *Wohltun* gerichtet, um ein „gutes Leben am Ende des Lebens“ und ein „Sterben in Würde“ unter *bestmöglicher Symptomlinderung* (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot, Schwäche, Mundtrockenheit, Delir, Übelkeit etc. ...) unter ärztlicher und pflegerischer Begleitung zu ermöglichen [3, 4].

Auf die alten, durchaus noch gebräuchlichen Begriffe wie *Therapie-Beendigung*, *Therapie-Abbruch*, *Therapie-Rückzug* sollte gänzlich verzichtet werden, da sie verwirrend und missverständlich sind. Bei der Betreuung schwerstkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase gibt es noch sehr viel zu tun. *Beendigung*, *Abbruch*, *Rückzug* sind daher keine korrekten, weil zu kurz greifende Begriffe, da sie nur die Beendigung einer auf Heilung ausgerichteten Therapie implizieren und den notwendigen Fokus hin zu folgender palliativmedizinischer Behandlung außer Acht lassen [5–7].

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sich aus dem *Recht auf Autonomie* das *Recht auf Unvernunft* ableitet. Dies bedeutet, dass Menschen nach ausführlicher Aufklärung über die Konsequenzen eine technisch mögliche und medizinisch indizierte Behandlung ohne Angabe von Gründen ablehnen dürfen, selbst wenn diese im Sinne von Lebenserhaltung ein Therapieziel hätte und der Tod Folge der Entscheidung wäre.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

| Tab. 1 Begriffe, die für die korrekte Dokumentation der Durchführung einer Therapiezieländerung (TZÄ) notwendig sind | |
|--|---|
| DNR/DNAR | Do not resuscitate/Do not attempt resuscitation: mechanisch, medikamentös, elektrisch |
| DNE | Do not escalate: laufende Therapie nicht steigern; genau zu definierende Therapiebegrenzung hinsichtlich bestimmter Maßnahmen, z. B. Antibiose, Katecholamine, Gerinnungsfaktoren etc. |
| RID | Re-evaluate indication and deescalate: Indikation und Therapieziel überdenken (1 × tgl. im Rahmen der Visite lt. Empfehlung der ARGE Ethik der ÖGARI) und bei fehlender Indikation deeskalieren |
| WITHHOLD | Therapie nicht beginnen: CPR, Intubation, Aufnahme ad Intensiv, OP, Hämo-filtration, Antibiose etc. |
| WITHDRAW | Therapie beenden: Antibiose, HF, Beatmung/Tubus, Katecholamine, ECMO etc. |
| CTC | Comfort Terminal Care: palliativmedizinische Betreuung in der Sterbephase ^a |
| AND | Allow natural death: Wird auf der Normalstation häufig als sog. „soft DNR/DNAR“ verstanden und ist oft ein inhaltlich schlecht definierter/vager Begriff, vor allem wenn keine differenzierte Auffassung von Handlung/Nichthandlung besteht. Generell nicht gut geeignet für intensivmedizinisches Setting (evtl. verwendbar, wenn sterbende Patient:in nicht mehr von der Intensivstation weggelegt wird) |

CPR Kardiopulmonale Reanimation, HF Hämo-filtration, ECMO Extrakorporale Membranoxygenierung
^a**Comfort Terminal Care** (CTC; Komforttherapie) ist die ärztliche und pflegerische Begleitung während der **Sterbephase**. Im Rahmen der CTC werden nur mehr therapeutische Handlungen vorgenommen, die wohltun. Es kann und darf auf jegliche ärztliche/pflegerische Standard-/Routinemaßnahmen verzichtet werden. Es geht darum, ein „Sterben in Würde“ möglich zu machen, das heißt ein begleitetes Sterben ohne für die Person störende Symptome wie Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot, Schwäche, Mundtrockenheit, Delir, Übelkeit etc. Dazu wurde das im Jahr 2018 novellierte Ärztegesetz (§ 49) mit einem Zusatz ergänzt: „**Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt**“. Dies gilt auch der rechtlichen Absicherung palliativmedizinisch tätiger Kolleg:innen für den Fall, dass es durch eine zur ausreichenden Symptomlinderung notwendige Steigerung nebenwirkungsreicher Medikamente (meist Opiode und Benzodiazepine) zu einer Verschlechterung der Atemfunktion, des Schluckaktes, des Hustens etc. und dadurch unter Umständen zu einem früheren Todeseintritt kommt

Die TZÄ stellt auch eine der Grundlagen für eine Organspende im Rahmen einer DCD – Donation after Circulatory Determination of Death (Maastricht III) – in Österreich dar [8] und ist strikt vom Assistenten Suizid (AS) laut dem österreichischem Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) abzugrenzen, bei dem der Tod durch eine aktive, zum Tode führende Handlung herbeigeführt wird [9–15]. Das Zuführen eines tödlich wirkenden Präparates muss durch die sterbewillige Person selbst herbeigeführt werden. Wir verweisen auch auf das von der ARGE Ethik der ÖGARI erstellte Positionspapier zur DCD in Österreich vom 16.12.2020 [8].

Es soll Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass alle therapeutischen Handlungen im Rahmen einer TZÄ – der *Nicht-Beginn* gleich wie die *Beendigung* – ethisch gleichwertig sind, unabhängig von der Geschwindigkeit des Todeseintritts. Schneller Todeseintritt als Folge einer

TZÄ wird oft als belastend empfunden, manchmal sogar als aktive Herbeiführung des Todes missverstanden. Im Gegensatz zur beabsichtigten Tötung eines Menschen im Rahmen eines AS/einer Tötung auf Verlangen ist die Absicht einer TZÄ das Zulassen des Sterbens und dadurch die Vermeidung der Leidensverlängerung, die bedingt ist durch die Durchführung technisch möglicher medizinischer Handlungen, obwohl schon klar ist, dass der Tod unausweichlich ist.

Wir sprechen in der Ethik von der *Futility*, der Aussichtslosigkeit einer technisch zwar möglichen, aber nicht mehr indizierten Behandlung. *Futility* ist durch das Hinauszögern des Sterbeprozesses und damit die sinnlose Verlängerung von Leiden eine große Belastung für die Patient:innen sowie für deren Angehörige, aber auch für die betreuenden medizinischen Teams. *Futility* ist der häufigste Grund für Burnout bei Medical Professionals [16]. Die Durchfüh-

rung einer nicht verhältnismäßigen, unangemessenen Behandlung missachtet zudem des Prinzips der Gerechtigkeit, sodass *Futility* gleichermaßen alle vier Prinzipien des Georgetown-Mantras verletzt, das eines der wichtigsten ethischen Grundlagen schweriger medizinischer Entscheidungsfindung ist [17].

Eine Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliativmedizin mit dem Ziel „Sterben zuzulassen“ muss für medizinisches Personal immer auch gleichzeitig bedeuten, eine palliative Therapie für die letzte Phase des Lebens und schlussendlich auch im Rahmen der Sterbebegleitung zu initiieren, mit dem Ziel des Wohltuns und der Bemühung um bestmögliche Symptomlinderung (siehe Ärztegesetz § 49 [18, 19]). In der Sterbephase sprechen wir von der sogenannten *Comfort Terminal Care* (siehe Tab. 1).

Sterbehilfe

Sterbehilfe ist mittlerweile ein inhaltsveränderter Begriff, den wir vorschlagen, *NICHT mehr* für medizinische Handlungen am Lebensende im Sinne einer TZÄ, von Heilung Richtung Palliation, zu verwenden. Der Wortteil *Hilfe* ist zwar prinzipiell positiv konnotiert, das Wort *Sterbehilfe* impliziert aber mittlerweile meist die aktive Herbeiführung des Todes eines Menschen (z.B. im Rahmen eines AS, Tötung auf Verlangen) und ist damit missverständlich. Ärzt:innen und Pflegepersonen helfen sehr wohl Menschen in der letzten Phase ihres Lebens, nicht leiden zu müssen und unter guter Symptomlinderung (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot, Schwäche, Mundtrockenheit, Delir, Übelkeit etc. ...) „in Würde sterben“ zu können/dürfen. Der Fokus liegt bei fortgeschrittener Erkrankung angesichts der großen medizinischen Machbarkeit auf einer guten und rechtzeitigen medizinischen Entscheidungsfindung (TZÄ) mit der Intention, Sterben zuzulassen, den Sterbeprozess nicht hinauszuzögern und Leiden nicht zu verlängern, um dadurch Übertherapie und deren Folge, die chronisch kritische Erkrankung, zu vermeiden.

| Tab. 2 Gebräuchliche Begrifflichkeiten rund um Assistierte Suizid und Lebensende | |
|--|--|
| Suizid | Der Begriff stammt aus dem Lateinischen und wird übersetzt mit „Selbsttötung“, ist also eine selbstausgeführte Handlung, die den Tod herbeiführt |
| Assistierter Suizid (AS) | Bezeichnet die Unterstützung der Suizidhandlung einer sterbewilligen Person durch eine helfende (= dritte) Person, wobei die sterbewillige Person die letzte, zum Tode führende Handlung selbst durchführen muss (z. B. das Präparat selbst einnehmen, die Perfusorspritze selbst starten etc. ...). Der assistierte Suizid ist seit 01.01.2022 in Österreich straffrei gestellt. |
| Tötung auf Verlangen | Einem Menschen wird auf seinen Willen hin ein Präparat durch eine dritte, Beihilfe leistende Person verabreicht (z. B. über intravenöse Leitung, Magensonde etc.) mit der Absicht, den Tod herbeizuführen (z. B. Barbiturate, Muskelrelaxanzien, Propofol etc.). Die Tötung auf Verlangen ist in Österreich verboten |
| Euthanasie | In englischsprachigen Ländern wird die Tötung auf Verlangen als „ <i>euthanasia</i> “ bezeichnet. Der Begriff kommt aus dem Griechischen und hatte ursprünglich die positive Bedeutung „der schöne Tod“. In deutschsprachigen Ländern ist der Begriff der Euthanasie negativ konnotiert, da darunter meist der systematische Mord an Menschen während der Zeit des Nationalsozialismus verstanden wird |
| Physician Assisted Suicide (PAS) | Kommt ebenfalls aus dem angloamerikanischen Raum und entspricht nicht immer genau der ärztlichen Aufklärung bzw. der erlaubten ärztlichen Beihilfe zum AS lt. dem derzeit gültigen StVfG in Österreich. Für diese Begrifflichkeit ist in Österreich die Frage nach der Garantenstellung von Ärzt:innen, nach der unterlassenen Hilfeleistung und dem Berufsethos noch nicht ausreichend geklärt |
| Medical Assistance in Dying (MAiD) | Die aktive Gabe von tödlich wirkenden Substanzen durch eine dritte Person (Ärzt:in, Person aus den Gesundheitsberufen), was z. B. in Belgien (seit 2005), Niederlande (seit 2012), Kanada (seit 2019) und Spanien (seit 2021) erlaubt ist. Dies entspricht in Österreich dem Begriff der „Tötung auf Verlangen“ und ist lt. österreichischer Rechtsprechung verboten |
| AS assistierter Suizid, StVfG Sterbeverfügungsgesetz | |

Warum der Begriff „Aktive Sterbehilfe“ nicht oder nur sehr bewusst verwendet werden sollte

Der Begriff *aktive Sterbehilfe* ist missverständlich, weil etwa bei einer TZÄ, zum Beispiel im Rahmen eines Withdraws (RID= reevaluate indication and deescalate/withdraw) aktive ärztliche Handlungen notwendig sind, um dem geänderten Therapieziel gerecht zu werden (u.a. Umstellen/Einstellen der maschinellen Beatmung, Beendigung der Hämofiltration, Abschalten der Katecholamintherapie oder Ernährung, Adaptation der Sedierungstherapie). Es ist dabei ganz klar zu differenzieren, dass die Intention einer TZÄ nicht die aktive Tötung eines Menschen ist (das wäre Mord!), sondern es darum geht, Sterben zuzulassen, indem technisch machbare, aber nicht mehr indizierte/gewünschte Maßnahmen beendet oder nicht begonnen werden mit dem Ziel, Leiden nicht zu verlängern und Sterben nicht künstlich hinauszuzögern. Dies wäre sowohl ethisch als auch rechtlich nicht geboten bzw. verboten, weil es entweder keine Indikation für eine technisch machbare, therapeutische

Handlung gibt oder Patient:in diese selbst ablehnt – durch einen selbst geäußerten, mündlichen und/oder verschriftlichten Willen (z. B. Patient:innenverfügung) oder einen überbrachten, also mutmaßlichen Patient:innenwillen.

Anmerkung. Der *Physician Assisted Suicide* (PAS) ist im Endeffekt eine Form der aktiven Sterbehilfe, im Rahmen derer eine Ärzt:in handelt/hilft, den Tod im Rahmen einer Selbsttötung aktiv herbeizuführen. In der englischsprachigen Literatur wird der Begriff PAS nicht immer von der MAiD (Medical Assistance in Dying; Tötung auf Verlangen) unterschieden, weshalb die Verwendung in Österreich verwirrend und unter Umständen irreführend sein kann (siehe [Tab. 2](#); [20–24]).

Warum der Begriff „Passive Sterbehilfe“ nicht mehr verwendet werden sollte

Der Begriff *passive Sterbehilfe* ist missverständlich, weil die Begrenzung einer Therapie durch *Nicht-Handeln* (DNR, DNE, Withhold) im Rahmen einer Therapiezieländerung erstens eine aktive ärztliche Entschei-

dung erfordert und oft auch aktives ärztliches Handeln notwendig macht (s. oben), um Sterben zuzulassen, wenn es keine Indikation/kein für die Person wünschenswertes und erreichbares Therapieziel gibt oder Patient:in eine technisch machbare medizinischen (Be-)Handlung ablehnt (z. B. Dialyse bei Nierenversagen nicht beginnen, keine Reanimation, Anpassung der Beatmungstherapie, keine Operation bei Blutung etc. ...).

Warum der Begriff „Indirekte Sterbehilfe“ nicht mehr verwendet werden sollte

Der Begriff der *indirekten Sterbehilfe* ist missverständlich, weil damit inhaltlich nicht die *Leidenslinderung* als medizinische Entscheidungsgrundlage in den Vordergrund gerückt wird (deren Folge dann auch irgendwann der Tod ist), sondern „Helfen beim Sterben“ rein semantisch das Handlungsziel ist.

Therapien am Lebensende sind zu indizieren und durchzuführen wie alle anderen Therapien auch. Therapien am Lebensende legen den Fokus auf bestmögliche Symptomlinderung, um Leiden zu vermeiden und ein Sterben in Würde möglich zu machen, aber den Sterbeprozess nicht zu verlängern. Therapien am Lebensende benötigen wie jede andere Therapie auch ein Therapieziel und müssen fachlich kompetent indiziert und durchgeführt werden.

Doppelwirkung

Es gilt die Regel der *Doppelwirkung* (auch *Doppeleffekt*): Eine nützliche Handlung mit möglicherweise schädigenden Nebenwirkungen (schlechteres Husten, Schlucken, Aspiration, flachere Atmung) ist unter bestimmten Umständen berechtigt, wenn das Ziel der Symptomlinderung (und damit die Verbesserung der Lebensqualität am Ende des Lebens) im Vordergrund steht und hierfür unvermeidbare negative Nebenwirkungen (in der Sterbephase ist das der frühere Tod) in Kauf genommen werden dürfen (§ 49a ÄrzteG) [18]. Die Regel, dass *Schaden durch Nebenwirkungen* in Kauf genommen wird, ist beim sterbenden Menschen nicht angezeigt (z. B. Chemotherapie).

Korrespondenzadresse

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck

Anichstr. 35, 6020 Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

Danksagung. Mein besonderer Dank gilt drei Mitgliedern des Ethik-Lehrkörpers der Medizinischen Universität Innsbruck: Gabriele Werner-Felmayer, Elisabeth Medicus und Georg Gasser, die bei der Erarbeitung des Dokumentes einen großen Beitrag geleistet haben.

Mitglieder der ARGE Ethik der ÖGARI. Andrea Lenhart-Orator; Dietmar Weixler; Helga Dier; Roman Gottardi; Walter Hasibeder; Marie-Luise Hoffmann; Christoph Hörmann; Claus-Georg Krenn; Rudolf Likar; Thomas Pernerstorfer; Bettina Pfausler; Julia Sieber; Astrid Steinwendtner-Kolator; Rainer Thell; Jürgen Wallner; Günther Weber; Michael Zink

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

- Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Österreich. www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html. Zugegriffen: 15. März 2023.
- Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI). Therapiezieländerung auf der Intensivstation, Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013;48:216–23.
- Kink E. Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin, Der Tod als mit dem menschlichen Leben verbundenen Konsequenz. *Wien Klein Mag.* 2022;25:48–53.
- Fries H. Dem Tod ins Gesicht schauen – müssen wir Gespräche über Entscheidungen am Lebensende führen? Eine medizinethische Analyse. *Ethik Med.* 2022;34:177–93.
- Breault JL. DNR, DNAR, or AND? Is Language Important? *Ochsner J.* 2011;11(4):302–6.
- Editorials: From the Editor. To resuscitate or not to resuscitate? DNR, DNAR or ...? *Clin Med JRCPL.* 2001;1:429–30.
- Quante M. Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen? *Ethik Med.* 1998;10:206–26.
- Positionspapier der ÖGARI zur DCD. www.oegari.at/web_files/cms_daten/dcd_01.11_final_positionspapier_ogari_briefkopf.pdf. Zugegriffen: 15. März 2023.
- Feichtner A, Körtner U, Likar R, Watzke H, Weixler D. Assistierter Suizid – Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. Springer; 2022. ISBN 978-3-662-64346-4. Bibliographie. Book.
- Oduncu FS, Hohendorf G. Die ethische Verantwortung des Arztes, Assistierter Suizid. *Dtsch Arztebl* 2011;108(24):A1362–4
- Hoppe D et al. Ärztlich assistierter Suizid – Tötung auf Verlangen. Ethisch verantwortetes ärztliches Handeln und der Wille des Patienten, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht.
- Kipke R. Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute, Zur Frage nach der ethischen Rechtfertigung eines Verbots ärztlicher Suizidassistenz in einer liberalen Gesellschaft. *Ethik Med.* 2015;27:141–54.
- Sahm S. Ärztlich assistierter Suizid, Medizinische Ethik und suizidales Begehren. *Onkologie.* 2020;26:441–8.
- Henking T. Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt.* 2022;65:67–73.
- Shibata B. An ethical analysis of euthanasia and physician-assisted suicide: rejecting euthanasia and accepting physician assisted suicide with palliative care. *J Leg Med.* 2017;37:155–66.
- Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine. Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin. *Swiss Academies Communications*, Vol. 16, N° 6, 2021.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* (Georgetown Mantra). 5. Aufl. New York: Oxford University Press; 2001.
- Änderung des Ärztegesetzes 1998, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des Frei-beruflichen-Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. I 2019/20, RIS – BGBLA_2019_I_20 – Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004 (bka.gv.at) § 49a ÄrzteG. <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html>. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Änderung des Ärztegesetzes 1998, des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes und des Frei-beruflichen-Sozialversicherungsgesetzes, BGBl. I 2019/20, RIS – BGBLA_2019_I_20 – Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004 (bka.gv.at) § 49 ÄrzteG. <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html>. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Sterbeverfügungsgesetz: BGBl. I 2021/242. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011782>. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Sterbeverfügungsgesetz, Gesetzesmaterialien: BgNR 27. GP, RV 1177. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I_01177/index.shtml. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung: BGBl. II 2022/16. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011789>. Zugegriffen: 15. März 2023.
- Halmich M. Sterbeverfügungsgesetz StVfG | StVf-Präp-V: Kompakte Gesetzeskommentierung. Wien: Educa-Verlag; 2022.
- Petricic 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. Zugegriffen: 15. März 2023.

Weiterführende Literatur

- Deklaration von Genf: Hippokrates und das ärztliche Gelöbnis. <https://aerztezeitung.at/2018/oaz-artikel/politik/deklaration-von-genf-hippokrates>. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Europäische Menschenrechtskonvention. www.menschenrechtskonvention.eu/#3-emrk---inhalte. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Artikel 2 (Recht auf Leben). www.ris.bka.gv.at/eli/bgb/1958/210/A2/NOR12016933. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Artikel 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit). www.ris.bka.gv.at/eli/bgb/1958/210/A5/NOR12016936. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Ad Patientenverfügung. www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/3.html. Zugegriffen: 19. April 2023.
- Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende Stellungnahme Nationaler Ethikrat 2006, www.ethikrat.org
- British Medical Association, Resuscitation Council (UK), Royal College of Nursing. Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: a joint statement from the British Medical Association, the Resuscitation Council (UK) and the Royal College of Nursing. *J Med Ethics.* 2001;27(5):310–6. discussion 317–23.
- Bettina Schöne-Seifert Moderne Medizinethik Problemfeld: Sterbehilfe, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Preprints and Working Papers of the Centre for Advanced Study in Bioethics Münster 2015/73
- Dietrich F. Legalisieren der aktiven Sterbehilfe – Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie? *Ethik Med.* 2009;21:275–88.
- Weilguni V, Friesenecker B. „Grauzonen machen mir Angst“: Stimmen zum assistierten Suizid. *Anästhesie Nachrichten.* 2022;2:126–30. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00045-7>.
- Friesenecker B, Stadlinger J. Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. *Anästhesie Nachrichten.* 2022; <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z>.

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