

Anästhesie Nachr
<https://doi.org/10.1007/s44179-024-00203-z>
 Angenommen: 24. Januar 2024

© The Author(s) 2024



Assistierter Suizid ist noch keine „area of interest“ für Ärzt:innen

Andrea Lenhart¹ · Dietmar Weixler² · Eva Schaden³ · Sonja Fruhwald⁴ · Barbara Friesenecker⁵

¹ Ehemals Abteilung für Anästhesie, Intensiv-, und Schmerzmedizin, Klinik Ottakring, Wien, Österreich

² Österreichische Palliativgesellschaft (OPG), Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

³ Allgemeine Intensivmedizin und Schmerztherapie, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Anästhesie, Wien, Österreich

⁴ Klinische Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin 2, LKH Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich

⁵ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Eine Umfrage fünf Monate nach Inkrafttreten des neuen Sterbeverfügungsgesetzes am 01.01.2022 zeigt Stress, Unsicherheit und Unwissenheit unter den befragten Ärzt:innen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG).

Im Mai/Juni 2022 wurde eine anonyme Online-Umfrage unter den Mitgliedern der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) zum Informationsstand, den Erfahrungen und evtl. bestehenden Ängsten/Sorgen bzgl. des mit 01.01.2022 in Kraft getretenen Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) durchgeführt [1, 2]. Darin wird die Beihilfe zum assistierten Suizid (AS) straffrei gestellt. Bis zu diesem Zeitpunkt war die „Mitwirkung am Selbstmord“ nach § 78 StGB strafbar: „... Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit einer Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren zu bestrafen...“ [3]. In der Entscheidung des österreichischen Verfassungsgerichtshofes wird aus dem „Recht auf freie Selbstbestimmung“ das „Recht auf ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Sterben“ abgeleitet. Seit Inkrafttreten des neuen StVfG können Menschen nun unter genau definierten Umständen eine Sterbeverfügung (SV) errichten, einen all-

fälligen Suizid selbst bestimmen und sich dazu Hilfe holen. Der Umgang mit dem zu verwendenden Präparat ist in der Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung festgelegt [4]. Die sterbewillige Person (SwP) sowie auch die Hilfe leistenden Personen bleiben straffrei. *Tötung auf Verlangen* und *Verleitung zum Suizid* bleiben weiterhin strafbar. Die Verantwortlichkeiten im Rahmen der Suizidhandlung wurden durch den Gesetzgeber aufgeteilt – Beratung/Information und Hilfeleistung sind an unterschiedliche Personen gebunden (siehe dazu [Abb. 12](#)). Das *Recht auf Selbstbestimmung* wird seit der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen als ein Grundrecht des Menschen angesehen und ist auch in der europäischen Menschenrechtskonvention fix verankert [5]. Ein wohlüberlegter, sich in der Vorbereitung an die gesetzlichen Vorgaben haltender AS ist eine individuelle, höchst persönliche, selbstbestimmte Handlung, die zu einer Selbsttötung mit oder ohne Beihilfe führt. Da die Selbsttötung keine strafbare Handlung ist, ist folgend auch die Beihilfe dazu straffrei. Das neue StVfG entlastet damit die helfenden Personen juristisch.

Derzeit – 2 Jahre nach Inkrafttreten des neuen StVfG – ist die Inzidenz an AS in Österreich steigend, aber die absolute Zahl an vollzogenen AS noch überschaubar. Die im folgenden genannten Zahlen stammen aus dem ASCIRS (Assistierter Suizid Critical Incident Reporting System; abgerufen am

Co-Autor:innen. ... sind folgende Mitglieder der ARGE Ethik (in alphabetischer Reihenfolge): Helga Dier, Roman Gottardi, Walter Hasibeder, Maria Luise Hoffmann, Christoph Hörmann, Claus Krenn, Rudolf Likar, Thomas Pernerstorfer, Bettina Pfausler, Christian Roden, Julia Sieber, Astrid Steinwendtner-Kolator, Rainer Thell, Günther Weber, Michael Zink.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

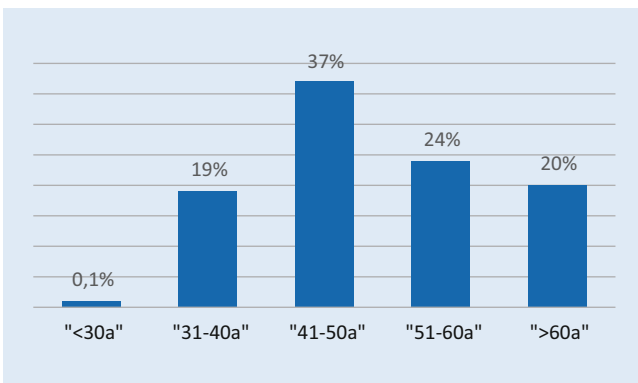


Abb. 1 ▲ Altersverteilung der rückmeldenden Kolleg:innen?

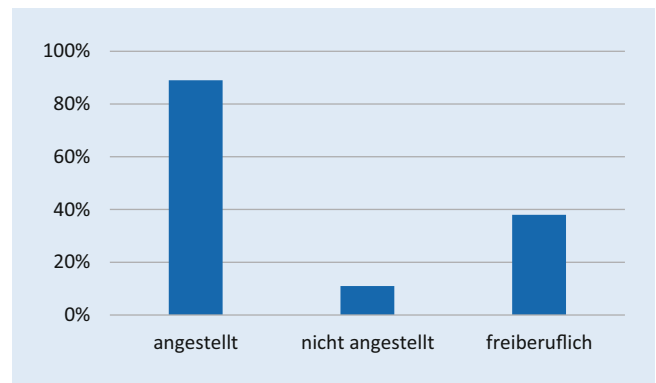


Abb. 2 ▲ Dienstverhältnis?

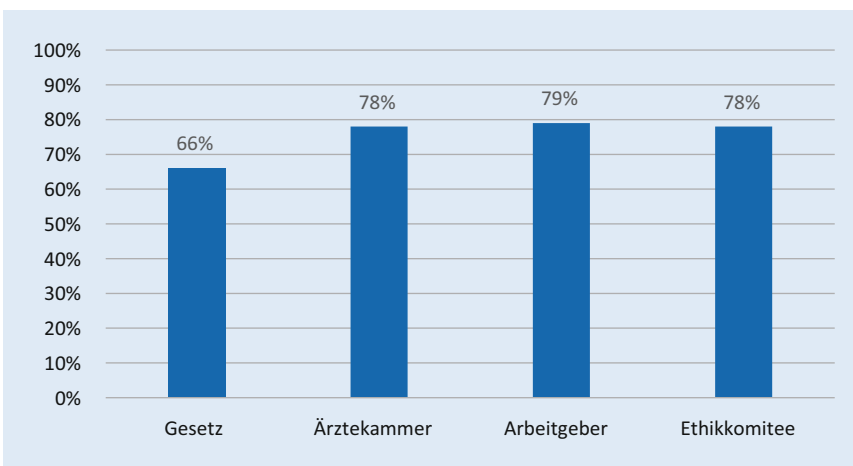


Abb. 3 ▲ Unzureichende Informationsweiterleitung zum neuen Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) durch die unterschiedlichen Institutionen?

14.08.2023), das die OPG ins Leben gerufen hat, um einen „klinischen“ Überblick über die Situation in Österreich zu bekommen: Es waren zu diesem Zeitpunkt 45 vollendete AS bei 95 Anfragen um Unterstützung zum AS und zwei abgebrochene AS gemeldet. Frauen sind signifikant häufiger betroffen als Männer, eine diverse Person beging AS. Die Patient:innen litten meist an Tumorerkrankungen, neurologischen Erkrankungen oder COPD. Vier Personen hatten psychische oder psychiatrische Erkrankungen. Die sterbewilligen Personen waren im Alter zwischen 30–97 Jahren. Diese Zahlen sind mit dem Bias einer wahrscheinlich hohen Dunkelziffer zu verstehen, da die Meldung ans ASCIRS durch Ärzt:innen, die in Kontakt mit einem AS gekommen sind, freiwillig erfolgt [6].

Bis zum Zeitpunkt der Umfrage hatten sich nur wenige medizinische Einrichtungen mit dem Thema AS so intensiv auseinandergesetzt, dass sie rechtzeitig vor oder

kurz nach dem Inkrafttreten des neuen StVfG ihren Mitarbeiter:innen einschlägige Informationen zur Verfügung gestellt hätten – weder im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, noch in Form von schriftlichen Handlungsanleitungen („standard operating procedures“; SOPs).

Ziel der Umfrage war daher nicht nur die Erhebung des zum Zeitpunkt der Umfrage vorhandenen Wissens und der Einstellung der ärztlichen Kolleg:innen aus ÖGARI/OPG, sondern auch gleichzeitig eine gezielte Kurzinformation der Kolleg:innen mit den wichtigsten Facts rund um das Thema AS.

Methoden

Die Umfrage unter den ärztlichen Mitgliedern der ÖGARI und OPG wurde mittels *SurveyMonkey* durchgeführt. Neben der Evaluierung des Wissensstands und der ärztlichen Wahrnehmung rund um das

Thema AS war auch die Erfassung der mit dem Thema AS verbundenen emotionalen Belastungen für die „medical professionals“ kurz nach Inkrafttreten des neuen StVfG ein Ziel. Vor den thematisch geordneten Fragenblocks wurde den ärztlichen Kolleg:innen von ÖGARI und OPG jeweils eine kompakte Information zur Verfügung gestellt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, sich auch ohne großes Vorwissen eine Meinung bilden zu können und informiert zu antworten.

Arbeitshypothese für die Entwicklung der Umfrage war, dass ärztliche Kolleg:innen, die nach Inkrafttreten des neuen StVfG in klinischen Situationen mit einem AS konfrontiert werden (Herzalarm, zuständige Assistenz-, oder Fachärzt:in auf einer Normalstation/im Schockraum, Notärzt:in etc.), möglicherweise nicht ausreichend informiert sein könnten und aufgrund von mangelndem Problembewusstsein/Wissen in der Notfallsituation überfordert wären, was – abgesehen von großem persönlichen Stress – unter Umständen auch zum Treffen von Fehlentscheidungen führen könnte [7].

Ergebnisse der Umfrage

Demografische Daten der befragten

Ärzt:innen. Die ÖGARI und die OPG haben zusammen insgesamt knapp 1800 Mitglieder, an die die Umfrage per E-Mail versendet wurde. Die Umfrage wurde von 231 Personen (13%) beantwortet, 60% waren Fachärzt:innen für Anästhesiologie und Intensivmedizin und 67% gaben an Allgemeinmediziner:innen zu sein. Dies ist kein Widerspruch, da in Österreich vor allem ältere Ärzt:innen häufig neben

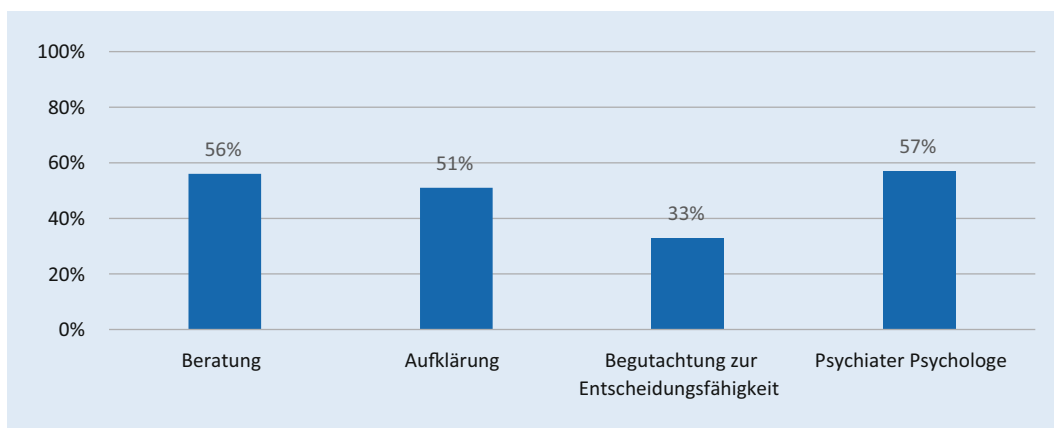


Abb. 4 ◀ Ärztliche Bereitschaft an der Errichtung einer Sterbeverfügung (SV) mitzuwirken?

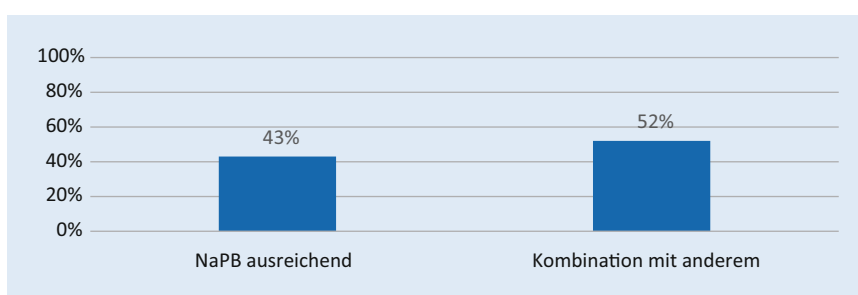


Abb. 5 ▲ Eignung von Natrium-Pentobarbital (NaPB) als Substanz für die Durchführung eines AS?

ihrer Fachärzt:innenausbildung auch eine Ausbildung zur Allgemeinmediziner:in absolviert haben. 54% aller Rückmeldenden hatten das Zusatzdiplom in Palliativmedizin.

Frage 1. Altersverteilung der rückmeldenden Kolleg:innen? (▣ Abb. 1)

Mit insgesamt 81% waren der weitaus überwiegende Anteil der Rückmeldenden erfahrene Ärzt:innen über dem 40. Lebensjahr.

Frage 2. Dienstverhältnis? (▣ Abb. 2)

Rund 90% der rückmeldenden Ärzt:innen arbeiten in einem Angestelltenverhältnis, knapp 40% gaben an, freiberuflich tätig zu sein (Mehrfachnennung möglich).

Frage 3. Unzureichende Informationsweiterleitung zum neuen StVfG durch die unterschiedlichen Institutionen? (▣ Abb. 3)

Der weitaus überwiegende Teil der rückmeldenden Ärzt:innen fühlte sich allseits unzureichend informiert: 66% vom Gesetzgeber, knapp 80% sowohl von ihrer Standesvertretung (Ärztelkammer) als auch von dem/der Arbeitgeber:in

und den jeweiligen Ethikkomitees der Institutionen.

Frage 4. Ärztliche Bereitschaft, an der Errichtung einer SV mitzuwirken? (▣ Abb. 4)

Etwas über die Hälfte der Rückmeldenden gab an, Beratung und Aufklärung zu einer SV durchführen oder dies anbieten zu wollen. Nur ein Drittel wollte eine Stellungnahme zur Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit abgeben. 57% der Rückmeldenden waren der Meinung, für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Sinne des StVfG eine:n Fachärzt:tin für Psychiatrie oder eine:n klinisch tätige:n Psycholog:in hinzuziehen zu wollen.

Frage 5. Eignung von Natrium-Pentobarbital als Substanz für die Durchführung eines AS? (▣ Abb. 5)

Nur 43% der Rückmeldenden sahen Natrium-Pentobarbital (NaPB) als alleinige Substanz in der vorgegebenen Dosierung von 15 g als ausreichend/geeignet an, verlässlich den Tod herbeizuführen. Rund die Hälfte schlug vor, Natrium-Pentobarbital mit anderen Substanzen zu kombinieren.

Frage 6. Bereitschaft zur Hilfeleistung? (▣ Abb. 6)

29% der Rückmeldenden würden das Präparat aus der Apotheke holen, während 50% der Rückmeldenden dazu nicht bereit waren. 37% der Antwortenden würden auf Bitte beim Suizid anwesend sein, 40% eine Leitung legen (Magensonde oder iv-Leitung), 34% diese auch konnektieren und 37% ein Glas mit der Substanz halten, den Kopf stützen etc.

20–31% der Rückmeldenden knüpften ihre positive Bereitschaft zu einer Hilfeleistung allerdings an die Bedingung eines engen, persönlichen Naheverhältnisses zur SwP.

Frage 7. Ärztliche Handlungen im Falle von extramural auftretenden Komplikationen (z. B. prothraierter Sterbeverlauf, Symptome)? (▣ Abb. 7)

Bei extramuralen Komplikationen ohne Vorliegen einer Patientenverfügung (PV), in der eine kardiopulmonale Reanimation (CPR) abgelehnt wird, würden 30% der rückmeldenden Ärzt:innen eine Notärzt:in (NAW) rufen und 33% selbst mit einer CPR beginnen. Wenn Patient:in zusätzlich zur SV eine Patient:innenverfügung hat, würden nur 8% der Rückmeldenden eine Rettung rufen. Knapp 90% der Rückmeldenden würden zusätzlich eine Comfort Terminal Care (CTC) anbieten, also keine lebensrettenden Sofortmaßnahmen ergreifen, sondern nur Maßnahmen im Rahmen bestmöglicher Symptomlinderung im Rahmen einer Sterbebegleitung durchführen.

Frage 8. Ärztliche Handlungen im Falle eines geplanten, intramuralen AS (in den

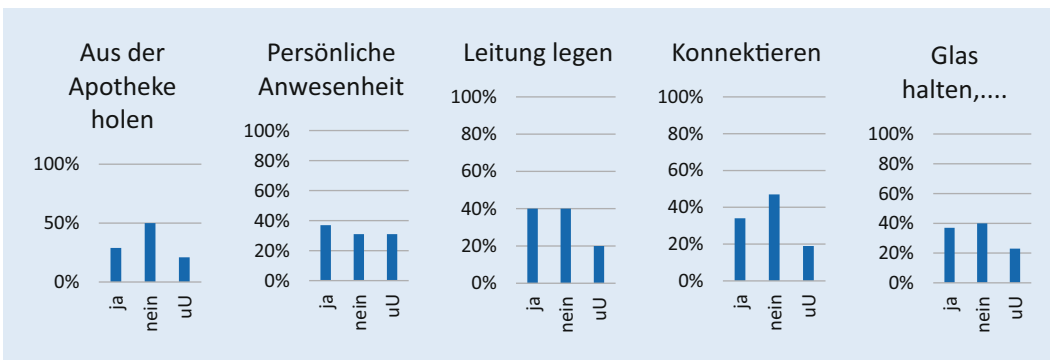


Abb. 6 ◀ Bereitschaft zur Hilfeleistung? (uU unter Umständen)

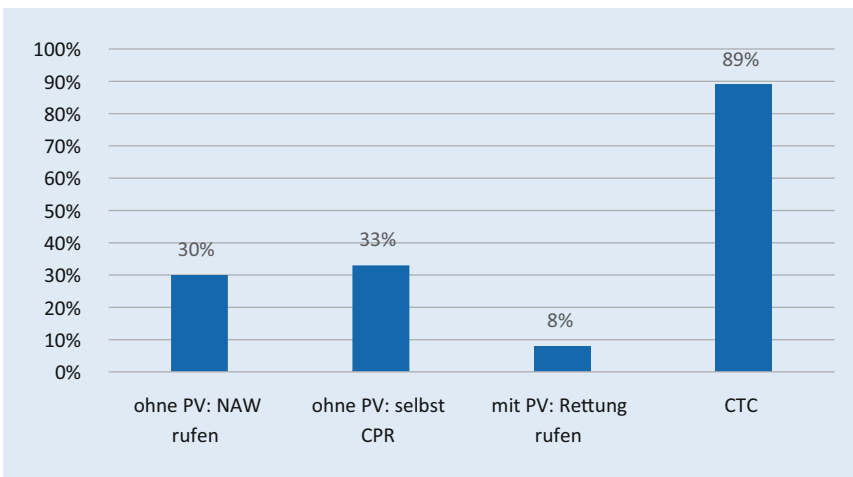


Abb. 7 ▲ Ärztliche Handlungen im Falle von extramural auftretenden Komplikationen (z. B. prothartierter Sterbeverlauf, Symptome)? (PV Patientenvorfügung, NAW Notarztwagen, CPR kardiopulmonale Reanimation, CTC Comfort Terminal Care)

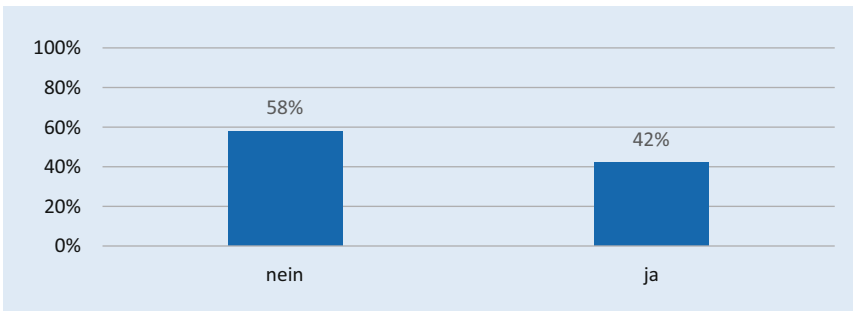


Abb. 8 ▲ Würden Sie reanimieren, wenn Sie einen Hinweis auf fehlende Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Präparateinnahme bekommen hätten (sowohl in der extra-, als auch intramuralen Situation)?

Räumlichkeiten einer medizinischen Einrichtung, Ärzt:in wird von der SwP vorinformiert)?

Insgesamt 53% der Rückmeldenden würden nicht versuchen, den AS zu verhindern (47% der Rückmeldenden schon!).

30% aller Rückmeldenden gaben zusätzlich im Detail ihre diesbezüglichen Handlungsoptionen an (Mehrfachnennungen waren möglich): 60% würden

das Gespräch mit der SwP suchen und palliativmedizinische Optionen diskutieren, 7,2% würden Vorgesetzte befragen, um sich über die Rahmenbedingungen zu informieren, 15% würden die SwP entlassen oder transferieren, 2,8% wollten den Fall im Team besprechen. 5,7% waren ratlos und 7,2% lehnten das Thema AS völlig ab und würden kündigen.

Frage 9. Würden Sie einen geplanten, intramuralen AS (in den Räumlichkeiten einer medizinischen Einrichtung) zulassen?

Im Gegensatz zur extramuralen Situation, wo ca. 30% der Rückmeldenden eine Reanimation erwägen, würden bei einem geplanten, intramuralen AS 80% der Rückmeldenden den AS zulassen, 40% Hilfe leisten und 90% eine CTC anordnen.

Frage 10. Was würden Sie im Rahmen eines Herzalarms tun, wenn Sie zu einem ungeplanten/nicht vorangekündigten AS gerufen werden?

Im Rahmen des „Herzalarms“ bei einem ungeplanten/nicht vorangekündigten AS würden 78% der Rückmeldenden ohne zusätzliche Information eine begonnene CPR abbrechen. 97% würden eine CPR abbrechen, wenn eine gültige PV vorliegt, in der eine CPR abgelehnt wird.

Frage 11. Würden Sie reanimieren, wenn Sie einen Hinweis auf fehlende Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Präparateinnahme bekommen hätten (sowohl in der extra-, als auch intramuralen Situation)? (Abb. 8)

Nur 42% der Rückmeldenden würden eine CPR durchführen, d.h. 58% würden bei fehlender Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Durchführung des assistierten Suizids nicht reanimieren. Weniger als 50% der Rückmeldenden würden Polizei, den Amtsarzt oder die Rettung verständigen.

Frage 12. Spüren Sie ein ethisches Dilemma, wenn Sie der Frage nach Beihilfe zum AS zustimmen (rot) bzw. dieselbe Hilfeleistung ablehnen (blau)? (Abb. 9)

Knapp 60% der Rückmeldenden gab ein ethisches Dilemma an, wenn sie Bera-

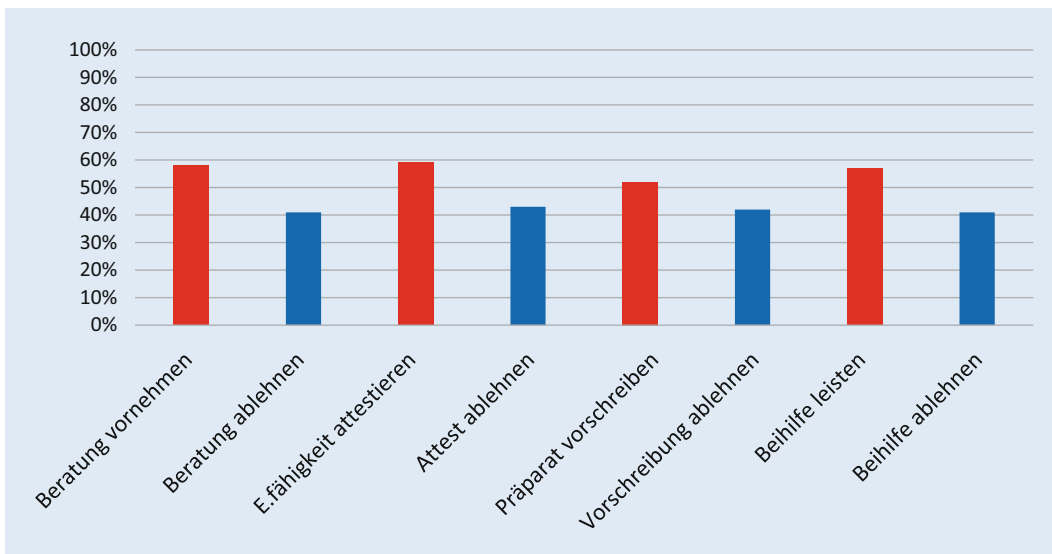


Abb. 9 ◀ Spüren Sie ein ethisches Dilemma, wenn Sie der Frage nach Beihilfe zum AS zustimmen (rot) bzw. dieselbe Hilfeleistung ablehnen (blau)?

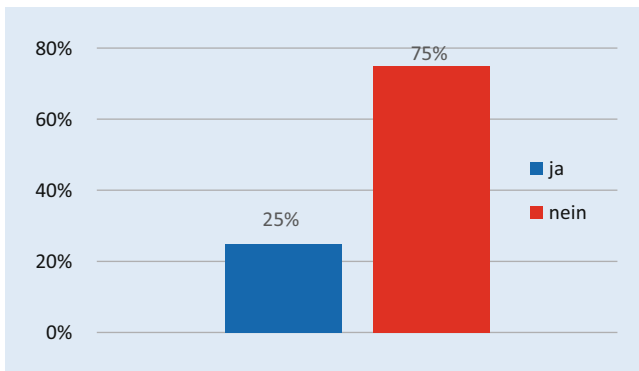


Abb. 10 ◀ Soll der AS grundsätzlich zum Leistungsangebot von Ärzt:innen gehören?

Diskussion

Insgesamt waren 2021 in Österreich knapp 49.000 Ärzt:innen registriert. Circa 1800 Ärzt:innen sind Mitglieder der im Rahmen der Umfrage befragten Fachgesellschaften ÖGARI und OPG. Der überwiegende Teil der befragten Ärzt:innen waren erfahrene Fachärzt:innen aus dem Bereich Anästhesie/Intensivmedizin und Palliativmedizin (Frage 1), die sich in ihrem Berufsalltag regelmäßig mit den Fragen rund um das „Ende des Lebens“ beschäftigen müssen. Dennoch fällt es auch diesen oft schwer, angesichts großer technischer Machbarkeit am Lebensende rechtzeitig Entscheidungen in Richtung Palliativmedizin zu treffen. Dies ist eine Ursache für Übertherapie und deren negative Folgen für die betroffenen Patient:innen und deren An- und Zugehörige, das Gesundheitssystem und die darin arbeitenden „medical professionals“ [8]. In unserer Gesellschaft sind Tod und Sterben immer noch ein großes Tabuthema. Es gibt Menschen, die von der Medizin Unerfüllbares erwarten, sich nur am technisch Machbaren und an Fallberichten aus der Laienpresse orientieren. Wenn sie dabei auf Mediziner:innen treffen, die sich auch nur an technischer Machbarkeit orientieren, wird häufig Leiden verlängert und Sterben hinausgezögert. Diese Haltung ist ein weltweit beobachtetes Phänomen in finanzstarken Ländern, in denen viel Geld im Gesundheitssystem zur Verfügung steht [8]. Andererseits haben Menschen Angst davor, durch Überthera-

tion/Aufklärung nach dem StVfG, Attestierung der Entscheidungsfähigkeit, Präparatvorschreibung durchführen und direkte Beihilfe leisten (rote Balken). Ca. 40 % der Rückmeldenden gaben ein ethisches Dilemma an, wenn sie dieselben Handlungen ablehnen (blaue Balken). 50 % der Rückmeldenden sind der Meinung, dass die Verantwortung für den AS ausschließlich bei der SwP liegen sollte.

Frage 13a. Soll der AS grundsätzlich zum Leistungsangebot von Ärzt:innen gehören? (Abb. 10)

75 % der rückmeldenden Ärzt:innen sind der Meinung, dass der AS nicht zum Leistungsangebot von Ärzt:innen gehören sollte (rot).

Frage 13b. Sollte es ein Leistungsangebot zum AS in einer medizinischen Einrichtung geben? (Abb. 11)

11 % der Rückmeldenden lehnen ein Angebot für die Durchführung eines AS in

einer medizinischen Einrichtung komplett ab. Ein Teil der Rückmeldenden würde das „Leistungsangebot AS“ in einer Institution verankert sehen: 32 % in einem Krankenhaus (KH), 36 % in einem Pflegeheim (PH), 56 % auf einer Palliativstation/Hospiz (Pall Station). Mehrfachnennungen waren möglich.

Frage 14. Erwartungen zur weiteren Entwicklung des Themas AS in Österreich?

67 % der Rückmeldenden erwarten sich die Einführung von kommerziellen Institutionen, die den AS als Leistungsangebot anbieten (wie z. B. in der Schweiz). 46 % der Rückmeldenden fürchten die Ausweitung des Gesetzes auf Minderjährige und 55 % die Erweiterung des Gesetzes in Richtung „Tötung auf Verlangen“, 58 % befürchten eine Änderung des ärztlichen Ethos. 74 % der Rückmeldenden glauben aber nicht, dass das neue StVfG zu einer Erschütterung des Ärzt:in/Patient:innen-Vertruenensverhältnisses führen wird.

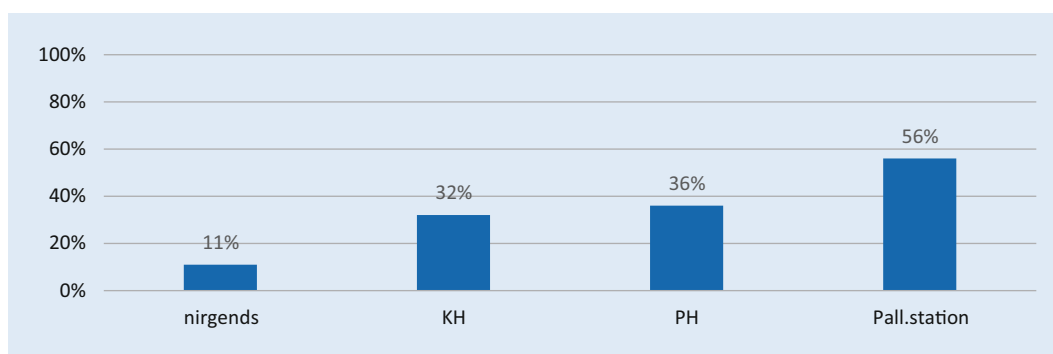


Abb. 11 ◀ Sollte es ein Leistungsangebot zum AS in einer medizinischen Einrichtung geben? (KH Krankenhaus, PH Pflegeheim)

pie und den dadurch hinausgezögerten Sterbeprozess am Ende ihres Lebens leiden zu müssen und nicht in Würde sterben zu dürfen. Sie wollen daher ihren Tod unter Ausnutzung ihres Rechts auf freie Selbstbestimmung selbst in die Hand nehmen [9]. Ärzt:innen sind gefordert, im Rahmen der ärztlichen Therapieplanung den individuell richtigen Weg zu finden, um mit einer rechtzeitigen Therapiezieländerung Übertherapie zu vermeiden und damit die Furcht der Menschen zu verringern, in die „Fänge moderner Medizin“ zu geraten. Gleichzeitig ist aber auch die Gesellschaft gefordert, einerseits das Thema Tod und Sterben (wieder) aus der Tabuzone zu holen, um so Situationen am Lebensende offener und vor allem rechtzeitig besprechen zu können und für den Bedarfsfall Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten zu erstellen. Andererseits ist ein rascher, flächendeckender Ausbau einer palliativmedizinischen Versorgungsstruktur die einzige Chance, die immer wieder berichtete Sorge vor großem Leid und dem Alleinsein sowie das Anliegen, niemandem zur Last fallen zu wollen, zu entkräften. So bliebe der AS den wenigen und gut besprochenen Ausnahmesituationen vorbehalten, die durch palliativmedizinische Versorgung nicht abgedeckt werden können.

Die Schwierigkeiten, eine rechtzeitige Therapiezieländerung von Heilung in Richtung Palliation treffen zu lernen, ist neben einem Mangel an „role models“ einem sehr intensiven Training Richtung Erhalt des Lebens geschuldet, während dem Umgang mit den Situationen am Lebensende in der ärztlichen (und pflegerischen) Aus- und Weiterbildung bisher wenig Bedeutung zugemessen wurde und dieser schlecht geübt ist. An der Medizinischen

Universität Innsbruck ist seit 2023 erstmals in Österreich in allen 3 Studienabschnitten des Medizin-Curriculums Ethik in Form von Pflichtlehre verankert, wobei inhaltlich ein besonderer Schwerpunkt auf den Umgang mit den schwierigen Entscheidungen am Lebensende liegt (www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/). Auch die ARGE Ethik der ÖGARI beschäftigt sich seit vielen Jahren mit dem Thema Übertherapie und der rechtzeitigen Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation, mit besonderem Augenmerk auf die Situationen an den Intensivstationen [10]. Im Bereich der postpromotionellen Ausbildung gibt es mittlerweile in vielen österreichischen Krankenhäusern klinische Ethikkomitees, die im Rahmen einer Ethikberatung bei schwieriger Entscheidungsfindung einen Handlungsvorschlag für das anfragende, behandelnde Team erarbeiten und bisweilen auch Hilfestellung bei der Abwicklung schwieriger Fälle leisten, die über eine reine Ethikberatung hinausgeht (z. B. Betreuung der Angehörigen).

Das neue StVfG wurde am 01.01.2022 in der Corona-Pandemie überraschend und ohne ausreichende Aufklärung und Diskussionsmöglichkeit für die beruflich involvierten Personen eingeführt (Frage 3). Der weitaus überwiegende Teil der rückmeldenden Ärzt:innen fühlte sich daher auch allseits unzureichend informiert, sowohl vom Gesetzgeber, als auch von ihren Standesvertretungen (Ärzttekammer), den Arbeitgeber:innen und den Ethikkomitees der Institutionen. Durch den im neuen StVfG vorgesehenen „privaten Rahmen“ für die Durchführung eines AS ergeben sich Fragen, die der raschen Klärung auch seitens der Dienstgeber:innen und folgend einer zeitnahen Information der Mitarbeiter:innen bedürfen – sowohl

im Rahmen von verpflichtenden theoretischen als auch praktischen Fortbildungen. Zu den „medical professionals“, die am meisten mit der Situation des AS in Kontakt kommen werden, gehören vor allem Notärzt:innen, innerklinische Notfallteams und betreuende Teams auf den Stationen – Ärzt:innen wie Pflegepersonen. Die inkonsistente, manchmal schwer nachvollziehbare Beantwortung der Fragen zeigt, dass sich zum Zeitpunkt der Umfrage viele Kolleg:innen noch ungenügend mit dem Thema AS beschäftigt hatten und das eigentlich nötige ärztliche Wissen bei einigen Punkten nicht ausreichend war (z. B. Fragen 4, 7, 8 und 11).

Das von den Mitgliedern der ARGE Ethik wahrgenommene geringe Interesse am Thema AS bei den Ärzt:innen in Österreich war Anlass, diese Umfrage ca. fünf Monate nach der Einführung des neuen StVfG zunächst unter den potenziell am meisten betroffenen Ärzt:innen durchzuführen und spiegelt sich in der sehr geringen Rücklaufquote von ~13% (231 Personen) wider, was auch eine der Limitationen bei der Interpretation der Antworten ist. Als Umfrage mit Informationscharakter angelegt, bleibt zu hoffen, dass viele Kolleg:innen aus ÖGARI und OPG die Chance zur Information bei einem Thema genutzt haben, bei dem ein Informationsdefizit auf allen Ebenen prinzipiell bestätigt wurde, selbst wenn viele dann nicht an der Umfrage teilgenommen haben (Frage 3). Die zunehmende Erschöpfung und Demotivation der Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen nach COVID kann unter anderem ein Grund für die Unlust der Mehrzahl der befragten Kolleg:innen gewesen sein, freiwillig an dieser Umfrage zum AS teilzunehmen. Hinzu kommt, dass das Thema Sterben

nicht nur in der Gesellschaft generell, sondern auch unter den „medical professionals“ häufig ein nicht positiv belegtes Thema ist [11, 12]. Die derzeit noch geringe Zahl an vollzogenen AS macht den AS in Österreich durchaus noch zu einem medizinischen Randthema (31 vollzogene AS bis Januar 2023/45 vollzogene AS bis zum August 2023 [lt. den ASCIRS-Daten vom 14.08.2023; www.ascirs.at]). Aus diesem Grund denken vielleicht viele „medical professionals“, dass „mich das sowieso nicht betrifft“. Dieser Eindruck wird – wenn man sich noch nicht reflektiert mit dem Thema auseinandergesetzt hat – verstärkt durch die Festlegung des „privaten Rahmens“ für die Durchführung des AS durch den Gesetzgeber. Angesichts des doch relativ häufigen Auftretens von Komplikationen in Ländern, in denen assistierte Suizide öfter stattfinden, könnte diese Wahrnehmung durchaus eine grobe Fehleinschätzung der Situation sein: In der Literatur werden bis zu 15% protrahierter Sterbeverläufe unter deutlicher Symptomlast berichtet [13–15], was auch in Österreich eine ärztliche/pflegerische Intervention auf unterschiedlichen Ebenen mit zunehmender Zahl an AS immer wahrscheinlich erscheinen lässt.

Rund 90% der rückmeldenden Kolleg:innen arbeiten in fixer Anstellung, 40% freiberuflich oder zusätzlich freiberuflich (Frage 2). Mitarbeiter:innen in Gesundheitseinrichtungen sind während ihrer Arbeitszeit in Bezug auf den Umgang mit dem Thema AS – unabhängig von ihrer persönlichen Einstellung – weisungsgebunden. So könnte jede Gesundheitseinrichtung beispielweise ihren Mitarbeiter:innen untersagen, in den Räumlichkeiten der Anstalt und während der Dienstzeit Hilfeleistung im Sinne des StVfG zu leisten oder bei der Erstellung einer Sterbeverfügung aktiv mitzuwirken. Über 30% der rückmeldenden Personen sind zusätzlich freiberuflich tätig, z. B. in einer Ordination, oder führen Anästhesien/andere medizinische Handlungen in einem nichtöffentlichen Krankenhaus durch. Generell gilt, dass Arbeitgeber:innen von Gesundheitseinrichtungen keinen Einfluss darauf nehmen dürfen, was Ärzt:innen im Rahmen ihrer freiberuflichen Tätigkeit in Bezug auf das neue StVfG tun. Gründliche Beschäftigung der „medical professio-

nals“ mit dem Thema AS einerseits und klare Handlungsanleitungen seitens der medizinischen Einrichtungen für ihre Mitarbeiter:innen andererseits wären daher dringend erforderlich – insbesondere für Herzalarm- und alle anderen Notfallteams, für Schockraummannschaften und vor allem auch für das medizinische Personal auf den Normalstationen, das evtl. Patient:innen mit einem kompliziert verlaufenden AS und hoher Symptomlast im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) betreuen muss [16]. Die ARGE Ethik der ÖGARI hat hierzu ein Diplomfortbildungspapier in den Anästhesie Nachrichten publiziert – sowohl gedacht als Handlungsempfehlung für alle „medical professionals“ als auch als Empfehlung für alle medizinischen Einrichtungen in Österreich, Informationen zum Umgang mit dem AS für ihre medizinischen Mitarbeiter:innen zur Verfügung zu stellen [17].

In Frage 4 gab trotz des vorher konstatierten, erheblichen Informationsdefizits interessanterweise etwas über die Hälfte der Rückmeldenden an, zu einer Beratung und Aufklärung im Sinne des StVfG bereit zu sein. Nur ein Drittel der rückmeldenden Kolleg:innen wollte allerdings eine Stellungnahme zur Entscheidungsfähigkeit der SwP abgeben, was durchaus klinisch manchmal nicht ganz einfach sein kann, aber andererseits inhärenter Teil jeder anderen ärztlichen Aufklärung nach dem neuen ErwSchG ist [18]. Das StVfG sieht vor, dass bei unklarer psychischer Situation der SwP ein:e Psychiater:in oder klinisch tätige Psycholog:in beigezogen werden soll. Über die Hälfte der rückmeldenden Kolleg:innen (57%) war der Meinung, für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Sinne des StVfG jedenfalls ein:e Fachärzt:in für Psychiatrie oder ein:e klinisch tätige:n Psycholog:in hinzuziehen zu wollen. Hier ist ein deutlicher Unterschied zur sonst hohen ärztlichen Bereitschaft zu erkennen, sich eine Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit selbst zuzutrauen. Dies geschieht – meist unhinterfragt – als tägliche Routine im Rahmen z. B. der präoperativen Aufklärung. Im neuen ErwSchG geht es darum, zu überprüfen, ob und inwieweit ein:e Patient:in die Tragweite seiner:ihrer Entscheidung erfassen kann, wenn es um Zustimmung oder

Ablehnung einer prinzipiell indizierten Behandlung geht, oder ob die Bestellung eines:r Stellvertreter:in für diese Entscheidungsfindung erwogen werden muss. Wenn es ums Sterben geht, scheint die Bereitschaft, die Entscheidungsfähigkeit eines:r Patient:in zu beurteilen, deutlich mehr Stress zu bereiten – wahrscheinlich auch wegen der Tragweite der Entscheidung (Tod der SwP) –, weswegen über die Hälfte der Rückmeldenden die Beiziehung eines:r Psychiater:in/Psycholog:in für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit einer SwP für notwendig hält.

Die Frage 5 beschäftigt sich mit Natrium-Pentobarbital und seiner Eignung als Präparat für die Durchführung eines AS. Nur 43% der Rückmeldenden sahen Natrium-Pentobarbital als alleinige Substanz in der vorgegebenen Dosierung von 15 g als geeignete Substanz. Über die Hälfte der Rückmeldenden schlug vor, Natrium-Pentobarbital mit anderen Substanzen zu kombinieren, vor allem mit Opioiden, Propofol, Benzodiazepinen und Relaxanzien. 75% aller Rückmeldenden hatten Sorge vor Komplikationen, und 64% wünschten sich eine begleitende Medikation (vor allem mit Antiemetika, Opioiden, Benzodiazepinen und Propofol), da das Präparat sehr bitter ist und Übelkeit und Erbrechen hervorrufen kann. Wollte man als Anästhesist:in sicher gehen, dass eine verabreichte Substanz mit erwarteter Wirkung „ankommt“, würde man diese keinesfalls oral verabreichen – schon gar nicht bei unter Umständen schwer beeinträchtigten Menschen, die sowohl Schluckprobleme als auch Resorptionsstörungen haben könnten, auch wenn die orale Einnahme bei oberflächlicher Betrachtung als ein technisch einfacher und unkomplizierter Weg für die Zuführung des Präparats erscheinen mag. Die signifikant hohe Komplikationsrate von oralem Natrium-Pentobarbital z. B. im Sinne eines protrahiert verlaufenden Sterbeprozesses mit belastenden Symptomen [13–15], kann zu Stress und Angst bei der SwP und den begleitenden Angehörigen, schlussendlich zur Aktivierung der Rettungskette mit Transfer der SwP ins Krankenhaus führen, was nicht im Sinne der SwP und auch nicht im Sinne der medizinischen Institutionen und deren Mitarbeiter:innen ist. Rückmeldende Anästhesist:innen und Palliativmedizi-

ner:innen würden z.B. Opiaten/Sedativa in Kombination mit einem Relaxans gegenüber dem oral verabreichten Natriumpentobarbital als Monosubstanz den Vorzug geben, wenn es um die Herbeiführung eines „sicheren und friedlichen Todes“ geht. Inwiefern den rückmeldenden Kolleg:innen bewusst war, dass man mit dieser Vorgehensweise der Tötung auf Verlangen inhaltlich ein Stück näher rückt, ist aus den Antworten nicht abzulesen. Jedenfalls ist aber die Gabe von i.v. Medikamenten in dem vom Gesetzgeber vorgesehenen „privaten Rahmen“ für einen AS schwieriger umsetzbar.

Bei der *Frage 6* haben 40% der rückmeldenden Ärzt:innen angegeben, dass sie bereit wären, Beihilfe beim AS zu leisten. Die positive Bereitschaft zur Hilfeleistung war besonders dann gegeben, wenn ein persönliches Naheverhältnis zur sterbewilligen Person besteht, z.B. wenn es sich bei der SwP um ein Familienmitglied, eine:n Angehörige:n, eine:n Freund:in handelt oder bei einem lange bestehenden, anderen guten Naheverhältnis zum:zur Patient:in, bzw. bei guter Nachvollziehbarkeit des Sterbewunsches oder wenn es sich um eine dringende Bitte oder um große Verzweiflung der SwP handelt. Das moralische Dilemma, das bei der Frage nach der ärztlichen Hilfeleistung bei einem AS entsteht, kommt hier gut zum Ausdruck: Beim AS ist das Handlungsziel der SwP, den Tod aktiv herbeizuführen. Auch wenn es sich um eine Selbsttötung handelt, widerspricht die Beihilfe zum AS der ethisch-moralischen Verpflichtung einer Ärzt:in, Wohl zu tun, nicht zu schaden und vor allem nicht zu töten. Es entsteht damit ein Dilemma durch den Wunsch einer nach Hilfe bei der Selbsttötung bittenden SwP, die die Ärzt:in andererseits nicht im Stich lassen möchte [19, 20]. Die Straffreistellung der Beihilfe zum AS kann dieses Dilemma nicht auflösen, aber zumindest juristisch für Entlastung sorgen. Jede:r Ärzt:in muss sich daher individuell und nach Abwägung aller Fakten (persönlich und fachlich) für oder gegen eine Beihilfe im Sinne des StVfG entscheiden, wenn er:sie von einem:einer Patient:in mit dieser Frage konfrontiert wird. Dafür ist die genaue Kenntnis der rechtlichen und ethischen Situation Voraussetzung. Die Entscheidung, Beihilfe zu leisten oder nicht, wird – wie auch immer sie ausfällt – ein

Dilemma bleiben und kann bei schlechter Aufarbeitung eine erhebliche emotionale Belastung und Stress für die betroffenen Ärzt:innen bedeuten [21].

Frage 7. Aufgrund des langdauernden und erheblichen Aufwands für eine SwP bei der Erstellung einer SV und ohne die suizidale Einengung eines „klassischen“ Suizids kann/darf man nach eingeleiteter Suizidhandlung auch im extramuralen Setting im Falle von Komplikationen davon ausgehen, dass die SwP wirklich sterben will [17]: Allein durch das Einhalten der Formvorschriften ist ein AS keine Kurzschlusshandlung, sondern gut überlegt und wohl vorbereitet. Daher ist generell von einer Reanimation abzusehen, weil diese dem in der SV schriftlich festgelegten Patient:innenwillen und dem Recht auf Selbstbestimmung widersprechen würde. Die Entscheidung zur Reanimation, wenn zusätzlich zur SV keine PV oder kein anderes aktuelles Schriftstück zusätzlich zur SV vorliegt, welches eine Reanimation ausschließt, ist individuell zu treffen. Bei einem AS mit protrahiertem Sterbeverlauf sind Maßnahmen im Sinne einer CTC zur Sterbebegleitung indiziert, so, wie das 89% der Rückmeldenden auch tun würden. Der Transport durch eine:n Notärzt:in in ein Krankenhaus ist dann zu erwägen, wenn der Tod zeitlich nicht unmittelbar absehbar und die Situation für die Angehörigen/SwP zu Hause zu belastend ist. Anwesende Angehörige können hier durch Informationsbereitstellung die ärztliche Entscheidungsfindung unterstützen. Im Zweifel gilt, wie immer bei medizinischen Entscheidungen, die im Notfall und unter Zeitdruck getroffen werden müssen, „in dubio pro vita“ – „im Zweifel für das Leben“. Sollte sich der:die Notärzt:in zu einer Reanimation entschlossen und die SwP nach einem „return of spontaneous circulation“ (ROSC) ins Krankenhaus gebracht haben, so ist dort ehe baldigst – am besten unter Beiziehung einer ethischen und falls nötig auch juristischen Beratung – eine Entscheidung über das weitere Procedere zu treffen [17]. Die ARGE Ethik der ÖGARI führt lediglich 3 Gründe an, die eine Reanimation nach einem begonnenen AS rechtfertigen würden: „... wenn Anhaltspunkte für das Fehlen der Entscheidungsfähigkeit des:der Patient:in zum Zeitpunkt des AS beste-

hen oder wenn es begründete Zweifel zur Identität der Person oder an der legalen Ausführung des AS gibt...“. Es finden sich dort weiters folgende Handlungsempfehlung zum Umgang mit einem AS durch Notfallteams: „... 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 Notfallteam zulässig. 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 ehe baldigst geklärt werden, gegebenenfalls unter Beiziehung einer ethischen Beratung. Bei rechtlichen Fragestellungen soll ein:e juristische:r Berater:in hinzugezogen werden...“ [17].

Auf die Frage, was im Fall eines geplanten, *intramuralen* AS (in den Räumlichkeiten einer medizinischen Einrichtung) mit Vorinformation des:der Ärzt:in durch die SwP zu tun ist (*Frage 8*), wollten 47% der Rückmeldenden versuchen einen geplanten AS in einem Krankenhaus zu verhindern. 30% der Rückmeldenden gaben detailliert an, was sie tun würden: Nur 60% in dieser Gruppe würden ein Gespräch mit der SwP suchen – was aber die von der OPG empfohlene wichtigste Maßnahme zur Suizidprävention wäre und nichts mit einer Beihilfe zum AS zu tun hat [22]. Ein Gespräch über den Tod und das Sterben (nicht im Sinne einer Aufklärung nach dem StVfG) kann von dem:der Arbeitgeber:in nicht verboten, sondern sollte im Gegenteil von dieser unterstützt werden, da dies ein wichtiger Teil eines mitfühlenden und fürsorglichen Umgangs mit jedem:r schwer kranken Patient:in ist. Ein Teil der rückmeldenden Kolleg:innen gab an, in dieser Situation ratlos zu sein oder

Vorgesetzte/Arbeitgeber befragen zu wollen. Dies unterstreicht das erhebliche Informationsdefizit der „medical professionals“ durch zu wenig/keine rechtzeitige Information seitens des Gesetzgebers, der Standesvertretung, der Arbeitgeber:innen und der jeweiligen Ethikkomitees der Institutionen, wie auch aus den Antworten zu Frage 3 hervorgeht. Fünf Prozent der Rückmeldenden gaben an, dass sie einen AS unterbinden würden. Dies wäre eine nicht gesetzeskonforme Vorgehensweise (!), da eine Person basierend auf ihrem Recht auf Selbstbestimmung nicht an der Durchführung eines AS gehindert werden darf, sofern sie zum Zeitpunkt der Durchführung entscheidungsfähig ist und die vorgeschriebenen Formkriterien erfüllt hat – auch wenn dies in den Räumlichkeiten einer medizinischen Einrichtung geschieht, die den Suizid nicht in ihrem Leistungsspektrum führt. Das bedeutet aber auch, dass sich medizinische Institutionen dringend überlegen sollten, wie sie mit stationären Patient:innen umgehen wollen, die zur Durchführung des AS nicht in den privaten Raum rückverlegt werden können, da ihr Gesundheitszustand dafür zu schlecht ist. Hier muss seitens der Gesundheitseinrichtung ein Lösungsweg überlegt, definiert und den „medical professionals“ kommuniziert werden, damit alle Mitarbeiter:innen inklusive der Verwaltungsmitarbeiter:innen der medizinischen Einrichtungen (z. B. Patientendokumentation, Patientenverrechnung) wissen, wie hier gegebenenfalls entsprechend den Vorgaben der Arbeitgeber:innen und gleichzeitig das Recht des:der Patient:in auf Selbstbestimmung achtend, vorzugehen ist. Dass 3 % der Rückmeldenden angesichts der Konfrontation mit einem AS kündigen würden, weist auf einen nicht unerheblichen Stress im Umgang mit dem Thema AS hin und zeigt umso mehr die Notwendigkeit, medizinische Mitarbeiter:innen einer Institution ausführlich zum Thema AS zu informieren und auch die möglichen Szenarien zu schulen – selbst wenn, oder gerade weil der AS derzeit ein noch seltenes Ereignis in Österreich ist.

80 % der Rückmeldenden würden einen geplanten, intramuralen AS (in den Räumlichkeiten einer medizinischen Einrichtung) zulassen und 40 % sogar Hilfe im Sinne des StVfG leisten. 90 %

der Rückmeldenden würden bei einem protrahierten Sterbeverlauf in einer Institution eine CTC anordnen, was im Sinn einer ärztlichen medizinischen Hilfeleistung in einer Notfallsituation im Rahmen der Symptomkontrolle indiziert und auch geboten ist und von der medizinischen Einrichtung nicht verboten werden darf (Frage 9). Dass 25 % der Rückmeldenden den AS zum Leistungsangebot von Ärzt:innen zählen (Frage 13a) und meinen, dass es ein „Leistungs-Angebot AS“ in einer medizinischen Einrichtung geben sollte (Frage 13b), steht durchaus im Widerspruch zur offiziellen Einstellung der meisten medizinischen Einrichtungen in Österreich (so überhaupt eine schriftliche Äußerung zu diesen Inhalten vorhanden ist): Diese würden einen geplanten AS in ihren Räumlichkeiten nur dann zulassen, wenn sie das nicht verhindern können – z. B. wenn ein:e stationäre:r Patient:in zu krank ist, um zur Durchführung eines AS nach Hause entlassen werden zu können. Auch die Beihilfe zum AS im Sinne des StVfG ist in den meisten Einrichtungen, die sich aktiv dazu geäußert haben, während der Arbeitszeit nicht erwünscht/verboten. Hier ist eine deutliche Diskrepanz zur Einstellung der rückmeldenden Ärzt:innen zu erkennen, die einen geplanten AS intramural zulassen und auch Beihilfe leisten würden. Hier besteht zumindest ein Diskussionsbedarf zwischen den Leitungen der medizinischen Einrichtungen und ihren Mitarbeiter:innen. Eine Anpassung der von den medizinischen Einrichtungen vorgegebenen Strategie für den Umgang mit einem AS wäre zu erwägen. Bei noch fehlender Strategievorgabe durch den:die Arbeitgeber:in wäre das Erstellen derselben zeitnahe einzufordern.

Die Autor:innen dieser Umfrage haben bewusst zwischen einer extramuralen/notärztlichen und intramuralen/Herzalarmversorgung in den medizinischen Einrichtungen unterschieden, da der Umgang mit einem AS durch die Vorgaben des:der Arbeitgeber:in kompliziert werden kann. Sowohl für die Notfallsituation in einer medizinische Einrichtung als auch im privaten Rahmen gilt gleichermaßen, dass man nur unter drei Voraussetzungen reanimieren darf: bei Vorliegen einer illegalen Situation, bei nicht entscheidungsfähiger Patient:in zum

Zeitpunkt der Durchführung des AS und bei Unklarheit zur Identität der Person – wobei gerade die Identität der Person bei einem: einer stationären Patient:in klar sein sollte. Für die Notfallsituation im privaten Rahmen (extramural) muss Notärzt:in bei einem kompliziert verlaufenden AS die Entscheidung treffen, ob er:sie die SwP im privaten Raum belassen kann und bei erwartet schnellem Sterbeverlauf selbst Maßnahmen im Rahmen einer CTC treffen soll/kann oder bei großer Belastung für die SwP und deren Angehörige bei erwartet protrahiertem Sterbeverlauf diese ins Krankenhaus transportieren muss. Dabei muss Notärzt:in bei der Übergabe im Krankenhaus klar kommunizieren, dass die notfallmäßige Aufnahme bei einem protrahiert/kompliziert verlaufenden AS nur im Rahmen der Bereitstellung einer CTC zur Sterbebegleitung auf einer Normalstation erfolgen soll, was noch nicht gängige Praxis in den Krankenhäusern ist und daher zu Unverständnis und Widerstand bei den potenziell für die Aufnahme in Frage kommenden Stationen führen kann – speziell, wenn ein entsprechendes Prozedere nicht durch die Arbeitgeberin z. B. im Rahmen einer SOP definiert ist.

Dass auf die Frage, was Ärzt:innen im Rahmen eines Herzalarms tun würden, wenn sie zu einem ungeplanten/nicht vorangekündigten AS gerufen werden, 3 % der rückmeldenden Kolleg:innen trotz zusätzlich vorliegender PV reanimieren würden (Frage 10), ist wiederum Hinweis auf mangelndes Wissen/mangelnde Aufklärung/mangelndes Training im Umgang mit der Situation AS, denn eine Reanimation bei korrekt vorliegender SV und zusätzlich vorliegender PV ist eine klare Handlung wider den Willen der SwP und verletzt das Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung (s. oben). Selbst ohne PV wäre bei vorhandener SV und bereits gesetzter Handlung zum Suizid vom Sterbewillen der Person auszugehen und daher eher von einer Reanimation abzu-sehen, wobei dies dann eine individuelle ärztliche Entscheidung ist [17].

Bei der Frage, ob Ärzt:innen reanimieren würden, wenn sie einen Hinweis auf eine *fehlende Entscheidungsfähigkeit* der SwP zum Zeitpunkt der Präparateinnahme bekommen hätten, (Frage 11), zeigt sich ebenfalls ein deutliches Wis-

sens-, und Aufklärungsdefizit: Nur 42% der Rückmeldenden würden lebensrettende Sofortmaßnahmen bzw. eine CPR durchführen, obwohl die erhaltene Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Durchführung eines AS Voraussetzung für eine legale Durchführung des AS ist. *Fehlende Entscheidungsfähigkeit* ist eine von insgesamt drei Gründen, warum lebensrettende Sofortmaßnahmen inkl. einer CPR in der Situation eines AS mit fehlender Entscheidungsfähigkeit durchgeführt werden dürfen und müssen. Die beiden anderen Gründe für eine verpflichtende Reanimation sind, wie auch in Frage 12 angeführt, *Zweifel an der Identität der sterbewilligen Person*, sowie der *Verdacht auf eine illegale Situation*. Das erkennbare Wissensdefizit von weit über der Hälfte aller Rückmeldenden bei dieser Frage birgt wieder ein erhebliches Risikopotential für ärztliche Fehlentscheidungen in der Notfallsituation rund um einen AS.

Dass das neue Sterbeverfügungsgesetz bei „medical professionals“ prinzipiell ein *ethisches Dilemma* hervorrufen kann, zeigt die *Frage 12*: 60% der rückmeldenden Ärzt:innen sehen sowohl in der *Beihilfe* zum AS als auch 40% der Rückmeldenden in der *Ablehnung einer Beihilfe* ein persönliches Dilemma. Es kommt zum moralischen Konflikt zwischen der ärztlichen Handlungsmaxime, Wohl zu tun, nicht zu schaden und vor allem nicht zu töten (im Falle eines AS an einer Selbsttötung mitzuwirken) einerseits und dem Bedürfnis, eine um Hilfe bittende Person nicht im Stich lassen zu wollen – dies umso mehr, je mehr man als Ärzt:in (aber auch Pflegeperson) persönlich involviert ist, weil ein Naheverhältnis zur sterbewilligen Person besteht [20]. Beim AS wird die persönliche Antwort auf die Frage nach dem Wohltun und Nicht-Schaden (Georgetown Mantra; [23]) auf eine ethisch-moralische Spitze getrieben und kann zu großem emotionalen Stress führen – dies umso mehr, je weniger man sich dazu vorher Gedanken gemacht hat. Dieses ethisch-moralische Dilemma kann auch nicht durch die rechtliche Straffreistellung und die Betonung der Freiwilligkeit an der Mitwirkung zu einem AS gelöst werden.

Widersprüchlichkeit herrscht bei der Beantwortung der Frage, ob der AS

zum „normalen“ Leistungsangebot von Ärzt:innen bzw. einer medizinischen Einrichtung gehören sollte (*Frage 13a,b*): 75% der Rückmeldenden waren der Meinung, dass ein AS nicht zum „normalen“ Leistungsangebot von Ärzt:innen gehören sollte. Nur 50% sind aber der Meinung, dass die Verantwortung für den AS alleine bei der SwP liegen sollte, was bedeutet, dass die Hälfte der Rückmeldenden bei der Beantwortung dieser Teilfrage durchaus bereit wäre, Hilfe im Sinne des StVfG zu leisten. Widersprüchlich dazu ist die Beantwortung der Frage nach dem Leistungsangebot zum AS in einer medizinischen Einrichtung (*Frage 13b*), da bis zu 56% der Rückmeldenden das Angebot für die Durchführung eines AS z. B. auf einer Palliativstation/Hospiz befürworten, während vorher (*Frage 13a*) nur 25% der Rückmeldenden überhaupt ein Leistungsangebot der Ärzteschaft im Rahmen des AS sehen wollten. Der Grund für diese Diskrepanz könnte der Unterschied im Setting des stattfindenden AS sein: Wenn eine Person zu Hause AS begeht, muss der:die hinzugerufene Notärzt:in die volle Verantwortung tragen, wie er:sie mit der Situation umgeht – dies könnte ein Grund sein, warum 75% der rückmeldenden Ärzt:innen ein „Leistungsangebot“ im Rahmen des AS ablehnen. Wenn ein AS innerhalb einer Institution stattfindet, sind der Umgang mit dem Thema AS und das Verhalten bei einer komplexen Sterbesituation durch die Führung dieser Institution definiert und einzelne Ärzt:in kann den Vorgaben der medizinischen Institution folgen. Eine ablehnende Haltung zur Hilfeleistung im Sinne des StVfG haben sowohl die OPG als auch praktisch alle öffentlichen medizinischen Einrichtungen in Österreich geäußert: Sie haben sich klar dagegen ausgesprochen, den AS in ihr „normales“ Leistungsspektrum aufzunehmen. Die OPG betont, dass Palliative-Care-Teams keine direkte Beihilfe beim Suizid leisten, es jedoch ethisch geboten sei, die umfassende Palliative-Care-Betreuung der SwP und die Unterstützung der Angehörigen bis zur Umsetzung des Suizides aufrechtzuerhalten. Auch die Nachbetreuung der Angehörigen sollte durch das Palliative-Care-Team erfolgen, „nicht zuletzt im Sinne einer Prävention“ [22]. Der gesetzlich vorgesehene ‚private Rahmen‘

kann durchaus zur Verunsicherung sowohl der SwP als auch ihrer Angehörigen führen [21]. Der Tod einer sterbewilligen Person im Rahmen eines legal durchgeführten AS auf der Besuchertoilette der Universitätsklinik Innsbruck im Frühjahr 2023 ist ein Hinweis dafür, dass eine SwP einen AS in einer Institution als „sicherer“ im Sinne einer Notfallversorgung bei Auftreten von Komplikationen empfindet als den gesetzlich vorgesehenen, privaten Rahmen.

Nachdem sich medizinische Institutionen derzeit praktisch ausnahmslos gegen die Aufnahme eines AS in ihr „normales Leistungsspektrum“ ausgesprochen haben und es anders als z. B. in der Schweiz auch keine professionellen Sterbehilfeorganisationen gibt, stehen einer SwP in Österreich „nur“ freiwillig Hilfe leistende Personen zur Absicherung zur Verfügung, die unter anderem auch Ärzt:innen und Pflegepersonen sein dürfen. Der Großteil der Ärzt:innen in Österreich lehnt derzeit eine Mitwirkung am AS ab, und würde diese Aufgabe lieber an die Kolleg:innen der Palliativmedizin delegieren (*Frage 13b*). Palliativmediziner:innen wiederum betrachten diese Entwicklung sehr kritisch, da sie ihre Aufgabe in der Begleitung des Sterbeprozesses mit dem Fokus auf Wohltun und Nicht-Schaden im Rahmen einer bestmöglichen Symptomlinderung, durchaus aber nicht in der Hilfeleistung zur Selbsttötung sehen, wie aus einer Stellungnahme der OPG klar hervorgeht [22].

Die abschließende Frage zu den Erwartungen der Kolleg:innen, wie die Zukunft des AS in Österreich aussehen könnte (*Frage 14*), zeigt, dass 67% der Rückmeldenden auch in Österreich die Gründung von Organisationen erwarten, die den AS als Leistungsangebot anbieten werden (ähnlich der Schweiz). Eine Institutionalisierung wird in Österreich aber bei der derzeitigen Gesetzeslage schwierig sein, da lt. § 12 des StVfG eine Kommerzialisierung der Medizin in Bezug auf den AS in Österreich gesetzlich verboten ist. Unter das Verbot fällt, „mit der Hilfeleistung zum AS zu werben“, sowie „sich oder einem Dritten dafür wirtschaftliche Vorteile zu versprechen oder anzunehmen, die über den Ersatz des nachgewiesenen Aufwands hinausgehen“ [1, 2].

Das neue Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), gültig seit 1.1.2022 in Österreich

Voraussetzungen für die Errichtung einer Sterbeverfügung (SV) sind die höchstpersönliche Errichtung, österreichische Staatsbürgerschaft oder gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich und Volljährigkeit (in Österreich ab Vollendung des 18. Lebensjahres), sowie die zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Aufklärung bis zum Tatzeitpunkt. Der Entschluss zur Selbsttötung muss frei und selbstbestimmt, insbesondere frei von Irrtum, List, Täuschung, frei von physischem, psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte sein. Die Sterbewillige Person (SwP) muss an einer unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung oder an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen. Der Leidenszustand darf nicht anders abwendbar sein. Die Hilfe leistende Person darf nicht ident sein mit der Person, die die Aufklärung leistet oder die SV dokumentiert.

Der Errichtung einer SV hat eine Aufklärung durch zwei Ärzt:innen voranzugehen, von denen eine: eine palliativmedizinische Qualifikation aufweisen muss. Beide müssen unabhängig voneinander die Entscheidungsfähigkeit der SwP attestieren. Die Aufklärung muss zumindest Informationen über mögliche Handlungs-, und Behandlungsalternativen im konkreten Fall (Palliativmedizin) enthalten, sowie die Information über Dosierung und Einnahmeart des Präparats samt Komplikationsrate und notwendiger Begleitmedikation. Angebote für Psychotherapie und sonstige zielführende Beratungen zur Suizidprävention sind zu besprechen. Zusätzlich sollte die sterbewillige Person über die Errichtung einer Patient:innenverfügung aufgeklärt werden, in der im Fall eines komplikationsbehafteten AS nicht erwünschte Behandlungen (z. B. eine Reanimation) abgelehnt werden können. Für alle Aktivitäten im Zusammenhang mit der Errichtung einer SV besteht eine detaillierte Dokumentationspflicht. Bei einem Hinweis auf eine krankheitswertige, psychische Störung ist ein:e Fachärzt:in für Psychiatrie oder ein:e klinisch tätige Psycholog:in hinzu zu ziehen. Jegliche Hilfestellung sowie auch die Beihilfe zum AS sind freiwillig. Es darf weder einer helfenden Person noch einer Person, die die Hilfe verweigert daraus ein Nachteil entstehen.

Der Gesetzgeber sieht vor, dass der AS im ‚privaten Rahmen‘ stattfinden soll, wobei der ‚private Rahmen‘ nicht näher definiert ist. Für die Umfrage war es zweckmäßig zwischen extra- und intramuraler (außerhalb und innerhalb von medizinischen Einrichtungen auftretende) Situation zu unterscheiden, da bei längerem Aufenthalt z. B. in einem Heim oder einem Krankenhaus die medizinische Einrichtung zum ‚privaten Rahmen‘ wird.

Zeitlicher Rahmen für die Errichtung der Sterbefügung: Eine SV kann frühestens 12 Wochen nach der ersten ärztlichen Aufklärung errichtet werden. In einer juristisch definierten, ‚terminalen‘ Lebensphase (erwarteter Todeseintritt innerhalb von 6 Monaten) ist die Errichtung einer SV frühestens 2 Wochen nach ärztlicher Aufklärung möglich. Die SV muss spätestens ein Jahr nach der letzten ärztlichen Aufklärung errichtet werden, ansonsten ist eine erneute ärztliche Aufklärung für die Errichtung der SV notwendig.

Rechtlicher Rahmen für die Errichtung der Sterbefügung: Die Errichtung hat vor einem: einer Notar:in oder einem: einer rechtskundigen Vertreter:in der Patient:innenanwaltschaft zu erfolgen. Diese haben rechtlich aufzuklären und die Entscheidungsfähigkeit zu bestätigen, sowie detailliert zu dokumentieren.

Dokumentation der Sterbeverfügung: Das Original der SV wird der SwP ausgehändigt, eine Abschrift verbleibt bei dem: der Notar:in, die Eintragung samt aller erforderlichen Daten erfolgt in einem elektronischen Sterbeverfügungsregister.

Unwirksamkeit der Sterbeverfügung: Eine SV wird unwirksam entweder durch Widerruf der SwP oder nach Ablauf eines Jahres nach der Errichtung.

Präparat: Die Vorschreibung des tödlich wirkenden Präparats (Natrium-Pentobarbital) ist rechtlich gesehen keine Rezeptur - der korrekte Umgang damit ist in der Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung vom 17.1.2022 festgelegt [4], in der Na-Pentobarbital in einer Dosierung von 15 g p.o. oder i.v. angegeben ist. Ebenfalls festgelegt ist die vorausgehende Begleitmedikation i.v. oder p.o. mit Metoclopramid (3 x 10 mg alle 8h, beginnend 24 h vor der geplanten Einnahme des Natrium-Pentobarbitals). Bei Vorlage einer SV ist das Präparat samt Begleitmedikation nach Kontrolle im Sterbeverfügungsregister von dem: der Apotheker:in an die SwP selbst oder die in der SV gelistete beihilfeleistende Person auszuhändigen. Die sichere Verwahrung des Präparats liegt in der Verantwortung der SwP/beihilfeleistenden Person.

Werbeverbot und Verbot der wirtschaftlichen Vorteilnahme: Prinzipiell ist es lt. §12 des StVfG (1) 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“. Es ist aber zulässig, eine sterbewillige Person auf die Möglichkeit der Errichtung einer SV nach dem StVfG 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 nach dem StVfG 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“.

Abb. 12 ◀ Gesetzliche Eckdaten zum Sterbeverfügungsgesetz

Abschließende Gedanken

Im Sinne der Prävention eines AS sollte es eine vordringliche Aufgabe des österreichischen Staates sein, endlich den angekündigten breiten und flächendeckenden Ausbau der Palliativmedizin umzusetzen, um allen Menschen in Österreich einen unkomplizierten Zugang zu einer adäquaten palliativmedizinischen Versorgung am Lebensende zu ermöglichen, was unter ande-

rem eine Voraussetzung dafür ist, dass der AS die gut besprochene Ausnahme als Weg am Lebensende bleibt. Jedenfalls ist es höchst an der Zeit, dass alle Leitungen medizinischer Einrichtungen in Österreich ihren medizinischen Mitarbeiter:innen kommunizieren, welchen Umgang sie sich mit SwP wünschen. Dies betrifft vor allem auch die Situation von Patient:innen, deren „privater Raum“ bereits eine Gesundheitseinrichtung ist. Information dazu sollte in

Form von SOPs und verpflichtenden Fortbildungsveranstaltungen – sowohl theoretisch als auch praktisch (Simulation) – klar kommuniziert werden.

46% der Rückmeldenden fürchten die Ausweitung des Gesetzes auf Minderjährige, so wie man das von Belgien und den Niederlanden kennt [24]. Im Gegensatz zur *Tötung auf Verlangen*, deren Straffreiheit gefordert wird, ist dies derzeit nicht Inhalt der am 21.06.2023 einge-

Tab. 1 Assistierter Suizid – Zahlenvergleich von ASCIRS mit dem offiziellen Sterbeverfügungsregister (StVR) und STATISTIK AUSTRIA

	*ASCIRS 2022	*ASCIRS 14.08.2023	**österr. StVR 2022	#STATISTIK AUSTRIA 2022
Anfragen zum AS	60	95	****111/90	kA
Abgebrochene AS	2	2	kA	kA
Vollendete AS	23	45	5	57
Frauen > Männer	Ja	Ja	kA	34 > 23
Alter	43–97	30–97	kA	40–75+
Art der Erkrankung	***	***	kA	kA
Präparat Rücknahme	kA	kA	8	kA

kA keine Angabe
 * Quelle: schriftliche Auskunft von Angelika Feichtner, die die ASCIRS-Daten für die OPG ausgewertet
 ** Quelle: Gloria Burda; Manz, ÖJZ 2023/59, 350: Ein Jahr Sterbeverfügung: Daten und Fakten; www.manz.at/fileadmin/user_upload/zeitschriften/inhaltsverzeichnis/OEJZ_2023-06_Inhalt.pdf
 *** TU-, oder neurologische Erkrankungen, COPD, psychische oder psychiatrische Erkrankungen
 **** 111 Personen mit errichteter Sterbeverfügung/90 Personen, die Präparat bezogen haben
 # Quelle: Todesursachenursachenstatistik STATISTIK AUSTRIA 2022: 16 SwP (40–59 Jahre), 19 SwP (60–74 Jahre), 22 SwP (75+ Jahre)

reichten 2. Klage beim österreichischen Verfassungsgerichtshof durch die österr. Gesellschaft für ein Humanes Lebensende (ÖGHL; www.oeghl.at/news). Die Argumentation der klagenden Partei basiert auf dem Gleichheitsgrundsatz der UN-Menschenrechtskonvention [5]: Es wird argumentiert, dass Menschen, die den Akt der Selbsttötung körperlich nicht selbstständig durchführen können, sehr wohl auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben und damit ein Recht auf Hilfe bei der Durchführung eines AS haben müssen – was dann nur im Rahmen einer *Tötung auf Verlangen* möglich wäre. Würde die *Tötung auf Verlangen* ebenfalls durch einen Entscheid des österreichischen Verfassungsgerichtshofes straffrei gestellt werden, könnte die Befürchtung der Kolleg:innen, dass sich durch das StVfG das ärztliche Ethos ändern wird, durchaus eintreten, da die *Tötung auf Verlangen* noch viel mehr einen Tabubruch im Bereich ärztlichen Handelns darstellt als die Beihilfe bei einem AS. Derzeit glauben 75 % der Rückmeldenden nicht, dass das neue StVfG zu einer Erschütterung des Ärzt:innen/Patient:innen-Vertrauensverhältnisses führen wird.

Das offizielle Sterbeverfügungsregister, die Zahlen von STATISTIK AUSTRIA und auch das von der OPG ins Leben gerufene ASCIRS [6] werden die „gelebte“ Praxis in Österreich über die nächsten Jahre sichtbar machen: Bei einer Umfrage im März 2023 von J. Neumann (Statista), ob ein

AS grundsätzlich für sie in Frage käme, antworteten von 1005 der befragten Personen 17 % mit „ja, auf jeden Fall“, 20 % mit „ja, ich glaube schon“, 37,2 % der Befragten waren unsicher und wollten intensiver über diese Frage nachdenken. Nur ca. 10 % der Befragten konnten einen AS nicht mit ihren ethisch/religiösen Wertevorstellung vereinbaren und 7 % wollte keine Angaben zu dieser Frage machen [25]. Diese Zahlen lassen es durchaus wahrscheinlich erscheinen, dass man als „medical professional“ in Österreich in Zukunft mit einem AS in Berührung kommen könnte. Derzeit gibt es eine große Differenz in der Statistik des AS zwischen den offiziellen Zahlen vom Jahr 2022, die das Sterbeverfügungsregister des *Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz* herausgibt, den Zahlen aus dem ASCIRS, einer Initiative der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG; www.ascirs.at), wo Ärzt:innen ihre Erfahrungen rund um den AS freiwillig melden können, und den Zahlen der STATISTIK AUSTRIA (Tab. 1). Es ist unklar, warum es eine so hohe Diskrepanz bei den gemeldeten AS zwischen den Registern gibt: 5 vollendete AS in der offiziellen Statistik des österreichischen Sterbeverfügungsregisters, 23 gemeldete vollzogene AS im ASCIRS und 57 bei der STATISTIK AUSTRIA im gleichen Zeitraum (2022) mit steigender Tendenz von 23 auf 45 bis Sommer 2023 im ASCIRS. Eine mögliche Erklärung wäre, dass eventuell die Aware-

ness der Exekutive und der Totenbeschauer 2022 noch nicht hinreichend gegeben war. Jedenfalls sind zumindest bis Dezember 2022 nicht alle in Österreich vollzogenen AS offiziell im Sterbeverfügungsregister gemeldet worden und auch beim ASCIRS geht man aufgrund der freiwilligen Meldung von einer hohen Dunkelziffer aus, was wiederum zur großen Diskrepanz mit den Zahlen von STATISTIK AUSTRIA passt. Hier bedarf es also dringend noch einer intensiven Aufklärung und Bewusstmachung auf allen Ebenen, sowie der Erhöhung der Vigilanz gegenüber dem Thema AS – sowohl bei der Exekutive als auch bei allen „medical professionals“.

Besorgniserregend ist in dem Zusammenhang auch eine aktuelle juristische Publikation von Gloria Burda, die Daten aus dem Sterbeverfügungsregister ein Jahr nach Inkrafttreten des StVfG ausgewertet [26]: Es wird darin neben der Bekanntgabe der aktuellen Zahlen unter anderem auch diskutiert, dass in Vorarlberg das tödliche Präparat an vier Personen abgegeben wurde, obwohl es in diesem Bundesland keine einzige errichtete Sterbeverfügung gab und nur eine Person ein ärztliches Aufklärungsgespräch abgeschlossen hatte. Im Burgenland konnten zwei Personen eine Sterbeverfügung errichten, ohne auch nur ein Aufklärungsgespräch bei einem:einer Ärzt:in abgeschlossen zu haben. Dies zeigt, dass noch sehr viel mehr umfassende Aufklärung zum neuen StVfG notwendig ist und dass größtes Augenmerk darauf gelegt werden muss, dass in der praktischen Umsetzung des StVfG die formalen Bedingungen streng eingehalten werden, um Missbrauch vorzubeugen.

Das Thema AS bewegt jedenfalls die Gemüter derer, die damit privat oder beruflich in Kontakt kommen (Patient:innen, Angehörige, „medical professionals“, medizinische Institutionen). Insbesondere „medical professionals“ sollten sich strukturierte Gedanken zum Thema AS machen, um so zu einem persönlich zufriedenstellenden und professionellen Umgang im Einklang mit den Vorgaben der jeweiligen Häuser und ihrer eigenen, privaten Einstellung zu kommen.

Auch wenn der AS und die Beihilfe dazu straffrei gestellt sind, sollten wir uns alle ein gewisses Erschrecken über die Selbsttötung eines Menschen bewahren und den

AS nicht zum medizinischen Alltag werden lassen.

Die Autor:innen wollen mit diesem Papier alle Kolleg:innen in Österreich, die mit einem AS befasst sind, bitten, dies zusammen mit einem kurzen Erfahrungsbericht im ASCIRS (www.ascirs.at) zu melden, um neben dem Vergleich zur Zahlenstatistik des offiziellen Sterbeverfügungsregisters (die zumindest im 1. Beobachtungsjahr sehr diskrepant zu den ASCIRS-Zahlen war) auch ein Gefühl dafür zu entwickeln, wie Menschen in Österreich und ihre betreuenden Ärzt:innen und Pflegepersonen in der Praxis mit dem Thema AS umgehen. Wir sollten besser verstehen, wo die Schwierigkeiten und auch emotionalen Belastungen für alle Beteiligten liegen. Diese Daten können die Forderung nach einer Erhöhung des Angebots an psychologischer Unterstützung für die an einem AS beteiligten Kolleg:innen und Exekutivpersonen sowie nach verpflichtenden Schulungen auf theoretischer und auch praktischer Ebene (Simulationstrainings) für alle „medical professionals“ unterstützen.



© Privat

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck
Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

Danksagung. Die Autor:innen danken Frau Angelika Feichtner für die Zurverfügungstellung der aktuellen ASCIRS-Zahlen und Frau Nina Pernica für ihre großartige Unterstützung bei der Verwendung und Auswertung des Fragebogens *Survey Monitor* der ÖGARI.

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

Interessenkonflikt. A. Lenhart, D. Weixler, E. Schaden, S. Fruhwald und B. Friesenecker 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=BundesnormenGesetzesnummer=20011782>. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
2. Sterbeverfügungsgesetz, Gesetzesmaterialien: Bglnr 27. GP, RV 1177.. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I_01177/index.shtml. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
3. 78 StGB: Mitwirkung am Selbstmord.. www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR12029621/NOR12029621.pdf. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
4. Sterbeverfügungs-Präparate-Verordnung: BGBl. II 2022/16.. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=BundesnormenGesetzesnummer=20011789>. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
5. Europäische Menschenrechtskonvention.. www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=BundesnormenGesetzesnummer=10000308FassungVom=2023-06-04Artikel=2Paragraf=Anlage=Uebergangsrecht und www.unric.org/de/allgemeine-erklaerung-menschenrechte. Zugegriffen: 5. Juni 2023.
6. ASCIRS.. www.ascirs.at. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
7. Weilguni V, Friesenecker B. Grauzonen machen mir Angst": Stimmen zum assistierten Suizid. *Anästh Nachr.* 2022;2:126–30. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00045-7>.
8. Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care.* 2016;.
9. Österreichische Gesellschaft für ein Humanes Lebensende.. www.oeghl.at.
10. Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation, Intensivmedizin (ÖGARI). Therapiezieländerung auf der Intensivstation, Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013;48:216–23.
11. Kink E. Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin, Der Tod als mit dem menschlichen Leben verbundenen Konsequenz. *Wien Klin Mag.* 2022;25:48–53.
12. Fries H. Dem Tod ins Gesicht schauen – müssen wir Gespräche über Entscheidungen am Lebensende führen? Eine medizinethische Analyse. *Ethik Med.* 2022;34:177–93.
13. 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.
14. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open.* 2020;10:e36054.
15. 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.
16. Feichtner, Körtner, Likar, Watzke, Weixler. *Assistierter Suizid – Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen.* Berlin Heidelberg: Springer; 2022. ISBN 978-3-662-64346-4. Bibliographie Book.
17. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, et al. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. *Anästh Nachr.* 2023;5:141–54. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00136-z>.
18. Neues Erwachsenenschutzgesetz, Österreich.. www.justiz.gv.at/html/default/2c94848a60c1583801614709bca3434b.de.html. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
19. Kirchoffer DG, Lui CW, Ho A. Moral uncertainty and distress about voluntary assisted dying prior to legalisation and the implications for post-legalisation practice: a qualitative study of palliative and hospice care providers in Queensland, Australia. *BMJ Open.* 2023;13(5):e65964. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065964>.
20. Heilman MKD, Trothen TJ. Conscientious objection and moral distress: a relational ethics case study of MAiD in Canada. *J Med Ethics.* 2020;46(2):123–7. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105855>.
21. Friesenecker B, Stadlinger J. Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. *Anästh Nachr.* 2022;4:216–7. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z>.
22. der Statement OPG.. www.opg.at/Aktuelles/Handreichung. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
23. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 5. Aufl. New York: Oxford University Press; 2001. 1979.
24. Niederlande: Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung. 2002. www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/euthanasie.pdf. Zugegriffen: 5. Juni 2023.
25. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1379603/umfrage/umfrage-zur-personlichen-einstellung-zu-assistiertem-suizid-in-oesterreich/>. Zugegriffen: 7. Sept. 2023, veröffentlicht am 21.4.2023 von Julius Neumann.
26. Burda G. Ein Jahr Sterbeverfügung: Daten und Fakten. *Manz, ÖJZ* 2023/59, 350.. www.manz.at/fileadmin/user_upload/zeitschriften/inhaltsverzeichnis/OEJZ_2023-06_Inhalt.pdf. Zugegriffen: 1. Sept. 2023.

Weiterführende Literatur

27. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt, Österreich.. www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
28. Deklaration von Genf: Hippokrates und das ärztliche Gelöbnis.. <https://aerztezeitung.at>

- [2018/oaz-artikel/politik/deklaration-von-genf-hippokrates](#). Zugegriffen: 4. Juni 2023.
29. Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende
Stellungnahme Nationaler Ethikrat. 2006. www.ethikrat.org. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
 30. White BP, Jeanneret R, Close E, Willmott L. The impact on patients of objections by institutions to assisted dying: a qualitative study of family caregivers' perceptions. *BMC Med Ethics*. 2023;24:22.
 31. 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. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
 32. Halmich M. Sterbeverfügungsgesetz StVfG | StVf-Präp-V: Kompakte Gesetzeskommentierung. Wien: Educa; 2022.
 33. Oduncu FS, et al. Die ethische Verantwortung des Arztes, Assistierter Suizid. *Dtsch Ärztebl*. 2011;108(24).
 34. Hoppe D, et al. Ärztlich assistierter Suizid – Tötung auf Verlangen. Ethisch verantwortetes ärztliches Handeln und der Wille des Patienten. Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht;
 35. Kipke R. Die ärztlich assistierte Selbsttötung und das gesellschaftlich Gute, Zur Frage nach der ethischen Rechtfertigung eines Verbots ärztlicher Suizidassistenz in einer liberalen Gesellschaft. *EthikMed*. 2015;27:141–54.
 36. Sahm S. Ärztlich assistierter Suizid, Medizinische Ethik und suizidales Begehren. *Onkologe*. 2020;26:441–8.
 37. Henking T. Suizid und Suizidbeihilfe aus rechtlicher und ethischer Perspektive. *Bundesgesundheitsblatt*. 2022;65:67–73.
 38. 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.
 39. 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.
 40. 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. Zugegriffen: 4. Juni 2023.
 41. Schöne-Seifert B. Moderne Medizinethik Problemfeld: Sterbehilfe. Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Preprints and Working Papers. Münster: Centre for Advanced Study in Bioethics; 2015.
 42. Dietrich F. Legalisieren der aktiven Sterbehilfe-Förderung oder Beeinträchtigung der individuellen Autonomie? *EthikMed*. 2009;21:275–88.

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