

Handreichung - Assistierter Suizid

(Living Document – Stand Juni 2026)

Impressum: für den Inhalt verantwortlich: Angelika Feichtner MSc;
angelika.feichtner@gmx.net

Begutachtung: OA Dr. Dietmar Weixler, MSc; Univ.-Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Eva Katharina Masel, MSc; Dr. Ralph Simanek, MSc; Bettina Pußwald, DSA, MSM; Elisabeth Höpperger, MSc; Mag.^a pharm. Elisabeth Steiner, Dr.ⁱⁿ Veronika Mosich, MSc; Dr. iur. Michael Halmich, LL.M; Mag. Michael Prunbauer; Dipl. PAss.ⁱⁿ Dipl. Päd.ⁱⁿ Doris Wierzbicki MASSc; Mag.^a (FH) Dr.ⁱⁿ Angelina Falkner; Dr.ⁱⁿ Brigitte J. Mayr-Pirker, MSc MSc MBA, Mag.^a Viktoria Wentseis.

Assistierter Suizid.....	3
Die Sterbeverfügung	3
Voraussetzungen für die Errichtung einer Sterbeverfügung:	4
Die Beihilfe zum Assistierten Suizid (AS).....	5
Nicht als Beihilfe zum AS gelten:	5
Der Ablauf.....	6
Gültigkeit der Sterbeverfügung.....	6
Das Präparat	7
Die Haltbarkeit.....	8
Die Begleitmedikation.....	9
Die Applikation des Suizidmittels	9
Orale Einnahme	9
Relative Kontraindikationen für eine orale Einnahme.....	10
Applikation über eine Magensonde (PEG)	10
Intravenöse Applikation	11
Nach Eintritt des Todes	12
Meldung an die Polizei	12
Die Begleitung.....	13
Das Dilemma der Palliative Care Teams	14
Verantwortung der Institution	16
Literatur	19

Assistierter Suizid

Assistierter Suizid bzw. Beihilfe zum Suizid ist eine Handlung, die mit der Absicht erfolgt, einer Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen. Dies geschieht, indem ein letales Präparat zur Selbstverabreichung bereitgestellt wird. Der Zugang zu diesem Präparat ist in einem gesetzlich festgelegten Prozedere, dem Sterbeverfügungsgesetz, beschrieben.

In einigen Staaten wird der Begriff des Assistierte Suizids durch Euphemismen ersetzt, weil er als stigmatisierend gilt. Ersatzweise werden Begriffe wie „Death with Dignity“, „Medical Assistance in Dying (MAiD)“, „Completed Life“, „Sterbehilfe“ oder „Freitod“ verwendet. „Suizid“ ist jedoch ein neutraler Fachbegriff. Im rechtlichen Sinn liegt ein Suizid vor, wenn jemand vorsätzlich und freiwillig den Tod an sich selbst unmittelbar verursacht (1). Da eine klare, unmissverständliche Wortwahl wichtig ist, werden die in Österreich gebräuchlichen Begriffe „Assistierter Suizid“ (AS) und assistiertes Sterben im Folgenden beibehalten.

Durch das Erkenntnis des österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 wurde das ausnahmslose Verbot der Beihilfe zum Suizid aufgehoben. Das österreichische Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) erlaubt es erwachsenen Personen unter bestimmten Voraussetzungen, ihr Leben nach einem freien und selbstbestimmten Entschluss zu beenden und sich dabei auch der Hilfe einer dazu bereiten dritten Person zu bedienen. Es besteht jedoch keine Verpflichtung zur Hilfeleistung beim Suizid. Die Beihilfe zum Suizid kann nur durch eine Person erfolgen, die dazu bereit ist. Da keine Verpflichtung zur Hilfeleistung zum Suizid besteht, kann es auch keinen Rechtsanspruch auf Beihilfe zum Suizid geben.

- ☞ Gemäß § 2 StVfG ist keine natürliche oder juristische Person verpflichtet, in irgendeiner Form beim selbstbestimmten Sterben mitzuwirken. Umgekehrt darf niemand wegen einer Hilfeleistung, einer ärztlichen Aufklärung oder der Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung oder der Weigerung solches durchzuführen – in welcher Art immer – benachteiligt werden (2).

Die Sterbeverfügung

Die Sterbeverfügung ist eine Willenserklärung, mit der eine sterbewillige Person ihren dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschluss rechtsverbindlich festhält, ihr Leben selbst zu beenden. Mit einer Sterbeverfügung sind erwachsene Personen unter bestimmten Voraussetzungen berechtigt, ein letales Präparat für den Assistierte Suizid zu beziehen. Nur Personen, die entscheidungsfähig sind, können eine Sterbeverfügung errichten.

Als entscheidungsfähig gilt, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann.¹

Voraussetzungen für die Errichtung einer Sterbeverfügung:

- Höchstpersönliche Entscheidung der sterbewilligen Person.
- Volljährigkeit und zweifelsfreie Entscheidungsfähigkeit.
- Österreichische Staatsbürgerschaft oder gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich.
- Vorliegen einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen. Die Krankheit muss einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringen.
- Der Entschluss der sterbewilligen Person muss frei und selbstbestimmt sein.
- Aufklärungs- und Beratungsgespräche mit zwei Ärzt: innen, wobei eine:r über palliativmedizinische Kompetenzen verfügen muss.

Beide Ärzt:innen müssen unabhängig voneinander die Entscheidungsfähigkeit, wie auch die Äußerung des selbstbestimmten Entschlusses der sterbewilligen Person bestätigen. Darüber hinaus ist die sterbewillige Person über Alternativen zum Assistierten Suizid, die Dosis des tödlichen Präparates, der Begleitmedikation, der Applikationsformen und über mögliche Nebenwirkungen zu informieren. Weiters sind, der individuellen Situation angepasst, Informationen über unterstützende Beratungsangebote zu vermitteln. Die beiden Ärzt: innen können sich die Aufklärungsinhalte aufteilen. Ein Austausch dieser beiden Ärzt: innen ist demnach sinnvoll, in der Praxis durchaus üblich und auch rechtlich erlaubt.

☞ Die aufklärenden/beratenden Ärzt: innen dürfen jedoch nicht zugleich auch die assistierenden Personen sein, also z. B. nicht den zur intravenösen Verabreichung erforderlichen Venenzugang legen (§ 8).

Wenn eine Ärztin oder ein Arzt dazu bereit ist, als hilfeleistende Person zur Verfügung zu stehen, muss die Aufklärung/Beratung durch andere Ärzt: innen erfolgen. Informationen über Ärzt: innen, die dazu bereit sind, die erforderlichen Aufklärungs- und Beratungsgespräche zur Errichtung einer Sterbeverfügung durchzuführen, sind über die jeweiligen Landes-Ärzttekammern erhältlich. Für die Aufklärungs- und Beratungsgespräche sind entsprechende Formulare verfügbar. Frühestens zwölf Wochen nach dem ersten ärztlichen Aufklärungsgespräch kann die Sterbeverfügung bei einem Notariat oder bei einer Patientenvertretung wirksam errichtet werden. Diese Wartefrist kann sich auf zwei Wochen verkürzen, wenn eine der Ärztinnen bzw. einer der Ärzte bestätigt, dass die Erkrankung der sterbewilligen Person bereits eine terminale Phase erreicht hat.

In der Sterbeverfügung werden auch jene Personen namentlich angegeben, die zur Beihilfe in Form von Suizidassistenz bereit sind. Eingetragen werden muss auch jene Person, die für die sterbewillige Person das Präparat aus der Apotheke abholen wird.

Sollte die sterbewillige Person nach Errichtung der Sterbeverfügung weitere hilfeleistende Personen in die Sterbeverfügung aufnehmen oder bereits erfasste Personen streichen wollen, muss dies im Originaldokument vermerkt und auch im Sterbeverfügungsregister geändert werden.

Die Beihilfe zum Assistierten Suizid (AS)

Unter die zulässige Hilfeleistung zum AS fällt jegliche Form der Unterstützung in der Vorbereitung und Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme, wie z.B. das Abholen des Präparates aus der Apotheke, das Anlegen eines Venenzuganges für die intravenöse Applikation, das Legen einer naso-gastralen Sonde, den Kopf der sterbewilligen Person zum Trinken stützen und auch die Zurverfügungstellung von Räumlichkeiten. Als Beihilfe zum AS gilt auch die Abgabe des Präparats durch Apotheker: innen (3).

☞ Der letzte, den Tod herbeiführenden Schritt der Einnahme des Präparates (Trinken der Lösung, Starten der Infusion durch Öffnen der Rollklemme des Infusionsgerätes) muss von der sterbewilligen Person selbst gesetzt werden. Würde dies von der hilfeleistenden Person ausgeführt, wäre es keine Hilfe bei der Selbsttötung, sondern ein Tötungsdelikt (strafbare Tötung auf Verlangen oder Mord).

Personen, die zwar entscheidungsfähig, aber nicht dazu in der Lage sind, den letzten zum Tod führenden Schritt selbst zu setzen, können keinen rechtlich erlaubten Assistierten Suizid in Anspruch nehmen. Hinzuweisen ist auf die Möglichkeit des Einsatzes medizinischer Unterstützungsgeräte, wie z.B. Infusionsgeräte mit Bedienung mittels Sprachbefehl oder Augensteuerung.

Nicht als Beihilfe zum AS gelten:

- Sachliche Information der Patient: innen zum Thema AS (verboten ist jedoch eine anpreisende Werbung).
- Ärztliche Aufklärung zur Errichtung einer Sterbeverfügung, die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit sowie die Beschreibung der Details zum Präparat und der Begleitmedikation.
- Mitwirkung an der Errichtung der Sterbeverfügung.
- Psychisch/ emotionale Begleitung, sowie Beistand durch bloße Präsenz bei der Durchführung des AS.
- Hinweis darauf, dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Maßnahmen abgelehnt werden können.

Der Ablauf

Ärzt:innen	Jurist:innen	Apotheke	Durchführung
2 x Aufklärung, Beratung, davon 1 Ärzt: in mit palliativmed. Kompetenz, Aufzeigen v. Alternativen zum AS Bestätigung d. Krankheit, + Entscheidungsfähigkeit + Verordnung der Begleitmedikation + Festlegen der Applikationsform Bei Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit => psych.-Abklärung Wartezeit 12 Wochen (Ausnahme 2 Wochen)	Notariat oder Patientenvertretung Errichtung der Sterbeverfügung Eintrag ins Sterbeverfügungsregister Das Original der Sterbeverfügung wird der sterbewilligen Person ausgehändigt. Seit 1. Juni 2026 bis auf Weiteres zeitlich unbegrenzt gültig! (VfGH: Änderung 2026)	Abgabe von Na-Pentobarbital, oral oder i. v. + Begleitmedik. Abzuholen innerhalb der Gültigkeitsfrist Dokumentation der Abgabe im Sterbeverfügungsregister	Orale Einnahme, i. v. oder via PEG Totenbeschau => Meldung im Sterbeverfügungsregister durch Beschau-Ärzt: in

Gültigkeit der Sterbeverfügung

Mit dem Eintrag in das Sterbeverfügungsregister ist die Sterbeverfügung wirksam. Die bisher auf ein Jahr begrenzte Gültigkeit der Sterbeverfügung wurde vom Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 12.12.2024 als verfassungswidrig erkannt und aufgehoben (§ 10 Abs. 2 StVfG).¹ Seit 1. Juni 2026 ist eine errichtete Sterbeverfügung bis auf Weiteres zeitlich unbegrenzt gültig. Eine Neuregelung für eine zeitliche Begrenzung samt Verlängerungsverfahren ist gerade in politischer Abstimmung und wird noch heuer durch eine Gesetzesnovelle erwartet.

Für die Gültigkeit der Sterbeverfügung ist die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person maßgeblich. Die Entscheidungsfähigkeit muss nicht nur bei der Errichtung der Sterbeverfügung zweifelsfrei gegeben sein, sondern auch bei der Durchführung des Assistierte Suizides.²

¹ VfGH-Erkenntnis G 229-230/2023-57 vom 12.12.2024

- ☞ Die Hilfe leistende Person hat sich vor der Suizidassistenz zu vergewissern, dass die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person zum Zeitpunkt des AS gegeben ist. Mangelt es an der Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person, wäre der AS keine Selbsttötung, sondern eine Fremdtötung (u.U. sogar Mord).

Eine Sterbeverfügung verliert ihre Wirksamkeit gemäß § 10 StVfG, wenn die sterbewillige Person sie widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll. Grundsätzlich gilt der Widerruf, sobald dieser einer Person mitgeteilt, bzw. in sonstiger Weise erkennbar wird, dass die Sterbeverfügung nicht mehr wirksam sein soll.

Wenn noch kein Präparat für den AS bezogen wurde, ist der Widerruf gegenüber der für die Aufbewahrung verantwortlichen Person ausreichend (4). Wurde jedoch bereits ein Präparat bezogen, ist auch jene Person, welche die Sterbeverfügung dokumentiert hat (Notariat oder Patientenvertretung), über den Widerruf zu informieren.

Im Rahmen der Errichtung der Sterbeverfügung im Notariat oder bei der Patientenvertretung ist auch über die Rechtsfolgen des AS zu informieren. In diesem Zusammenhang ist auch das Thema der Lebensversicherungen anzusprechen, vor allem der Ablebensversicherungen. Dies deshalb, weil im § 169 Versicherungsvertragsgesetz folgendes enthalten ist:

„Bei einer Versicherung für den Todesfall ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn derjenige, auf dessen Person die Versicherung genommen ist, Selbstmord begangen hat. Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.“

Damit würde nach aktueller Rechtslage ein assistiertes Sterben nach dem Sterbeverfügungsgesetz die Versicherungsanstalt leistungsfrei werden lassen. Daher sollte die sterbewillige Person bei bestehender Lebensversicherung die rechtlichen Möglichkeiten vor der Durchführung des AS abklären (entweder die Polizze umwandeln, den Vertrag auflösen und den Rückkauf der Lebensversicherung fordern). Über die rechtlichen Möglichkeiten können Jurist: innen und auch Vertreter: innen der Versicherung aufklären.

Das Präparat

In der Sterbeverfügungspräparate-Verordnung (StVfG-Präp-V) ist geregelt, dass als zum Tode führende Substanz ausschließlich Natrium-Pentobarbital in einer sicher tödlichen Dosis von 15 g verwendet wird. Das Präparat für den Assistierten Suizid ist kein Arzneimittel, daher gibt es auch kein Rezept dafür. Eine wirksame Sterbeverfügung berechtigt zum Kauf des Präparates. Der Eintrag in der Sterbeverfügung ersetzt die ärztliche Verordnung (2).

Die sterbewillige Person oder eine in der Sterbeverfügung angeführte hilfeleistende Person ist berechtigt, das Präparat unter Vorlage eines Lichtbildausweises von der Apotheke zu beziehen.

- ☞ Für die sterbewillige Person, wie auch für die Hilfe leistenden Personen, gelten Sorgfaltspflichten. Sie haben das Präparat durch geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen, gegen unbefugte Entnahme zu sichern. Bei Zuwiderhandlung und Eintritt eines Schadens drohen zivil- und strafrechtliche Folgen.

Abhängig von den Angaben zur Applikationsform in der Sterbeverfügung kann das Präparat als orale Trinklösung (zur baldigen Verwendung) oder für die Applikation mittels PEG-Sonde sowie als intravenös anwendbares Pulver abgegeben werden. Wird das Mittel in Pulverform verordnet, ist dieses explizit in einer 250 ml-Infusionsflasche zu verordnen. Damit ist sichergestellt, dass das Pulver im gelieferten Behältnis aufgelöst bzw. verdünnt werden kann (2).

Die jeweils erforderlichen Materialien zur Zubereitung und intravenösen Applikation des Präparates, wie z. B. NaCl 0,9 % OP II (250 ml), Infusionsbesteck, Überleitungschanüle und Venenverweilchanüle, sind vom Arzt bzw. der Ärztin zu verordnen (2).

- ☞ Falls das Präparat nicht verwendet wird, etwa weil die sterbewillige Person vor dem geplanten AS eines natürlichen Todes verstorben ist oder den Sterbewunsch aufgegeben hat, muss das Präparat in der Apotheke zurückgegeben werden.

Befindet sich in der Verlassenschaft eines Verstorbenen ein Na-Pentobarbital-Präparat, so ist dies von jedem, der das Präparat auffindet, unverzüglich der Bezirksverwaltungsbehörde (= Gesundheitsamt) anzuzeigen. (§ 11 Abs. 5 StVfG)

Die Haltbarkeit

Zur Haltbarkeit des Präparates gibt es keine genauen Angaben. In Pulverform ist es mindestens 10 Jahre lang haltbar, als orale Trinklösung drei Monate lang, vorausgesetzt es wird ungeöffnet unter 25° C und nicht im Kühl- oder Gefrierschrank gelagert. Es liegen Berichte vor, nach denen sich für sterbewillige Personen aufgrund der angegebenen kurzen Haltbarkeit der Trinklösung ein zeitlicher Druck zur Umsetzung des AS ergeben hat. Mehrere Pharmakolog:innen vertreten jedoch die Ansicht, dass die orale Trinklösung ungeöffnet zumindest über vier Monate lang haltbar ist, vermutlich sogar länger.

Abgelaufene Präparate können in der Apotheke gegen erneute Bezahlung durch ein neues Präparat ersetzt werden, vorausgesetzt, es besteht eine aufrechte (also wirksame) Sterbeverfügung.

Die Begleitmedikation

In der StVfG-Präparate-Verordnung wird Metoclopramid als Begleitmedikation bei oraler Einnahme angegeben, um möglichem Erbrechen vorzubeugen. Diese Angaben sind jedoch nicht bindend und können ärztlicherseits geändert werden, z.B. wenn Metoclopramid kontraindiziert ist, wie etwa bei Vorliegen einer Parkinson-Erkrankung. Die Dosierung des Antiemetikums obliegt dem verordnenden Arzt bzw. der Ärztin, wobei es im § 5 StVf-Präp-Verordnung eine beispielhafte (und daher auch abänderbare) Dosisanordnung gibt. Vor der intravenösen Infusion des Präparates ist aus medizinisch-fachlicher Sicht keine antiemetische Medikation erforderlich (2).

Die Einnahme des Suizidmittels

Die Art der Verabreichung des Präparates wird von den aufklärenden Ärzt:innen in Absprache mit der sterbewilligen Person festgelegt und in der Praxis auch in der Sterbeverfügung eingetragen. Bei einer nachträglichen Änderung der Applikationsart ist die Sterbeverfügung und auch der Eintrag im Sterbeverfügungsregister entsprechend zu ändern, wenn der Verabreichungsweg eingetragen wurde.

Orale Einnahme

Zur oralen Einnahme kann das Präparat als fertige Trinklösung zur baldigen Verwendung oder in Pulverform zum Auflösen zu einem späteren Zeitpunkt, unmittelbar vor der geplanten Einnahme, verordnet werden. Für jene Personen, die ihre Sterbeverfügung als Notausgang, gewissermaßen präventiv für den Fall einer Verschlechterung ihrer Situation, errichtet haben, kann die Verordnung des Präparates in der wesentlich länger haltbaren Pulverform einen zeitlichen Druck zur Einnahme verhindern. Das Pulver wird erst kurz vor der geplanten Einnahme mit 100 bis 125 ml Wasser aufgelöst und es soll möglichst rasch, innerhalb von 1-2 Minuten getrunken werden, da es innerhalb kürzester Zeit zum Verlust des Bewusstseins kommt.

- ☞ Das Präparat darf nicht durch einen Strohhalm eingenommen werden, da dadurch die Gefahr besteht, dass es zu wirken beginnt, bevor die sterbewillige Person die gesamte Dosis eingenommen hat.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass es durchaus möglich ist, die Reinsubstanz als Pulver auch in einer geringeren Menge Wasser (50-80 ml) aufzulösen, um die Trinkmenge zu reduzieren. Das Pulver lässt sich dann jedoch nur durch intensives Schütteln über mehrere Minuten lang auflösen.

- ☞ Die sterbewillige Person muss das Präparat selbständig trinken können; es ist jedoch zulässig, dass die hilfeleistende Person den Kopf der/des Sterbewilligen beim Trinken stützt. Die Einnahme sollte, wenn möglich, in sehr aufrechter Position erfolgen, um einer Regurgitation des Mittels vorzubeugen (5).

Den Berichten zufolge schmeckt die Na- Pentobarbital Trinklösung äußerst bitter. Um den bitteren Geschmack etwas zu reduzieren, kann sofort nach Einnahme eine kleine Menge Sorbet oder Fruchtsaft gegeben werden. Das Präparat darf jedoch nicht mit Fruchtsaft gemischt werden, da durch Zugabe von Fruchtsaft das Risiko einer Kristallisation besteht. Nach den bisherigen Erfahrungen muss davon abgeraten werden, kohlenensäurehaltige Getränke zum Nachtrinken zu verwenden, weil dies das Erbrechen begünstigen kann.

Um den bitteren Geschmack zu reduzieren, der zu Brechreiz führen kann, wird von erfahrenen AS-Begleitenden der Verzehr von einigen Mirakelbeeren (*Synsepalum dulcificum*) vor der Einnahme des Na-Pentobarbitals empfohlen. Das Fruchtfleisch dieser Beeren enthält ein Glykoprotein, das sich an die Geschmacksknospen der Zunge bindet, was dazu führt, dass der ursprünglich bittere Geschmack als süß wahrgenommen wird. Dieser Effekt hält ca. 30 Minuten lang an. Unter dem Markennamen Wunderbeere® ist das Produkt in Form von Lutschtabletten im Handel erhältlich.

Relative Kontraindikationen für eine orale Einnahme

Zu den relativen Kontraindikationen für eine orale Einnahme des Präparates zählen Schluckstörungen, ausgeprägte Übelkeit und Ösophagitis oder Gastritis. Naturgemäß stellen auch gastro-intestinale Obstruktionen eine Kontraindikation dar, auch wenn sie nur teilweise bestehen. Auch bei anderen gastro-intestinalen Pathologien, die die Resorption beeinträchtigen könnten, z. B. Morbus Crohn mit früheren Darmresektionen (6), sollte von einer oralen Einnahme abgesehen werden. Bei Vorliegen einer ausgeprägten Dehydratation ist ebenfalls von einer oralen Einnahme des Präparates abzuraten.

Applikation über eine Magensonde (PEG)

Grundsätzlich ist auch eine Applikation des Präparates über eine bereits angelegte Magensonde möglich. Hier gilt, wie auch bei der oralen Verabreichung, dass die sterbewillige Person dazu in der Lage sein muss, sich das Mittel selbst zu verabreichen. Es ist jedoch zulässig, dass die hilfeleistende Person das Präparat aufzieht und beim Halten und Verankern der Spritze unterstützt. Die sterbewillige Person muss jedoch den Kolben der Spritze selbst drücken, um sich das Mittel zu verabreichen. Erfahrungsgemäß verlieren die Personen innerhalb weniger Minuten nach der Verabreichung des Mittels das Bewusstsein.

Trotzdem sollten sie bis zum Eintritt des Todes, sofern möglich, in aufrechter Position verbleiben, um das Risiko einer Regurgitation zu verringern.

Intravenöse Applikation

Die Entscheidung für eine intravenöse Verabreichung des Präparates wird insbesondere dann getroffen, wenn Erkrankungen vorliegen, welche zur Malabsorption oder zur Störung der Magen-Darm-Passage führen, oder wenn die Schluckfunktion beeinträchtigt ist.

Weiters ist eine intravenöse Applikation zu bevorzugen bei:

- Übelkeit/Erbrechen (z. B. bei Chemotherapie, ungenügender Wirksamkeit von Antiemetika, leicht auslösbarem Brechreiz etc.).
- Magenausgangsstenose (z. B. bei Pankreaskarzinom oder bei Peritonealcarcinose).
- gestörter Magen-/Darmfunktion (Obstipation oder Diarrhoe), Kurzdarmsyndrom, (diabetischer) Gastroparese.
- Dysphagie, häufiger Aspiration, hohem Alter, bei Unfähigkeit, die erforderliche Menge rasch zu trinken, Schlucklähmung (Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Hirnstammsinsult, Hirnnervenlähmungen, Apraxie, Akinesien (7)).
- Tumoren mit Metastasen im Verdauungstrakt und in der Leber.
- Hirntumoren bzw. Metastasen (Epilepsie) (2).
- Schweren akuten oder chronischen Darminfektionen, Zöliakie, Tropischer Sprue, Parasitose, Zollinger-Ellison-Syndrom.
- Eiweißmangeldystrophie, Strahlenenteritis, Sklerodermie.
- enterale Durchblutungsstörungen: Angina abdominalis, Rechtsherzinsuffizienz, konstriktive Perikarditis, Zustand nach Mesenterialarterienstenose.
- enterale Lymphdrainagestörungen: idiopathisch, Lymphangitis, maligne Lymphome.
- Dünndarmstenosen, Morbus Whipple, CED (z.B. Morbus Crohn).
- Amyloidose, Malabsorption nach Neomycintherapie.
- Hormonell aktive Tumoren: Karzinoid, Gastrinom, VIPom-

Auch hinsichtlich einer erwartbaren sehr raschen Verschlechterung des Allgemeinzustandes kann es empfehlenswert sein, die Verordnung für eine intravenöse Applikation festzulegen. Bei einer geplanten i. v.-Verabreichung wird das Natrium-Pentobarbital in Pulverform in einer 250 ml Infusionsflasche abgegeben. Das Pulver wird erst nach Anlage eines sicheren Venenzuganges und unmittelbar vor der Anwendung mit 250 ml NaCl 0,9 % aufgelöst. Die dazu erforderlichen Materialien wie Infusionsgerät, Überleitungskanüle, Venflon® etc. werden zusammen mit dem Präparat in der Sterbeverfügung angegeben. Bei implantierten Venenzugängen (Port-a-Cath) wird empfohlen, gründlich zu spülen und maximal zu verdünnen (250 ml), damit es nicht zur Verklebung der Membranen kommt (2).

☞ In den meisten Fällen fungieren Angehörige oder Bezugspersonen der sterbewilligen Person als hilfeleistende Personen. Als medizinische Laien sind sie mit der Zubereitung von Infusionen aber in der Regel nicht vertraut und es kann leicht zu überfordernden Situationen kommen.

Laut den bisherigen Erkenntnissen aus den österreichischen ASCIRS-Daten² tritt der Tod durch Natrium-Pentobarbital meist innerhalb von wenigen Minuten nach der Einnahme bzw. Applikation ein. Nach den Berichten verstarben einige der Patient: innen bei intravenöser Verabreichung bereits innerhalb von Sekunden nach Öffnen der Rollklemme. Es werden aber auch längere Sterbeprozesse von mehr als vier Stunden beschrieben. Darauf sind insbesondere die An- und Zugehörigen oft nicht vorbereitet und die unerwartet lange Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes wird als sehr belastend erlebt. Es empfiehlt sich daher, die beim AS anwesenden Personen sowohl auf ein sehr rasch eintretendes wie auch auf ein möglicherweise verzögertes Versterben der Person vorzubereiten.

Nach Eintritt des Todes

Vielleicht noch mehr als bei anderen Todesfällen, ist die Gestaltung des Abschiedes nach einem AS für die Hinterbliebenen von entscheidender Bedeutung (8). Es ist überaus wichtig, diesem individuellen Abschied die erforderliche Zeit einzuräumen. Der Eintritt des Todes ist den zuständigen Totenbeschauärzt: innen, in der Regel sind es die Gemeinde-Ärzt: innen, gemäß § 9 Abs. 4 StVfG zu melden.

- ☞ Bis zur Durchführung der Totenbeschau müssen die Verstorbenen in unveränderter Lage belassen werden. Es dürfen keine Veränderungen an allen mit dem Präparat in Verbindung stehenden Dingen vorgenommen werden. Die Sterbeverfügung und alle weiteren Dokumente, wie etwa Arztbriefe und Patientenverfügung sind dem Arzt bzw. der Ärztin bei der Totenbeschau vorzulegen. Ebenso das geöffnete und nun konsumierte Sicherheitsgefäß, in dem das Präparat enthalten war.

Das Sterbeverfügungsgesetz sieht vor, dass die Totenbeschau-Ärzt: innen den AS im Sterbeverfügungsregister melden. Ein Suizid, unabhängig davon, ob gewaltsam oder im Rahmen einer Sterbeverfügung, kann bei den betroffenen Angehörigen zu Schuldvorwürfen, einem Gefühl der Isolation oder der Notwendigkeit der Geheimhaltung vor Dritten führen (9). Die Angst der Angehörigen vor einer Stigmatisierung scheint vor allem im ländlichen Raum zu bestehen und mitunter wird der Assistierte Suizid auch vor den amtlichen Totenbeschauer: innen verheimlicht.

Meldung an die Polizei

Die Gesetzgebung zur Totenbeschau ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt. In jenen Bundesländern, wo gesetzlich zwischen einer natürlichen und unnatürlichen Todesart unterschieden wird (z.B. Oberösterreich), wird nach einem Assistierten Suizid die Verständigung der Polizei gefordert, obwohl der AS nicht illegal, also laut Gesetz straffrei gestellt ist. Manche Landesgesetze verpflichten die Totenbeschau-Ärzt: innen bei einer „unnatürlichen Todesursache“ daher auch zu einer Anzeige an die Kriminalpolizei oder Staatsanwaltschaft (10).

² www.ascirs.at

Für die anwesenden Angehörigen und Bezugspersonen kann das Auftreten von Polizei – oder Kriminalbeamten: innen, oft auch in Uniform, in dieser emotional ohnehin sehr schwierigen Situation äußerst belastend wirken. Darüber hinaus kann die Kriminalpolizei oder auch die Staatsanwaltschaft eine gerichtliche Obduktion anordnen, was Angehörige meist als verstörend empfinden. Eine vorangehende Abklärung mit der Polizei kann hilfreich sein.

Die Begleitung

Aus den bisher vorliegenden Berichten ist zu entnehmen, dass die Begleitung eines Assistierten Suizids für Angehörige und Bezugspersonen der Sterbewilligen häufig eine massive Überforderung darstellt und mit traumatischen Erfahrungen verbunden sein kann. Als assistierende Personen sollen sie Sicherheit und einen komplikationslosen Ablauf gewährleisten – in einer Situation, in der sie selbst unsicher, ängstlich und überfordert sind und selbst fachlicher Unterstützung bedürfen.

Die Begleitung von Personen, die einen Assistierten Suizid anstreben, ist Teil einer umfassenderen moralischen Konstruktion dessen, was es bedeutet, einen sterbenden Menschen zu betreuen (11). Zusätzlich zu möglichen moralischen Konflikten und vielleicht bestehender Ambivalenz, stellt der absehbare, terminisierte Verlust für die An- und Zugehörigen eine enorme Herausforderung dar. Sie sind während des gesamten Prozesses, von der ersten Mitteilung eines Wunsches nach AS, über die Organisation bis hin zur Umsetzung, großen Belastungen ausgesetzt und dabei weitgehend auf sich allein gestellt.

☞ Die Beratungsstelle „bewusst entscheiden“ aus Niederösterreich bietet An- und Zugehörigen vor einem geplanten Assistierten Suizid kostenlose Beratung an und auch eine begleitete Online-Gruppe für jene, die eine nahestehende Person durch assistierten Suizid verloren haben. Kontakt: Telefon +43 681 818 856 00 oder info@bewusst-entscheiden.at

Eine Begleitung des Prozesses zum AS und die Präsenz von medizinischen und/oder psychosozialen Fachpersonen bei der Durchführung würde den Angehörigen Entlastung bieten. Naturgemäß wäre das multiprofessionelle, familien-orientierte Betreuungskonzept der Palliative Care prädestiniert dafür, sterbewillige Personen und auch ihre Angehörigen fachlich entsprechend zu begleiten.

Ein Grundsatz von Palliative Care lautet jedoch, dass das Sterben nicht verzögert, aber auch nicht beschleunigt werden soll. Daraus kann sich, zusätzlich zu möglichen persönlichen Wertekonflikten, ein ethisch-moralisches Dilemma für Palliative Care-Teams ergeben, wenn von ihnen betreute Patient:innen durch einen AS ihrem Leben ein Ende setzen wollen. Zweifellos gilt jedoch die Verpflichtung, die bestmögliche Palliative Care – Betreuung für die Patient:innen und ihre Angehörigen bis zur Umsetzung des AS zu gewährleisten.

Das Dilemma der Palliative Care Teams

Bei aller Gegensätzlichkeit stellt das Bestreben, die Art und den Verlauf des Sterbens zu beeinflussen (kontrollieren), doch eine Gemeinsamkeit von Palliative Care und Assistiertem Suizid dar (12). In der Praxis ergeben sich immer wieder Überschneidungen, wenn Patient: innen in Betreuung von Palliative Care Teams einen AS anstreben. Für professionell Betreuende bedeutet die Konfrontation mit Suizidwünschen der Patient: innen zweifellos eine herausfordernde Situation, zumal eine Beihilfe zum Assistierten Suizid mit den zentralen Grundwerten der Palliative Care im Konflikt steht. Beim AS gerät der Grundsatz, dass das Sterben nicht beschleunigt werden soll, mit dem Recht auf Selbstbestimmung in Spannung.

Der Respekt vor dem Recht der Patient: innen auf Selbstbestimmung gebietet eine grundsätzlich nicht wertende Haltung. Es besteht die Verpflichtung, dem Wunsch nach AS respektvoll zu begegnen und die Gespräche darüber ergebnisoffen zu führen. Zu bedenken ist auch, dass die Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches mancher Patient: innen auch als Kommunikationsmittel und/oder als Form der Kontrolle dient (13).

Das Ziel kann daher nicht sein, die sterbewilligen Personen von ihrem Wunsch nach AS abzubringen, sondern mehr über die Hintergründe des Suizidwunsches zu erfahren und das bestehende Leid bestmöglich zu lindern. Professionell Betreuende haben nicht nur im Kontext ihres Berufes, sondern auch als Privatpersonen, bewusst oder unbewusst sowie durch ihre bisherigen Erfahrungen und ihre individuellen Werte, eine eigene Haltung zur Suizidassistenz entwickelt. Abhängig von diesen eigenen Werthaltungen und auch von den Vorgaben der Institution, kann die Konfrontation mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid bei den Betreuenden zu situativer Überforderung und zu moralischer Unsicherheit bis hin zu moralischem Distress führen (14).

Derartige Belastungen ergeben sich vor allem dann, wenn entsprechende Strukturen zur Bewältigung der Situation fehlen. Dazu zählen klare Vorgaben der Institution, das Angebot ethischer Fallbesprechungen, Supervisionen oder Möglichkeiten zu einem reflektierten Austausch innerhalb des Teams. Wie in der täglichen Praxis palliativer Betreuung, ist es auch bei der Frage um AS erforderlich, die Fürsorgepflicht mit dem Recht auf Selbstbestimmung auszubalancieren.

Bei den oft kontroversen und emotional geführten Debatten über die ethische Zulässigkeit der Suizidbeihilfe droht die Perspektive der unmittelbar Betroffenen in den Hintergrund zu geraten. Während die Diskussion häufig von grundsätzlichen moralischen, rechtlichen und gesellschaftspolitischen Erwägungen geprägt ist, finden die konkreten Nöte, Leidenserfahrungen und Konflikte suizidwilliger Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen, vergleichsweise wenig Beachtung. Daher ist sehr darauf zu achten, dass die Not und die Bedürfnisse der Menschen, um die es geht, im Fokus bleiben.

Würde die Betreuung von Patient: innen, die einen Assistierten Suizid in Erwägung ziehen oder bereits geplant haben, abgelehnt werden, würde das nicht nur den Prinzipien der Palliative Care diametral widersprechen, es wäre auch eine Form der Diskriminierung. Die komplexe Herausforderung einer patientenzentrierten Betreuung bei einem Wunsch nach AS besteht auch darin, widersprüchliche Werte, Bedürfnisse und Präferenzen aufzuzeigen und auszugleichen (15). Das kann gelingen, wenn die Betreuenden dem Suizidwunsch gegenüber eine nicht wertende Haltung einnehmen und den Patient: innen mit Respekt begegnen.

Häufig berichten Patient: innen mit einem Wunsch nach AS, wie schwer es ihnen fällt, mit dem betreuenden Team über diesen Wunsch zu sprechen (16). Sie fürchten, nicht verstanden, abgelehnt oder diskriminiert zu werden. Das kann dazu führen, dass Patient: innen den Assistierten Suizid heimlich durchführen, ohne das betreuende Team über ihre Absicht zu informieren.

☞ Personen, die einen Assistierten Suizid erwägen, zählen zur verletzlichsten und am meisten belasteten Gruppe von Patient: innen. Wenn sie ihren Wunsch nach AS mitteilen, so geschieht das im Vertrauen darauf, dass ihre Not wahrgenommen wird und dass sie nicht abgewiesen oder diskriminiert werden.

Der Wunsch, den Tod zu beschleunigen, ist untrennbar mit der Erfahrung des Leidens verbunden und meist handelt es sich dabei um existenzielles Leid (17). Dieses Leid ist höchst individuell und es entzieht sich jeder Bewertung durch andere Personen. Existenzielles Leid ist kein pathologischer Zustand (18), es verstärkt aber oft bestehende körperliche Symptome und erschwert deren Behandlung. Darüber hinaus kann existenzielles Leid selbst ein Auslöser solcher Symptome sein, ohne Erklärung durch ein körperliches Korrelat(19).

In der unmittelbaren Begegnung mit Patient: innen mit einem Wunsch nach Hilfe zum Suizid müssen sich die Betreuenden ihre eigenen Ziele bewusst machen: Geht es vor allem darum, diesen beabsichtigten Suizid zu verhindern oder geht es darum, der Patientin, dem Patienten, der Handlungsspielräume zu eröffnen und ihn/sie ergebnisoffen zu beraten?

Letzteres erfordert eine objektiv neutrale Haltung und auch das Hintanstellen eigener Werte und Moralvorstellungen. In den Gesprächen mit einer Patientin bzw. einem Patienten mit einem Wunsch nach AS darf die eigene Haltung nicht handlungsleitend sein.

Unterschiedliche Werthaltungen und Ansichten über ein gelingendes Leben und ein erstrebenswertes Sterben gilt es anzuerkennen. Für Gespräche mit Patient: innen über ihren Wunsch nach Suizidassistenz ist daher die klare Trennung zwischen persönlicher Einstellung und reflektierter professioneller Haltung wichtig.

Verantwortung der Institution

Nach dem österreichischen Sterbeverfügungsgesetz ist die Rolle medizinischer Fachpersonen klar geregelt, dabei wird rechtlich zwischen Aufklärung/Beratung, Beistand und der eigentlichen Durchführung des assistierten Suizids strikt unterschieden.

Die Aufklärung und Beratung: Unabhängig davon, ob ein Krankenhaus, ein Dienstgeber oder eine Institution das unterstützt oder ablehnt, ist die Aufklärung und Beratung sterbewilliger Patient: innen zulässig.

- ☞ Aus rechtlicher Sicht stellen die Information sowie die Aufklärung der Patient: innen und auch die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit keine Beihilfe zum assistierten Suizid dar. Auch die Verordnung des Präparates und der Begleitmedikation im Rahmen der ärztlichen Gespräche gelten nicht als Beihilfe.

Niemand kann dazu verpflichtet werden, Aufklärungsgespräche zur Errichtung einer Sterbeverfügung im Sinne des StVfG zu leisten, es darf aber auch niemand benachteiligt werden, wenn er/sie sich dazu entscheidet, diese Aufklärungsgespräche zu führen. Dass keine Verpflichtung zur Unterstützung eines assistierten Suizids besteht, bedeutet jedoch nicht, dass eine Institution, wie z.B. ein Pflegeheim oder ein Krankenhaus aktiv verhindern darf, dass Angehörige oder externe Dienste Zugang zu sterbewilligen Patient: innen haben, um einen Assistierten Suizid durchzuführen.

Die Beihilfe zum assistierten Suizid umfasst jegliche Form der Hilfe in der Vorbereitung auf den AS (z.B. das Präparat aus der Apotheke holen, eine Magensonde legen, einen intravenösen Zugang legen, oder auch den Kopf zum Trinken/Schlucken stützen, etc.).

- ☞ Die Beihilfe zum assistierten Suizid während Dienstzeit kann vom Dienstgeber untersagt werden.

Medizinische Fachpersonen dürfen in Österreich beim assistierten Suizid nach StVfG aufklären, die Entscheidungsfähigkeit und Voraussetzungen bestätigen und über Alternativen zum AS beraten. Sie dürfen das tödliche Präparat jedoch nicht verabreichen, der letzte Schritt, die orale Einnahme, bzw. das Öffnen der Rollklemme der Infusion, muss durch die Patient: innen selbst erfolgen.

Die Beihilfe zum AS kann vom Dienstgeber im Rahmen des Dienstverhältnisses untersagt werden, das betrifft insbesondere die Beihilfe während der Dienstzeit. [FN] Es gibt zur Frage, inwieweit der Arbeitgeber eine Unterstützung im Rahmen des AS einschränken darf, noch keine einschlägige Rechtsprechung. Die Gewissensklausel im StVfG verbietet aber jegliche Benachteiligung aus einer Hilfeleistung (§ 8 der Erläuterungen zum StVfG, 1177 der Beilagen XXVII. GP).

Der Beistand im Sterben stellt einen zentralen Aspekt palliativer und hospizlicher Betreuung dar, unabhängig davon, ob das Sterben durch einen AS erfolgt. Zum Beistand zählen nicht nur die medizinische und pflegerische Unterstützung, sondern auch die psychosozial-spirituelle Begleitung. Und manche Pflegepersonen, Ärztinnen und Ärzte möchten, vor allem nach längerer Betreuung, ihren Patient:innen auch bei einem AS zur Seite stehen.

Von Angehörigen, die den assistierten Suizid einer nahestehenden Person begleitet haben, wird oft berichtet, wie sehr sie sich in dieser Situation einen emotionalen Beistand durch die Präsenz einer Fachperson gewünscht hätten. Dabei geht es nicht um eine aktive Beteiligung, sondern tatsächlich vor allem um Präsenz.

Sind Angehörige beim AS ganz auf sich allein gestellt, führt das zu Überforderung. Als medizinische Laien tragen sie nicht nur die Verantwortung für die Begleitung eines komplexen Sterbeprozesses, als emotional zutiefst betroffene Angehörige ringen sie oft auch mit ambivalenten Gefühlen und zugleich sollten sie aber auch den Abschied gestalten. Es kann daher nicht überraschen, wenn viele Angehörige die Begleitung eines Assistierten Suizids als einschneidende und anhaltend belastende Erfahrung schildern.

☞ Einem sterbenden Menschen und dessen Angehörigen emotionalen und psychosozialen Beistand zu bieten, kann vom Dienstgeber nicht untersagt werden, auch dann nicht, wenn das Sterben durch assistierten Suizid erfolgt.

Auch wenn hierfür grundsätzlich das Freiwilligkeitsprinzip gilt, so ist doch Folgendes zu bedenken: Wenn die Verpflichtung der Pflege, an der Seite der Patient:innen zu bleiben, im Widerspruch zur Organisationspolitik steht, bleibt die Verpflichtung der Pflegeperson gegenüber den Patient:innen aufrecht (20). Das gilt auch für die Begleitung eines assistierten Suizids, vorausgesetzt, die rechtlichen Vorgaben werden eingehalten.

Es liegt in der Verantwortung der Einrichtungen, entsprechende Handlungsanleitungen, Weiterbildungen und Angebote zu ethischen Fallbesprechungen, Supervisionen und Möglichkeiten zu einem reflektierten Austausch innerhalb des Teams zur Verfügung zu stellen.

Und unabhängig von der Einstellung der jeweiligen Institution zum Assistierten Suizid ist zu beachten, dass es auch bei strikter Ablehnung zu einem „heimlichen“ AS kommen kann. Aus Furcht vor Betreuungsabbruch oder anderen für sie nachteiligen Konsequenzen, wagen es manche sterbewilligen Personen nicht, das betreuende Team über den geplanten Assistierten Suizid zu informieren. Der Suizid erfolgt dann heimlich und die Pflegepersonen werden unvorbereitet mit dem vollendeten AS konfrontiert.

Es ist daher zu empfehlen, auch für einen eventuellen „heimlichen“ AS interne Handlungsanleitungen zu erstellen. Werden Mitarbeiter:innen unvorbereitet mit einem erfolgten heimlichen AS konfrontiert, ist zunächst zu klären: Gab es eine gültige Sterbeverfügung? Gab es dazu auch

eine Patientenverfügung, einen Krisenbogen³ oder eine aktuelle Willensäußerung, in der eine kardiopulmonale Reanimation und/oder andere lebenserhaltende Maßnahmen abgelehnt wurden? (21).

Eine Analyse, in Form eines De-Briefings nach einem erfolgten Assistierten Suizid, könnte eine gute Möglichkeit bieten, aus den Erfahrungen zu lernen. Darüber hinaus haben diese Nachbesprechungen nach jedem erfolgten AS auch eine entlastende Funktion für die Mitarbeiter:innen.

Ein Bericht über die Erfahrungen mit dem Assistierten Suizid auf ASCIRS, der Lernplattform der Österreichischen Palliativgesellschaft, www.ascirs.at trägt zu kollektivem Lernen und zu laufender Anpassung dieser Handreichung bei.

HINWEIS: Wenn Sie selbst an Suizid denken oder sich um jemanden Sorgen machen, wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Krisenhotlines:

Telefonseelsorge Notruf 142 täglich 0-24 Uhr, auch Mail- und Chat-Beratung möglich unter www.telefonseelsorge.at

Kriseninterventionszentrum 01/4069595 Montag bis Freitag 8 – 17 Uhr
www.kriseninterventionszentrum.at

Für Kinder und Jugendliche: Rat auf Draht: 147 täglich 0-24 Uhr, www.rataufdraht.at

Weitere Informationen finden Sie unter www.suizid-praevention.at oder für Kinder und Jugendliche unter www.bittelebe.at.

³ Kostenloser Download des Musterformulars auf www.palliativ.at

Literatur

1. Birklbauer A in Höpfel/Ratz,. KOMMENTAR § 78 StGB. Mitwirkung am Selbstmord. In: 2. MANZ Verlag; 2019. Verfügbar unter: https://rdb.manz.at/document/1141_20_stgb_p0078
2. Fasching S, Tschiggerl WM. Sterbeverfügung praxisbezogen [Internet]. Ärztekammer für Kärnten und Österreichisches Institut für Allgemeinmedizin; 2022. Verfügbar unter: <https://www.allmed.at/info-arzt/dfp-fortbildung/fachthemen/stvf-praxis>
3. BMSGPK -Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, (Hrsg). Sterbeverfügung - Leitfaden für die Praxis [Internet]. 2024 [zitiert 30. Mai 2026]. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Sterbeverfuegung.html>
4. Halmich M. Sterbeverfügungsgesetz StVfG I StVf-Präp-V: Kompakte Gesetzeskommentierung. 1. Auflage. Wien: Educa Verlag Halmich e.U; 2022. 103 S. (Regelung zum Assistierten Suizid in Österreich).
5. endoflifewa.org. Step-by-Step Instructions for Taking Life-Ending Medications [Internet]. 2020 [zitiert 21. März 2021]. Verfügbar unter: <https://endoflifewa.org/wp-content/uploads/2020/02/Step-by-Step-Instructions-for-Taking-Life-Ending-Medications-Jan-2020.pdf>
6. Harty C, Chaput AJ, Buna D, Trouton K, & Naik VN. The Oral MAiD Option in Canada Part 1: Medication Protocols Review and Recommendations [Internet]. Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (CAMAP);2018. Verfügbar unter: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Med.pdf>
7. Warnecke T, Im S, Kaiser C, Hamacher C, Oelenberg S, Dziewas R. Aspiration and dysphagia screening in acute stroke - the Gugging Swallowing Screen revisited. Eur J Neurol. April 2017;24(4):594–601.
8. Vissers S, Gilissen J, Cohen J, Deliens L, Mortier F, Chambaere K, u. a. The Support Needs of Patients Requesting Medical Aid in Dying and Their Relatives: A Qualitative Study Using Semi-Structured Interviews and Written Narratives. Int J Public Health. 28. November 2024;69:1606878.
9. Balard F, Pott M, Yampolsky E. Suicide among the elderly in France and Switzerland: What does the societal context tell us about the place of relatives? Death Studies. 9. August 2022;46(7):1583–92.
10. Friesenecker B, Roden C, Valentin A, Frühwald S, Dier H, Weixler D, u. a. Amendment zum Abschnitt „Totenbeschau nach AS“: DFP-Literaturstudium Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. Anästhesie Nachr [Internet]. 20. November 2024 [zitiert 22. November 2024]; Verfügbar unter: <https://link.springer.com/10.1007/s44179-024-00267-x>
11. Broom A. Dying: a social perspective on the end of life. London New York: Routledge; 2016. 1 S.
12. Thulesius HO, Scott H, Helgesson G, Lynøe N. De-tabooing dying control - a grounded theory study. BMC Palliat Care. Dezember 2013;12(1):13.

13. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. September 2017;7(9):e016659.
14. Ho A, Norman JS, Joolae S, Serota K, Twells L, William L. How does Medical Assistance in Dying affect end-of-life care planning discussions? Experiences of Canadian multidisciplinary palliative care providers. *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211045996.
15. Snijdewind MC, van Tol DG, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL. Complexities in euthanasia or physician-assisted suicide as perceived by Dutch physicians and patients' relatives. *J Pain Symptom Manage*. Dezember 2014;48(6):1125–34.
16. Oczkowski SJW, Crawshaw DE, Austin P, Versluis D, Kalles-Chan G, Kekewich M, u. a. How can we improve the experiences of patients and families who request medical assistance in dying? A multi- centre qualitative study. *BMC Palliat Care*. Dezember 2021;20(1):185.
17. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. September 2017;7(9):e016659.
18. den Hartogh G. Suffering and dying well: on the proper aim of palliative care. *Med Health Care Philos* 2017 Sep;20(3):413–24.
19. Gabl C, Feichtner A, Weixler D. Sedation indicated? Rethinking existential suffering – A narrative review. *Ann Palliat Med* 2024 | <https://dx.doi.org/10.21037/apm-23-474>
20. Abbott, J., Kerwin, J., Holden, C., Battin, M. P., Miller, C., & Pope, T. M. (2023). Hospice Nurse Ethics and Institutional Policies Toward Medical Aid in Dying. *AJN, American Journal of Nursing*, 123(6), 37–43. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000938728.13124.c3>
21. Friesenecker B, Frühwald S, Roden C. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. *Anästhesie Nachrichten*. 2023;(5):141–54.