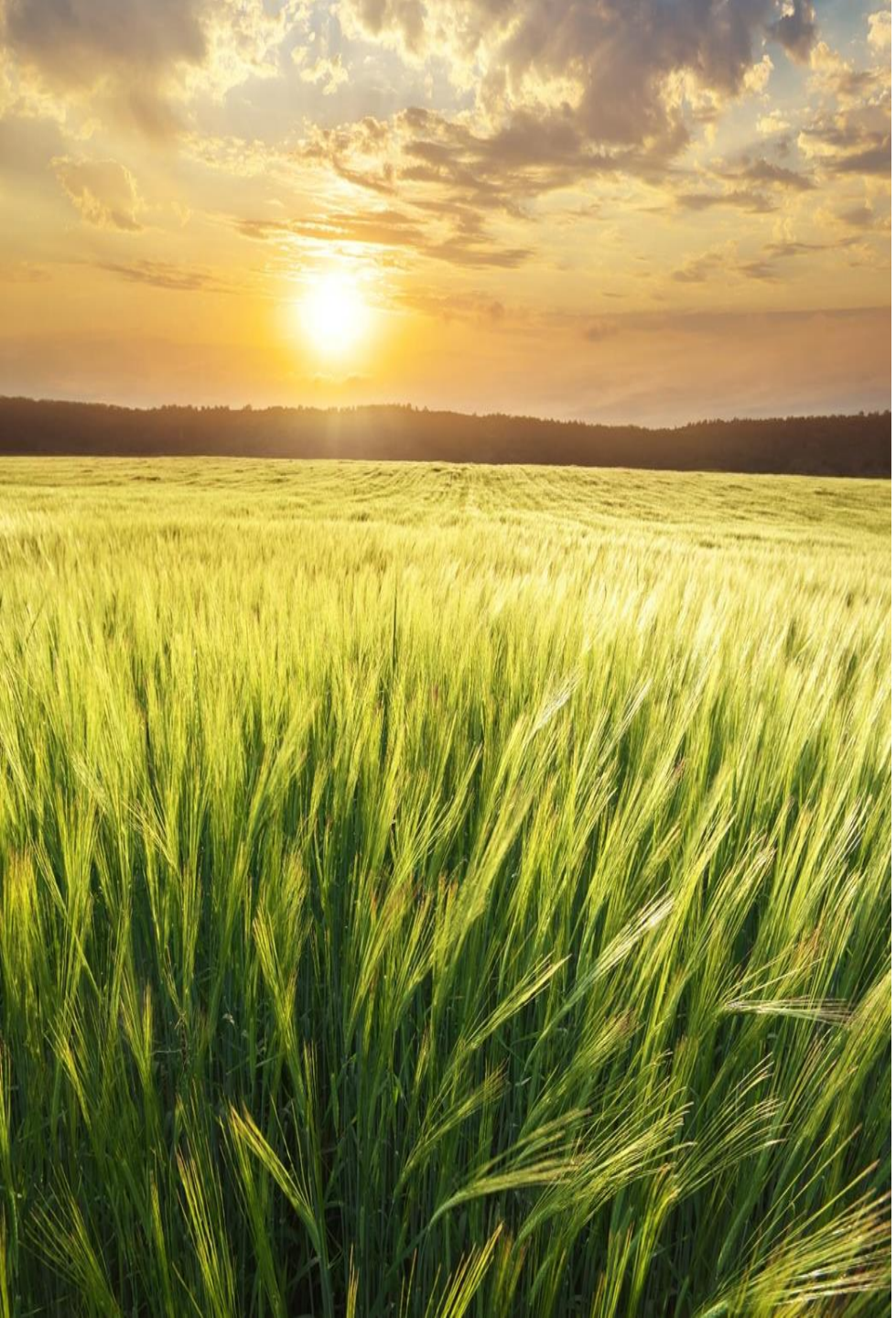


LKH FELDKIRCH
Akademisches Lehrkrankenhaus

Der Suizid im Notarztdienst – biologische Aspekte und moderne Herausforderungen

DR. THOMAS BITRIOL

FA F. ANÄSTHESIE UND INTENSIVMEDIZIN LKHF

FA F. PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

NOTARZT

Werdegang

9/2003 – 12/2004 Suchtkrankenhaus Maria Ebene

1/2005 – 10/2017 LKH Rankweil, Psychiatrie I

- 2012-2017 stationsführender FA/OA der Akutstation E1 und der psychiatrischen IMCU 01

seit 2017 aktiver Notarzt (bodengebunden)

1/2018 – 12/2019 AA f. Anästhesie/Intensivmedizin LKH Bregenz

1/2020 – jetzt AA bzw. FA f. Anästhesie/Intensivmedizin LKH Feldkirch

ERC ALS Instruktor

EH Trainer Polizei

Überblick

-- Suizidalität Allgemeines

-- Statistiken (Alter, Geschlechterverteilung, Häufigkeit, Todesursachen)

-- Suizidprävention

-- Biologie

-- Behandlung

-- Bedeutung in der Präklinik

-- Rechtliche Situation

-- Assistierter Suizid

-- Unterlassene Hilfeleistung

Für jemanden, dessen Finger von einer zuschlagenden Tür getroffen ist, gibt es nichts in der Welt außer Finger und Schmerz.
Ebenso für den Suizidanten: Der Schmerz macht die ganze Welt aus.
(Omer&Elitzur 2003)

SUIZIDALITÄT - ALLGEMEINES

Suizidalität - Allgemeines

Weltweit ca. 800.000 Suizidtote

2023: 1212 Suizide in Ö

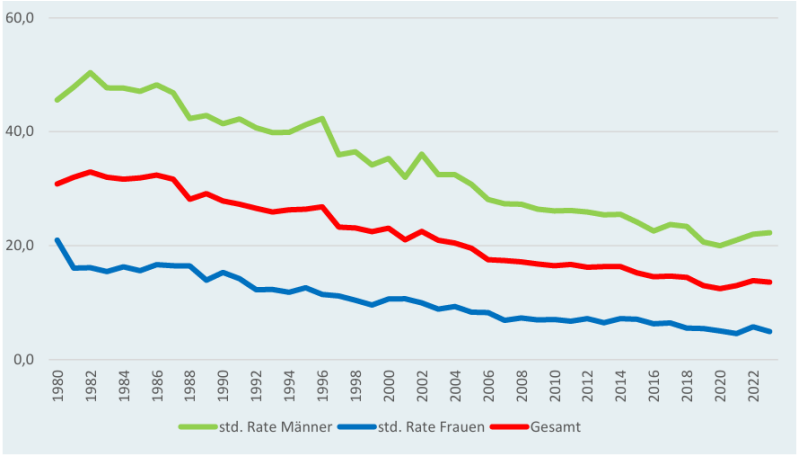
- 973 Männer (= 80% der Suizidtoten)
- 239 Frauen

entspricht einer Suizidrate von 14 pro 100.000 EW

das sind ca. 3x so viele Tote wie im Straßenverkehr

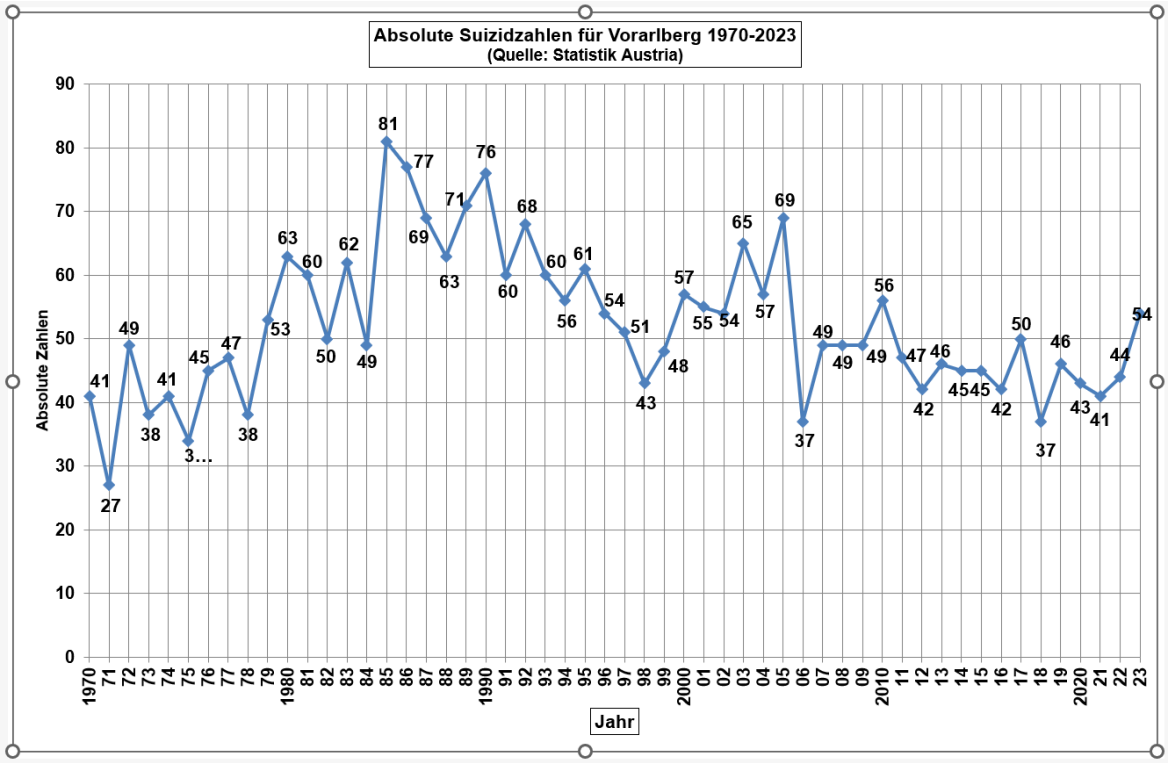
seit den 1980er Jahren deutlicher Rückgang der Suizidraten

Abbildung 1: Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2023

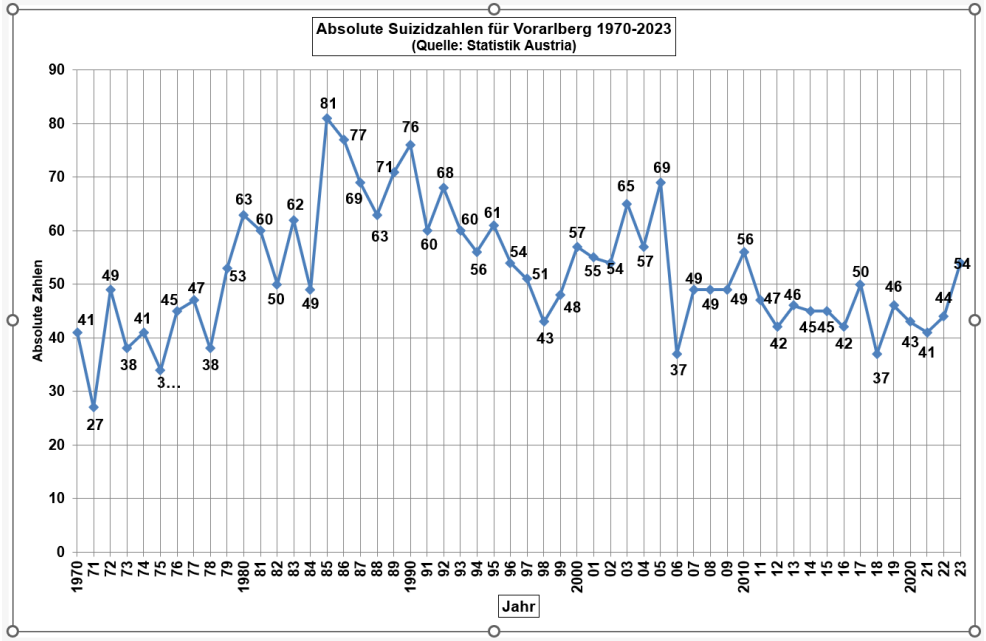


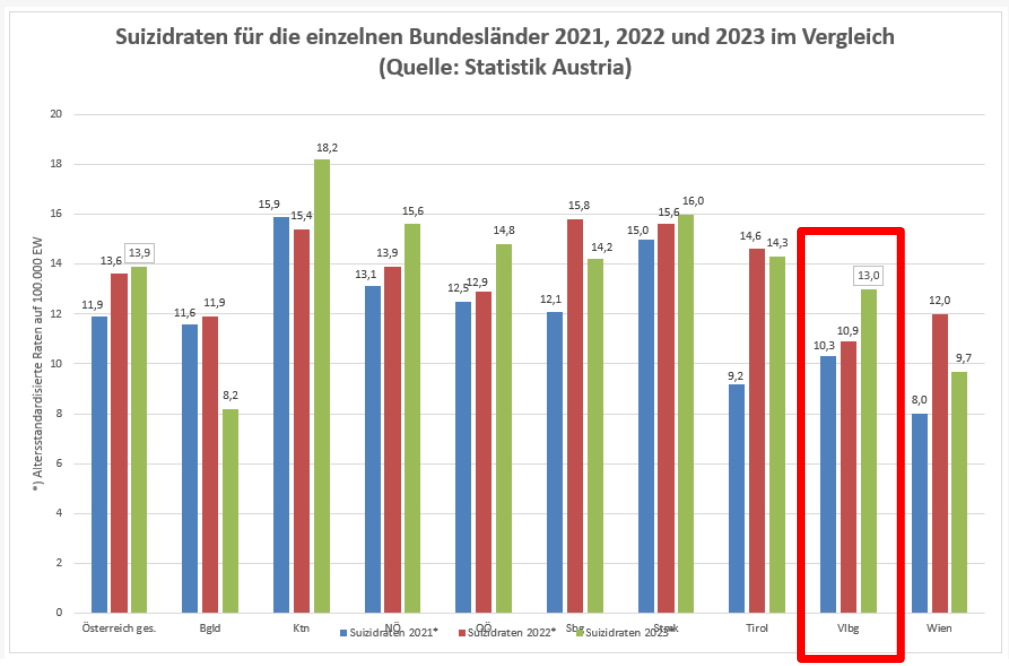
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Suizidzahlen Vorarlberg



Suizidzahlen Vorarlberg





Problem Suizidversuche

Keine verlässlichen Zahlen bzgl. Suizid**versuche**

Geschätzt 10 – 30ig fache der Suizide = in Ö ca. 11.000 bis 32.000 SMV pro Jahr

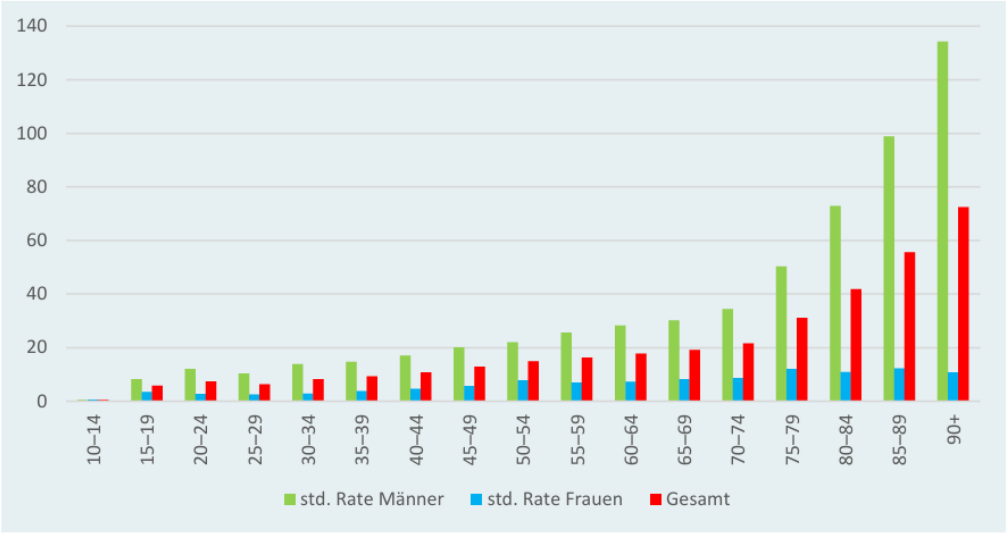
Wichtiger Risikofaktor (Prävention)

Über das BMSGPK wird versucht sich „Datenquellen anzunähern“

- Daten von suizidassoziierten Einsätzen von Einsatzorganisationen werden erhoben
- Anrufe bei der VGZ i. Zusammenhang mit Intoxikation
- Zusatzdiagnosen zu SMV od. Selbstverletzungen i. stationären Bereich
- usw.

Altersverteilung

Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2019–2023) nach Altersgruppen



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

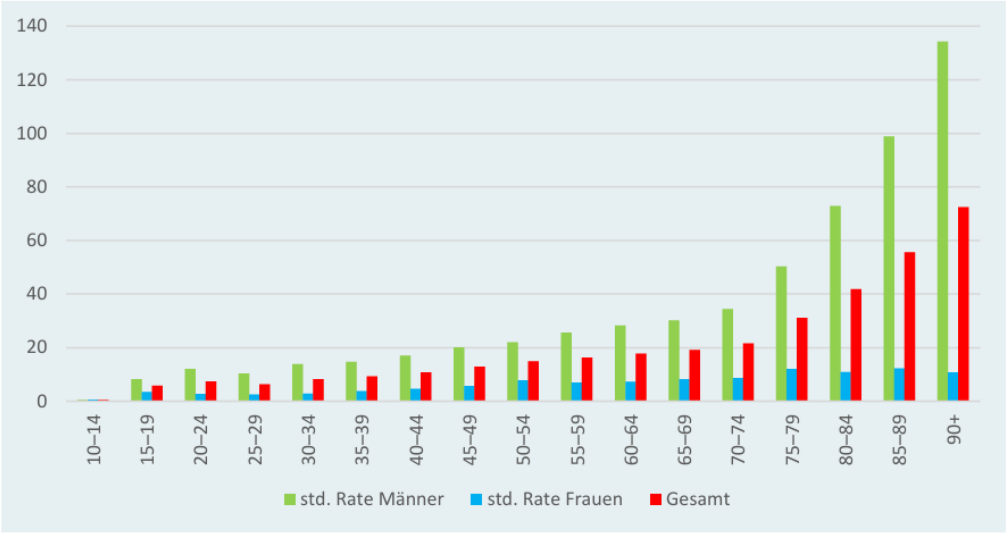
Anteilsmäßig meisten Suizide i. mittleren Lebensalter (45-64a, ca. 35%)

aber: in höheren Altersgruppen → höchste Suizidraten

Quelle: Statistik Austria 2023		
Altersverteilung	Prozent	Anzahl
bis 14	0,4%	5
15-24	5,7%	75
25-34	7,3%	96
35-44	11,1%	146
45-54	15,2%	199
55-64	18,2%	239
65-74	16,0%	210
75-84	18,2%	239
85 und älter	7,7%	101
Gesamt	99,8%	1310

Altersverteilung

Abbildung 2: Standardisierte Suizidraten (pro 100.000 EW; Fünf-Jahres-Durchschnitt 2019–2023) nach Altersgruppen



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Assistierte Suizide wurden herausgerechnet (1310 – 1212 = 98)

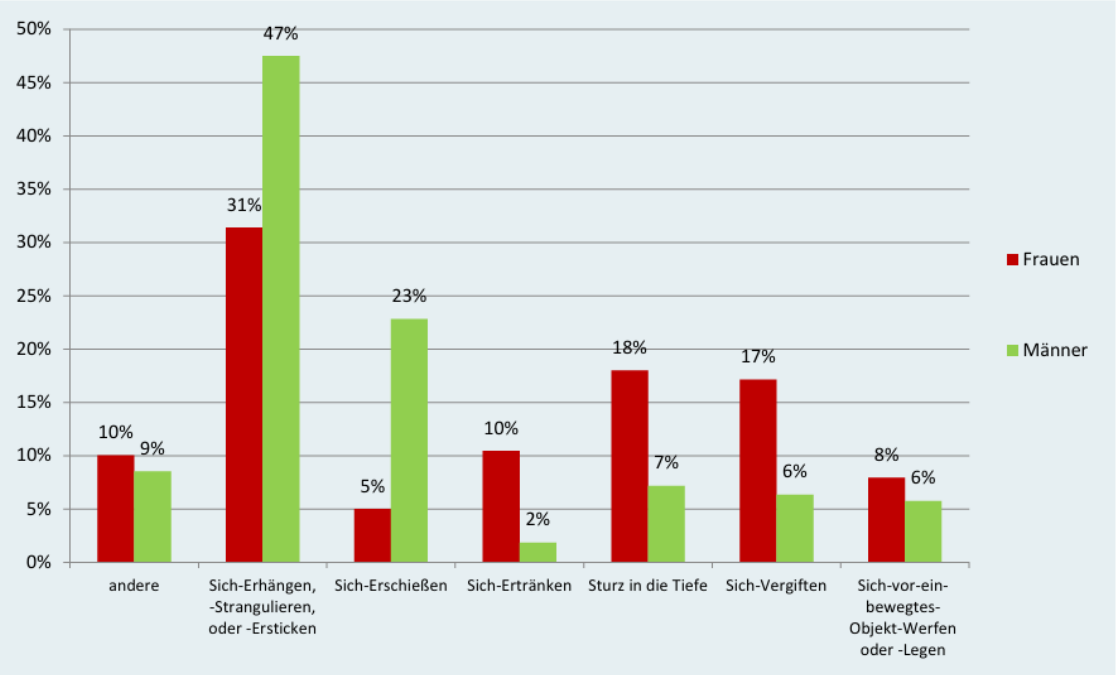
Anteilsmäßig meisten Suizide i. mittleren Lebensalter (45-64a, ca. 35%)

aber: in höheren Altersgruppen → höchste Suizidraten

Quelle: Statistik Austria 2023		
Altersverteilung	Prozent	Anzahl
bis 14	0,4%	5
15-24	5,7%	75
25-34	7,3%	96
35-44	11,1%	146
45-54	15,2%	199
55-64	18,2%	239
65-74	16,0%	210
75-84	18,2%	239
85 und älter	7,7%	101
Gesamt	99,8%	1310

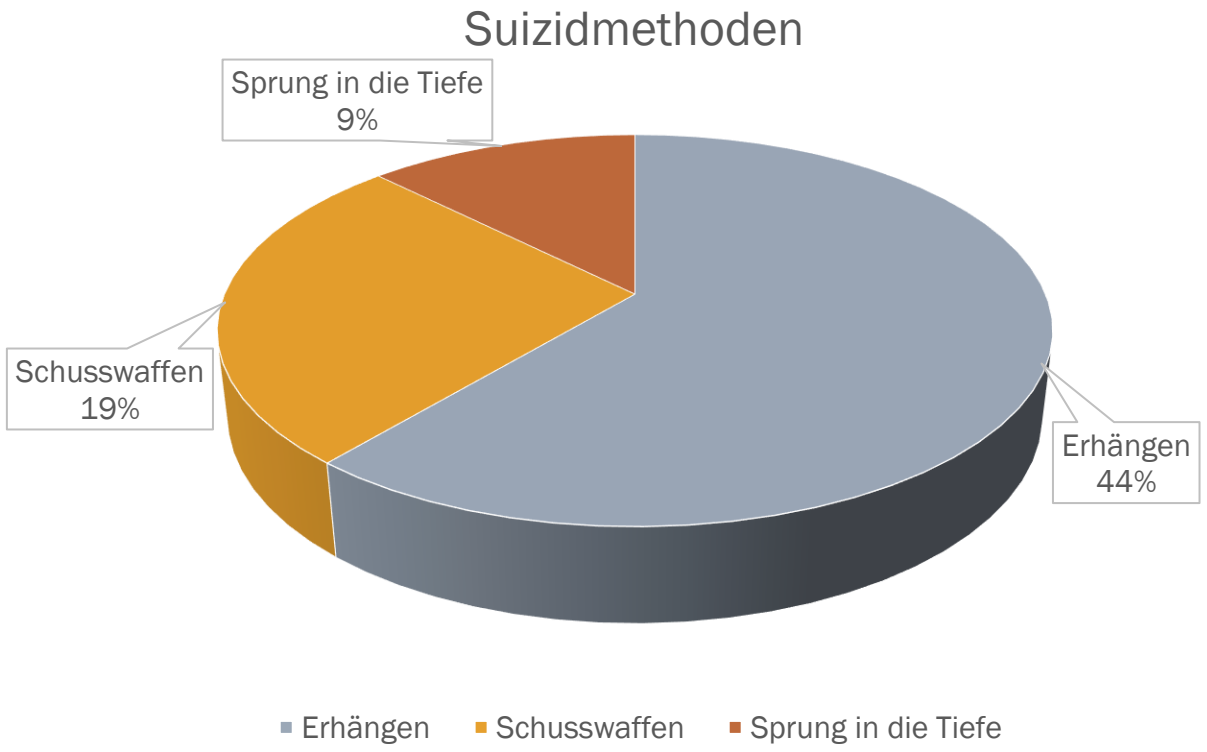
Suizidmethoden

Abbildung 6: Angewandte Suizidmethoden im Jahr 2023 nach Geschlecht in Prozent



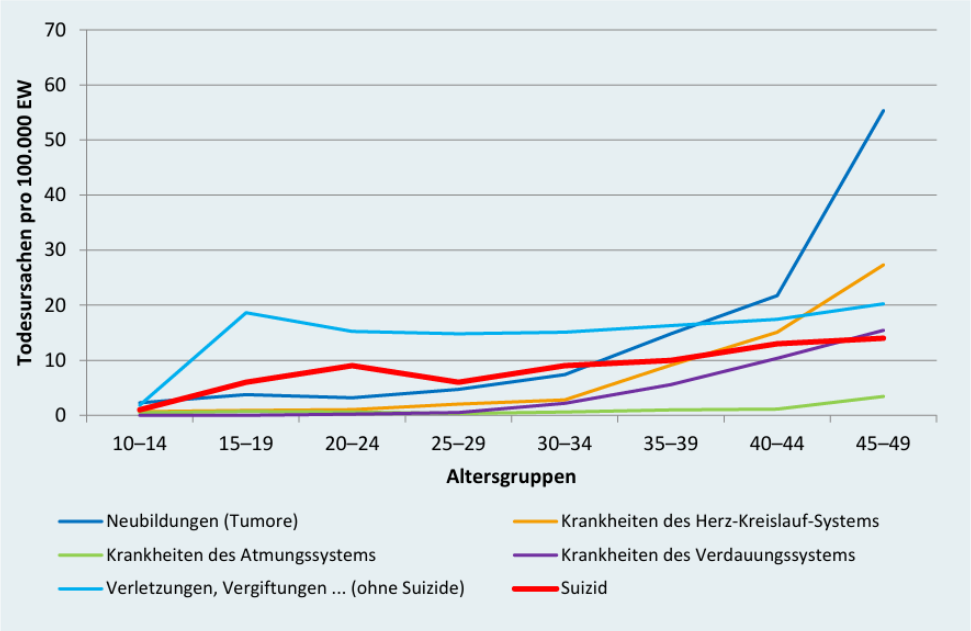
Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

Suizidmethoden



Häufigkeit Suizid vs. andere Todesursachen

Abbildung 4: Todesursachen in Österreich im Jahr 2023 nach Altersgruppen (pro 100.000 EW)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

bis zum 50. LJ eine der häufigsten TU

15-34a sogar die Zweithäufigste

Vergleich Verkehrstote/Suizide

Vergleich Verkehrstote vs. Suizid	Verkehr	Suizid
Beginn 1970er Jahre	2675	1789
Mitte 1980er Jahre	Anzahl der Verkehrstoten	unter den Suizidtoten
2023	402	1212

Prävention

ÖGS Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention
IASP-Member International Association for Suicide Prevention

Holen Sie sich Hilfe!
Es gibt sie! SUPRA
Suizidprävention Austria

„WERTHER-EFFEKT“

Annahme, dass die mediale Verbreitung von Suiziden während eines gewissen Zeitraumes zu einer Erhöhung der Suizidrate führt

Vermeidung der Suizidberichterstattung im Vordergrund suizidpräventiver Anstrengungen

Goethes Werk „Die Leiden des jungen Werthers“

„Netflix“ Effekt – Tote Mädchen lügen nicht

„PAPAGENO-EFFEKT“

Positiver Effekt von differenzierter Berichterstattung, zB über Bewältigungsstrategien, psychosoziale Angebote etc.

kann Wissen zu Prävention erhöhen und Suizidgedanken verringern

bezieht sich auf die Figur des Papageno aus Mozarts Oper "Die Zauberflöte".

Papageno kann in der Oper seine anfänglichen Suizidgedanken mit Hilfe von Anderen überwinden

Seit 2017 ist der Papageno-Effekt auch Teil der Medienempfehlungen der WHO

Restriktionsmaßnahmen

Reduzieren Verfügbarkeit bestimmter Mittel oder schränken diese per Gesetz ein

„Brady Bill“ Gesetz (1993) i. d. USA → erschwert Zugang zu Schusswaffen

Weitere Maßnahmen

- Bessere psychologische Tests vor Erwerb von Schusswaffen
- „Cool off“ Phasen
- Sicherung von Gebäuden und Brücken
- Reduktion von Packungsgrößen bestimmter Medikamente

Im Notfall Psychiatrie — Kann ein Lied Leben retten?

Published on 18. Oktober 2024

FOAMio

Rettungsdienst-Blog

Im Notfall Psychiatrie

Im Notfa
Kann ein I

Publi

Der Song

Im Jahr 2017 veröffentlicht der US-amerikanische Rapper Logic einen Song mit dem initial etwas komisch anmutenden Titel „**1-800-273-8255**„. Die Zahlenfolge 1-800-273-8255 ist die Telefonnummer der US-amerikanischen Suizidhotline National Suicide Prevention Lifeline.

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

Friesenecker et. al, Anästhesie Nachrichten 2 – 2023, DFP Fortbildung „Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag“

Entscheidende Voraussetzung für Suizidprävention

IDENTIFIKATION VON RISIKOFAKTOREN

Suizidale Patienten lügen…….

Die meisten der späteren Suizidenten senden unmittelbar vor ihrem Suizid Hinweise auf ihr Vorhaben an ihr soziales Umfeld, als Ausdruck ihres Schwankens zwischen Todeswunsch und Hoffnung

Im Durchschnitt suchten 45% der späteren Suizidenten noch einen Monat zuvor ihren (Haus-)Arzt auf
(Luoma, Martin, & Pearson, 2002)

Es bedarf hoher Aufmerksamkeit, diese Botschaften zu verstehen und die Bereitschaft, diese ernst zu nehmen

Aus Scham bzw. Angst vor „Stigmatisierung“ oder „Zwangseinweisung“ sprechen die Pat. ihre Todeswünsche selbst oft nicht direkt an

Eine Suizidankündigung ist als Risikofaktor für einen bald zu erwartenden Suizidversuch anzusehen
(Appleby, Shaw, et al., 1999; Appleby, Dennehy, Thomas, Faragher, & Lewis, 1999)

„Durch Fragen bringt man Menschen erst auf die Idee sich zu suizidieren“

Suizidalität = keine Diagnose = Symptom

Symptom bei allen psychiatrischen Erkrankungen

- (affektive Störungen, Psychosen, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen, usw.)

aber auch unabhängig von psychiatrischen Krankheitsbildern

- z. B. „rational choice“ im Terminalstadium schwerer somatischer Erkrankungen, „Bilanzsuizid“, drastische äußerlich geprägte Änderungen der Lebensweise, Lebenskrisen, Kränkungen, Verluste

Genetische Prädisposition + Gen-Umwelt-Interaktionen

- z. B. frühe Traumatisierung ←→ CRH-Rp.Genvarianten (Roy et al., 2012)

Bei 90% aller Suizide → psychiatrische Erkrankung

- bei ca. 60% eine affektive Störung
- Hauptrisikofaktor für Suizid ➔Diagnose einer Major Depression

Generell höheres Suizidrisiko

- Männer
- ältere u. allein lebende Menschen
- Psychiatrisch **erst**erkrankte Patienten
- **SMV i. d. Anamnese**
- **Suizid i. d. unmittelbaren Umgebung**
- Patienten mit schlechtem Behandlungserfolg (alters- u. diagnoseunabhängig)
- diagnosenübergreifend aktuell depressive od. dysphorisch-agitierte Symptomatik
- Gefühl sozial isoliert bzw. nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein und Eindruck, für andere eine Belastung darzustellen (Teismann u. Dorrmann, 2013)

Risikofaktoren

mod. nach Wolfersdorf 2000, Michel 1997

PSYCHOPATHOLOGISCHE FAKTOREN

- Gefühle v. Hoffnungs- und Auswegslosigkeit
- Ängstlich-agitiertes Verhalten
- Schuldgefühle bzw. Schuldwahn
- Überwiegen einer Selbstwertproblematik

KLINISCHE FAKTOREN

- Depressives Syndrom, schizophrene Erkrankungen, BPS
- Z. n. SMV
- Substanzabhängigkeit
- Schmerzhafte, chronische und lebenseinschränkende körperliche Erkrankungen
- Langanhaltende Schlafstörungen

Risikofaktoren

SOZIODEMOGRAPHISCHE FAKTOREN

- Alter
- Allein lebend
- Verwitwung/Partnerverlust
- Beziehungskrisen
- Arbeitslosigkeit
- LGBTQI+
- Migration

BIOGRAPHISCHE FAKTOREN

- **Frühere SMV**
- **SMV/Suizide i. d. Familie**
- Tod eines Kindes
- Anamnestisch zerrüttete Familie
- Fehlen einer tragfähigen Bindung
- Anamnestisch psychische Erkrankungen

Protektive Faktoren

gute familiäre, soziale und berufliche Bindungen

Multiaxiale Evaluation v. Suizidalität im Einzelfall

Individuelle Leitsymptome

Psychopathologische Symptomatik

- Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Angst, Impulsivität, Aggressivität, Psychose, Intoxikation

Psychosoziale Belastungsfaktoren

- aktuelle Konflikte, Isolation,

Somatische Faktoren

- z. B. chronische körperliche Erkrankungen, Tumorerkrankung, neurologische Erkrankungen, Dialyse, usw.

Schweregrad

- z. B. Ausprägung der Letalitätsabsicht, Art der evtl. beabsichtigten Mittel

Multiaxiale Evaluation v. Suizidalität im Einzelfall

Schweregradeinteilung

- hoch (Todeserwartung)
- mittel (Ambivalenz)
- niedrig (keine gezielte Intention)
- keine (Abwesenheit einer Suizidabsicht)

Einteilung in Bezug auf die äußeren Umstände

- hoher Schweregrad:
  - subjektive Einschätzung der Methode als tödlich
  - Mittel objektiv gefährlich
  - Entdeckung und Rettung unwahrscheinlich bis unmöglich
- mittlerer Schweregrad:
  - subjektive Einschätzung des Mittels als gefährlich, aber nicht tödlich
  - Entdeckung und Rettung möglich
- geringer Schweregrad:
  - subjektive Einschätzung des Mittels als wenig gefährlich
  - Entdeckung und Rettung möglich und wahrscheinlich

Umgang mit suizidalen Patienten

Jede Suizidäußerung ernst nehmen

Ausführliche Anamnese zur Einschätzung der akuten Gefährdung

Suizidalität offen und präzise thematisieren

Suizidale Patienten → besondere Beachtung und engmaschige Betreuung

Akut suizidale Pat. ohne Absprachefähigkeit → umgehend in psychiatrische Klinik → UBG

Absprachefähigkeit abhängig von Ressourcen, protektiven Faktoren und sozialer Unterstützung

Wichtige Fragen

Drängen sich SMG passiv auf? Wie häufig

Bestehen schon konkrete Vorstellungen od. sind schon Vorbereitungen getroffen? Welche?

Wurden SM Absichten bereits angekündigt? Wann?

Gab es SMV i. d. Vorgeschichte? Wie oft? Wann zuletzt?

Gab es SMV bereits i. d. näheren Familie?

Wie groß ist der Handlungsdruck/Leidensdruck?

Besteht eine längere depressive Verstimmung oder Sinnkrise? Wie lange?

Haben sich zwischenmenschliche Kontakt in der letzten Zeit reduziert? (Einsamkeit)

Haben Sie in der letzten Zeit wenig Interesse an Hobbies und Kontakten? (Einengung)

Bestehen erhebliche Schlafprobleme?

Bestehen schwere körperliche Erkrankungen?

Gibt es aktuelle Auslöser (Verlust, Kränkung?)

Besteht das Gefühl der Hoffnungslosigkeit?

Dont‘s in der Kommunikation

moralisieren, vorwurfsvolle und/oder feindlich, ablehnend Haltung

Bagatellisierungstendenzen des Patienten und Umfeldes nicht erkennen oder übernehmen bzw. verstärken

Suizidversuch voreilig als demonstrativ bewerten und dementsprechend handeln

durch übersteigertes emotionales Engagement suizidales Verhalten ungewollt verstärken

unreflektierte, vorschnelle Lösungsvorschläge

nach gescheitertem Suizidversuch unbedachte Hinweise für effektivere Tötungsmethoden geben („Anleitungen“)

von Methode voreilig auf Intention/Todesabsicht schließen

Verkennung von suizidalen Handlungen bei Unfällen, Medikamentenüberdosierungen und Drogenintoxikationen

Haltung vertreten, dass Suizidalität eine freie Willensentscheidung darstellt, die es zu tolerieren und zu akzeptieren gilt

Indikation für stationäre Einweisung bei Suizidalität (nach S3 Leitlinie)

Akute Suizidgefährdung

Medizinische Versorgungsnotwendigkeit nach einem SMV

Behandlungsnotwendigkeit der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung

Unsicherheit bei Ersteinschätzung

Keine tragfähige therapeut. Beziehung

Weiterbestehen von Suizidalität trotz initialer adäquater Behandlung

Notfalltherapie Suizidalität

Akut/Pharmakologisch

- → v. a. BZD, ggf. AP
- BZD → sehr schneller Effekt →können „Hoffnungslosigkeit“ vermindern
- CAVE: je akuter + drängender + konkretere Suizidalität → desto mehr Sedierung !

Längerfristig → zielgerichtete Behandlung (z. B. antipsychotisch, antidepressiv, antimanisch, stimmungsstabilisierend, suchtspezifisch) + baldmöglich Psychotherapie

- CAVE: Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe = wichtigste Suizidprävention
- Clozapin (Leponex®) + Lithium (Quilonorm®) → antisuizidal
- EKT

Observanz + Schutz

Schlafregulation

Therapeutische Bindung

„Menschen“

Suizid als Einsatzgrund im Rettungsdienst

Österreichweit keine statistischen Daten zum rettungsdienstlichen Einsatzgrund „Suizidalität“

Zahlen aus 2 Bundesländer:

- NÖ 2019: 248.442 „Gesamteinsätze“ → 4583 „psychiatrische Notfälle“ (1,8%)
- Tirol 2019: 16.255 „Notarzteinsätze“ → 2,1% „psychiatrische Notfälle“
- ca. 1/3 bis 1/4 mit dem „Thema“ Suizidalität (Pajonk et al., 2001,2009)

Belastung durch psychiatrische Notfälle ist hoch

Bedarf an Weiterbildung ist gegeben + gewünscht (Pajonk et al., Der Anaesthesist 8/2004)

Psychiatrische Notfälle spielen aber in der NA/RS Ausbildung nur eine sehr untergeordnete Rolle

Notärzte beurteilen psychiatrische Einsätze in 20-32% als schwer bis lebensbedrohlich (F.-G.B. Pajonk, Nervenarzt 2015)

Starkes „Gefühl der Überforderung“

Suizid als Einsatzgrund im Rettungsdienst

Ängste Suizidalität nicht zu erkennen bzw. adäquat damit umzugehen

Oftmals auch Verkennung als Unfälle

Aber:

Suizidalität ist ein absoluter (psychiatrischer) Notfall mit unmittelbarer Selbst- u./o. Fremdgefährdung und Handlungsbedarf

(Pajonk et al. 2009)

Rechtliche Situation

DAS UNTERBRINGUNGSGESETZ

Das Unterbringungsgesetz

Novelle 2023 – „UBG neu“
Beschluss: 8.7.2022, Inkrafttreten: 1.7.2023

DERSTANDARD
Unterstützung Abo Immosuche Jobsuche Anmelden
Panorama › Wien International Inland Wirtschaft Web Sport Kultur Etat Wissenschaft Lifestyle Diskurs Karriere Immobilien Zukunft Gesundheit mehr...
OTTAKRING
Mord am Brunnenmarkt: Abschlussbericht ortet viele Versäumnisse
Medizinische Informationen über psychisch kranken Täter gingen nicht an Staatsanwaltschaft oder Gericht
18. Juli 2017, 13:12

Definition Unterbringung
nach österreichischem Recht

Jegliche Anhaltung in einem geschlossenen Bereich

jede sonstige Beschränkung der Bewegungsfreiheit eines psychisch Kranken auf einen oder mehrere Räume oder bestimmte räumliche Bereiche,

mit der auch weitere Beschränkungen seiner Persönlichkeitsrechte verbunden sein können

Quelle: Rothenhäusler, Täschner, Kompendium praktische Psychiatrie, 2. Auflage

Historisches

Seit 1916 → österreichisch-ungarischen Monarchie/Bestimmungen der Entmündigungsordnung über die Anhaltung in geschlossenen Anstalten

1. Januar 1991 → Bundessgesetz v. 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten

1. Juli 2010 → Unterbringungs- und Heimaufenthaltsnovelle 2010

Quelle: Rothenhäusler, Täschner, Kompendium praktische Psychiatrie, 2. Auflage

Ziele des UBG

Bessere Rechtsstellung untergebrachter Patienten (Rechtssicherheit)

- Schutz von Persönlichkeitsrechten
- Wahrung von Menschenwürde

Behandlung oder Betreuung von psychisch erkrankten Menschen in ambulanten oder stationären Einrichtungen ohne Einschränkung ihrer Persönlichkeitsrechte

Verringerung der Anzahl untergebrachter Personen sowie Verkürzung der Unterbringungsdauer durch Anwendung strengerer Kriterien und zumindest anfangs kurzfristiger gerichtlicher Kontrollen sowie Verpflichtung der Ärzte zur Aufhebung nach Wegfall der Voraussetzungen

Quelle: Das Unterbringungsgesetz (UbG) Geretsegger C Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie 2010; 11 (2), 24-27

Voraussetzungen der Unterbringung

In einer psychiatrischen Abteilung darf **nur** untergebracht werden, wer

- an einer psychiatrischen Krankheit leidet,
- im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet
- Prinzip der ernstlichen und erheblichen Gefährdung

- und nicht in einer anderen Weise, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt und betreut werden kann
- Prinzip der Subsidiarität

„Gefährdung“

Die angeführte Gefährdung

- hat in **direktem** Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung zu stehen
- und **muss** mit einem hohen Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintrittes verbunden sein

Eine nur **„vage“** Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdschädigung ist für eine Unterbringung **nicht ausreichend**

Auch ist die Unterbringung aufgrund einer bloßen Behandlungsbedürftigkeit oder als Maßnahme der Fürsorge nicht zulässig

Quelle: Rothenhäusler, Täschner, Kompendium praktische Psychiatrie, 2. Auflage

„Alternativen“

Alternative Behandlungs- oder Betreuungsstrukturen als Möglichkeit der Gefahrenabwehr

- z. B.:
  - Maßnahmen der Krisenintervention
  - Behandlung und Betreuung im „offenen“ Bereich einer Krankenanstalt
  - Ambulante psychosoziale Einrichtungen
  - Tages- und Nachtkliniken
  - Übergangsheime

Quelle: Rothenhäusler, Täschner, Kompendium praktische Psychiatrie, 2. Auflage

§8 UBG

Unterbringung ohne Verlangen – Ärztliche Untersuchung und Bescheinigung

Gegen oder ohne ihren Willen darf eine Person nur dann in eine psychiatrische Abteilung gebracht werden, wenn ein:e dazu befugte Ärzt:in die Person zuvor untersucht und die Voraussetzungen der Unterbringung gemäß § 3 UbG als gegeben schriftlich bescheinigt.

Dazu sind Ärzt:innen, die im öffentlichen Sanitätsdienst stehen, Polizeiärzt:innen und vom/von der Landeshauptmann/Landeshauptfrau ermächtigte Ärzt:innen (§ 8 Abs. 1 UbG) befugt.

Quelle: Unterbringungsgesetz: Novelle 2022, BM f. Justiz

Wichtig:

Der Arzt hat in der Bescheinigung leserlich seine Kontaktdaten und weiters im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen er das Vorliegen einer psychischen Krankheit und einer daraus resultierenden Gefährdung im Sinn des § 3 Z 1 annimmt sowie darzulegen, weshalb diese Gefährdung nur durch Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung abgewendet werden kann.

§9 UBG

Vorführung durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes

Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind **berechtigt und verpflichtet**, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachten, zur Untersuchung zum Arzt (§ 8) zu bringen oder diesen beizuziehen.

Bescheinigt der Arzt das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung, so haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person in eine psychiatrische Abteilung zu bringen oder dies zu veranlassen.

Wird eine solche Bescheinigung nicht ausgestellt, so darf die betroffene Person nicht länger angehalten werden.

§9 UBG

Vorführung durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes

Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes können die betroffene Person **auch <u>ohne Untersuchung und Bescheinigung im Sinn des § 8</u>**, in eine psychiatrische Abteilung bringen, wenn

- die Beiziehung eines Arztes nach § 8 Abs. 1 für die betroffene Person, insbesondere wegen der damit verbundenen Wartezeit oder Wegstrecken, unzumutbar ist,
- sie von einem Facharzt f. Psychiatrie oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beigezogen werden, der nachvollziehbar im Rahmen seiner Behandlung oder Betreuung der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet,
- **sie von einem Notarzt beigezogen werden, der nachvollziehbar im Rahmen seiner Behandlung der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet,**

§9 UBG

Vorführung durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes

ein ohne Verlangen untergebrachter Patient nicht länger als sieben Tage der psychiatrischen Abteilung eigenmächtig ferngeblieben ist und der Abteilungsleiter die Voraussetzungen des § 3 weiterhin für gegeben erachtet,

ein ohne Verlangen untergebrachter Patient nicht länger als sieben Tage in einer anderen Abteilung oder in einer anderen Krankenanstalt behandelt wurde und nun nicht freiwillig in die psychiatrische Abteilung zurückkehrt, obwohl der Abteilungsleiter die Voraussetzungen des § 3 weiterhin für gegeben erachtet,

oder

Gefahr im Verzug vorliegt.

Quelle: RIS des Bundes, Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Unterbringungsgesetz

Unterbringung **neu**

Wesentliche Änderungen für Notärzt:innen:

- Die Polizei kann eine betroffene Person <u>auch ohne amtsärztliche Untersuchung und Bescheinigung</u> in eine psychiatrische Abteilung bringen, wenn sie von Notärzt:innen beigezogen wurde, die nachvollziehbar im Rahmen der Behandlung der betroffenen Person die Unterbringungsvoraussetzungen für gegeben erachten.
- Turnusärz:tinnen mit notärztlicher Qualifikation sind zu einer solchen Einschätzung aus derzeitiger Sicht **nicht berechtigt**, da zu bedenken ist, dass eine unterbringungsrechtliche Einschätzung Fachwissen und Erfahrung voraussetzt, sodass eine solche generell nur bei ausreichendem Ausbildungs- und Wissensstand vorgenommen werden darf.
- Die Notärztin/der Notarzt muss über eine notärztliche Berufsqualifikation iSd § 40 ÄrzteG 1998 verfügen und im konkreten Anlassfall in der Funktion als,,Notärztin/Notarzt" tätig sein
- Ob ein:e Notärzt:in solche Einschätzungen treffen kann, ist von dieser:m im konkreten Einzelfall selbst zu beurteilen.
- Und es ist festzuhalten, dass Notärzt:innen **keine Verpflichtung** trifft, eine unterbringungsrechtliche Einschätzung vorzunehmen.
- Klarzustellen ist auch, dass Notärztinnen/Notärzte **nicht** von der Polizei ausschließlich zwecks Einschätzung der Unterbringungsvoraussetzungen herangezogen werden dürfen.
- Auch eine direkte Einweisung durch Notärztinnen/Notärzte ist nicht vorgesehen, da Notärztinnen/Notärzte nicht als Ärzte im Sinne des § 8 Abs 1 UbG gelten.
- Eine §8 Untersuchung mittels Telemedizin ist nicht gestattet!
- **Die Entscheidung über die Unterbringung und die Verantwortung dafür bleibt bei der Polizei.**

<u>Quelle:</u> Rundschreiben der ÖAK 127/2023

öGERN

Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht
in der Notfall- und Katastrophenmedizin

Praxistipps zum präklinischen Einsatz im Rahmen der Unterbringung

Darlegung der Rechtsauffassung aufgrund der Novelle zum Unterbringungsgesetz per 1.7.2023
(vom 19.6.2023)

ÖGARI

Österreichische Gesellschaft

für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin

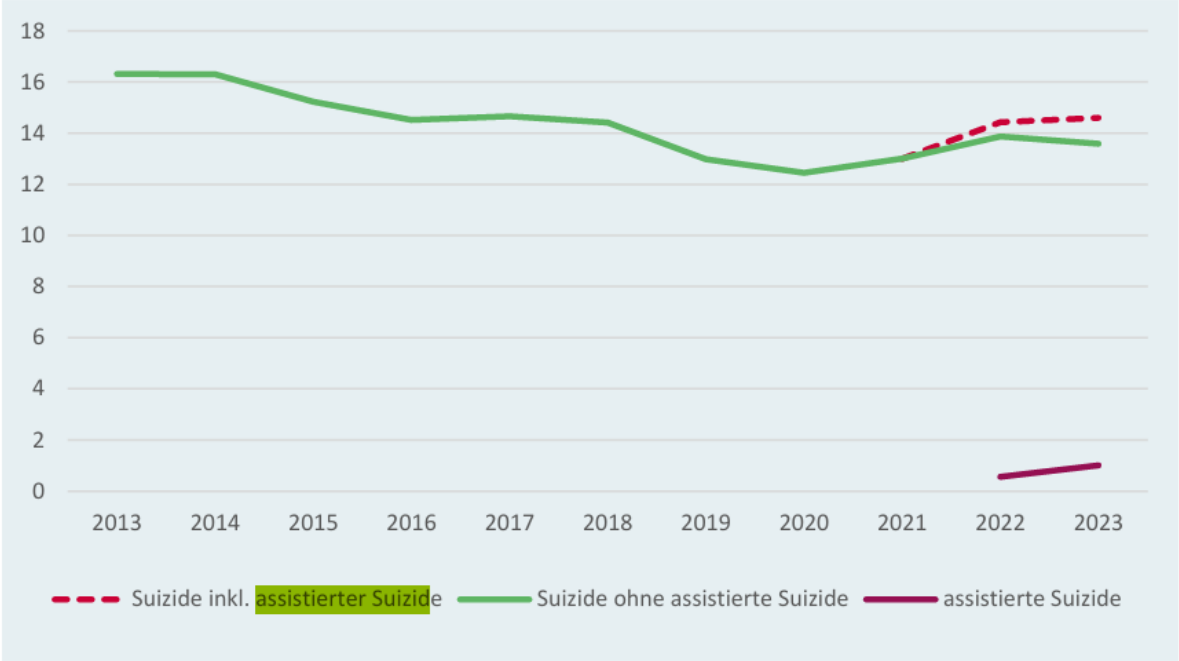
Kommentar zur aktuellen Novelle des Unterbringungsgesetzes (UbG) (BGBl I Nr. 147/2022),

gültig ab 01.07.2023

Zur aktuellen Novellierung des Unterbringungsgesetzes nimmt die Sektion Notfallmedizin der ÖGARI in Kooperation mit der Österr.Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin wie folgt Stellung:

Assistierter Suizid

Abbildung 7: Standardisierte Raten für Suizide und assistierte Suizide (pro 100.000 EW)



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bundesministerium
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Assistierter Suizid

Österreichisches Sterbeverfügungsgesetz (SVG)

Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) seit 1.1.22 i. Kraft

Beihilfe zum assistierten Suizid seit 1. Jänner 2022 straffrei (lt. VfGH)

„Recht auf ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Sterben in Würde“ wird vom VfGH abgleitet

„Verleitung zum Suizid“ und „Tötung auf Verlangen“ bleiben strafbar

Sterbeverfügung

Leitfaden für die Praxis

Assistierter Suizid

Barbara Friesenecker[1] · Sonja Fruhwald[2] · Christian Roden[3] · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
[1] Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

Jegliche Beihilfe zum assistierten Suizid = freiwillig

Aufklärende und dokumentierende Ärzte dürfen nicht ident mit hilfeleistenden Personen sein

Gesetzliche Voraussetzungen:

- 2 ärztliche Aufklärungen i. S. des StVfG sowie die Errichtung einer Sterbeverfügung (SV)
- SwP muss an einer
  - unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung oder
  - einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die SwP in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigt

Der Leidenszustand darf nicht anders abwendbar sein und muss von einer:m der beiden aufklärenden Ärzt:innen bestätigt werden

Die SV ist höchtspersönlich u. wird nach rechtlicher Aufklärung von einem Notar/Patientenanwält:in errichtet

Assistierter Suizid

Barbara Friesenecker[1] · Sonja Fruhwald[2] · Christian Roden[3] · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
[1] Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

Vor Errichtung einer SV muss sich die SwP i. S. von Suizidprävention von 2 Ärzt:innen – eine:r davon mit einer Qualifikation in Palliativmedizin – beraten und aufklären lassen (palliativmedizinische Alternativen zum AS)

Eine:r der beiden Ärzt:innen muss den gesetzlich notwendigen Erkrankungsstatus bescheinigen

Beide Ärzt:innen müssen unabhängig voneinander die Entscheidungsfähigkeit feststellen

Entschluss der SwP muss frei und selbstbestimmt sowie frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem od. psychischem Zwang und ohne Beeinflussung durch Dritte getroffen werden

Bei einem Hinweis auf eine krankheitswertige psychische Störung muss eine psychiatrische bzw. klinisch psychologische Abklärung veranlasst werden

Assistierter Suizid

Präparat

- Dosierung von 15g Reinsubstanz **Natrium-Pentobarbital** ist lt. StVf-Präp-V für jede Einnahmeform bindend festgelegt
- „off label use“, Applikation oral, per Sonde, i.v.
- Pulver, wird i. Wasser aufgelöst
- schmeckt sehr bitter und kann Übelkeit u. Erbrechen hervorrufen
- zur besseren Verträglichkeit → Begleitmedikation mit insgesamt 30mg Metoclopramid i.v. od. p.o.
- Mit Verordnung vom 17.1.2022 hat das BM 15g Natrium-Pentobarbital (p.o. od. i.v.) als „verlässlich“ letal angeben
- Erhalt mittels SV (Pat. selbst oder als Helfer angeführte Person)
- Meldung an das elekt. Sterberegister muss erfolgen

Assistierter Suizid

Barbara Friesenecker[1] · Sonja Fruhwald[2] · Christian Roden[3] · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
[1] Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

Fristen

ab ärztlicher Aufklärung Wartefrist von 12 Wochen

bei terminal kranken Pat. kann diese auf 2 Wochen verkürzt werden

Wirksamkeit der SV = 1 Jahr

Verortung der Suzidhandlung

lt. Gesetzgeber „im privaten Rahmen“

Absichtlich nicht in Krankenhäusern od. „Suizidstationen“

Betreuung suizidaler Pat. absichtlich nicht an Ärzte übertragen

Assistierter Suizid

Barbara Friesenecker[1] · Sonja Fruhwald[2] · Christian Roden[3] · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
[1] Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

Unterschied „assistierter Suizid“ zu „Tötung auf Verlangen“

Die letzte zum Tode führende Maßnahme/Handlung wird nicht durch die sterbewillige Person selbst, sondern durch eine andere (=dritte) Person durchgeführt

Personen, die zwar entscheidungsfähig sind, aber den letzten auslösenden Schritt nicht mehr selbst setzen können, können keinen rechtlich erlaubten assistierten Suizid in Anspruch nehmen

Assistierter Suizid

ASCIRS

Erfahrung mitteilen

Die Plattform **ASCIRS** ist ein Berichts- und Lernsystem der Österreichischen Palliativgesellschaft. Sie soll dazu beitragen, mehr über die Praxis der Suizidbeihilfe in Österreich zu erfahren und aus den Beobachtungen und Erfahrungen der Beteiligten zu lernen. Die hier mitgeteilten Erfahrungen können zur Entwicklung unterstützender Leitlinien und damit vielleicht auch zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Darüber hinaus könnten die eingereichten Berichte in Zukunft vielleicht Erkenntnisse und (anonymisierte) Daten für Forschung zum assistierten Suizid bieten.

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

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

[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter

Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

Assistierter Suizid

2023 in Ö 98 assistierte Suizide

- 54 Frauen u. 44 Männer
- Altersspanne von 35 bis 90+

Todesursache = Selbstvergiftungsdiagnose

in den Daten zu Todesursachenstatistik seit 2022 enthalten

Assistierter Suizid - Probleme

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Assistierter Suizid - Probleme

DER STANDARD

VOLKSANWALT

Polizei und Rettung sollen assistierten Suizid durch Wiederbelebungsversuche gestört haben

7. Mai 2025, 10:51

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Assistierter Suizid - Probleme

DER STANDARD

VOLKSANWALT

Polizei und Rettung sollen assistierten Suizid durch Wiederbelebungsversuche gestört haben

7. Mai 2025, 10:51

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

VOLKSANWALTSCHAFT

POLIZEI UND RETTUNG STÖRTEN ASSISTIERTEN SUIZID DURCH WIEDERBELEBUNGSVERSUCHE

7. Mai 2025

Assistierter Suizid - Probleme

Regelmäßige Komplikationen werden berichtet

Häufigste Komplikationen:

- Prolongierter Sterbeprozess
  - In Ländern in denen Tötung auf Verlangen erlaubt ist, wird „nachinjiziert“ (z.B. Propofol/Rocuronium). In Ö verboten.
  - Zeit nach Einnahme des Präparates bis zum Eintreten des Todes = sehr unterschiedlich (0,5min bis 7 Tage)
- Schwierigkeiten bei der Induktion des Komas
- Wiedererwachen der Patient:innen nach Induktion des Komas
- Spasmen/Myoklonien, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, Aspiration
- Gestörte Absorption über Magen-/Darmschleimhaut (zB Gastroparese) → i.v. bevorzugen
- Technische Probleme bei der i.v. Applikation

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Assistierter Suizid - Probleme

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Im StVfG wird der „private Rahmen“ als Ort des Sterbens verfügt

Beistand leisten v.a. Familienangehörige und Freunde

Bei Zwischenfällen → Alarmierung Rettungs- bzw. NA Dienst

Dilemma für Einsatzkräfte

- In Erläuterungen zum StVfG → SwP hat „Anspruch auf Unterlassung von Maßnahmen, die im Ergebnis ihr Recht auf Beendigung ihres Lebens beschneiden“

Assistierter Suizid - Probleme

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Empfehlungen Rettungs- bzw. Notarztdienst

- Notfallcheck (sichere Todeszeichen vs. Herz-Kreislaufstillstand vs. Lebenszeichen)
- Liegt Sterbeverfügung auf? Wurde gesamtes Präparat eingenommen?
- Gibt es eine (verbindliche) Patientenverfügung?

Assistierter Suizid - Probleme

Der interessante Fall

Anästhesie Nachr
https://doi.org/10.1007/s44179-022-00069-z
Angenommen: 7. Juli 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger
Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Handlungsoptionen

- Sichere Todeszeichen → keine Rettungsbemühungen
- Atem-Kreislauf-Stillstand → gesamtes Präparat eingenommen → SV + Identität klar → keine Rettungsbemühungen
- Lebenszeichen vorhanden → gesamtes Präparat eingenommen → SV + Identität klar → Beistand beim Sterben leisten, keine lebensrettenden Maßnahmen, Autonomie wahren
- Bei leidensbesetztem protrahiertem Sterbeprozess → palliative Maßnahmen (§49a ÄG) → Hospitalisierung soll unterbleiben
- PV → zusätzliche Entscheidungshilfe, mögliche Vermerke auf der SV → als PV zu werten
- Bei jeglichen Zweifelsfällen → lebensrettende Sofortmaßnahmen → **„in dubio pro vita“**
- Zweifelsfälle: zB nicht gesamtes Medikament eingenommen, selbstinduziertes Erbrechen, Hinweise, dass Selbsttötungswunsch kurzfristig aufgegeben wurde
- Bei Hinweisen auf fehlende Entscheidungsfähigkeit, nicht selbst durchgeführter Einnahme oder gar Fremdtötung → Polizei hinzuziehen (Anzeigepflicht, §54 ÄG, §5a San G)

STRAFBARKEITSRISIKO IN SUIZIDFÄLLEN

Im Zweifel das Leben erhalten

Für den Arzt stehen erhebliche Strafbarkeitsrisiken im Raum, wenn er die lebensrettende Versorgung eines Suizidpatienten unterlässt.

Assistierter Suizid - Probleme

Ärztegesetz §48 besagt, das Ärzt:innen i. F. drohender Lebensgefahr Erste Hilfe nicht verweigern dürfen.

Ärztegesetz §49 verpflichtet Ärzt:innen aber nicht zwingend zum „Heilen“ oder dazu, „Leben zu erhalten“.....sondern fordert sie auf, „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“.

Zum „Wohle der Kranken“ heißt auch ärztlich und pflegerisch am Lebensende gut zu begleiten und „Sterben in Würde“ zuzulassen. .....nicht verpflichtet, immer alles technisch Machbare zu tun, wenn dies nicht zum Nutzen/Wohle des:der Patient:in ist.

Ärztegesetz §49a.....dass Ärzt:innen „Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde“ beizustehen haben.

Leitthema

Gynäkologe 2009 · 42:612–613
DOI 10.1007/s00129-009-2379-x
Online publiziert: 9. Juli 2009
© Springer Medizin Verlag 2009

Redaktion
L. Beck, Düsseldorf
J. Baltzer, Krefeld

J. Schwarz
Amtsgericht Krefeld

Suizidversuch und unterlassene Hilfeleistung im ärztlichen Bereich

Assistierter Suizid - Probleme

STRAFBARKEITSRISIKO IN SUIZIDFÄLLEN

Im Zweifel das Leben erhalten

Für den Arzt stehen erhebliche Strafbarkeitsrisiken im Raum, wenn er die lebensrettende Versorgung eines Suizidpatienten unterlässt.

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

Leitthema

Gynäkologe 2009 · 42:612–613
DOI 10.1007/s00129-009-2379-x
Online publiziert: 9. Juli 2009
© Springer Medizin Verlag 2009

Redaktion
L. Beck, Düsseldorf
J. Baltzer, Krefeld

J. Schwarz
Amtsgericht Krefeld

Suizidversuch und unterlassene Hilfeleistung im ärztlichen Bereich

Assistierter Suizid

Dringende Empfehlung

Zusätzlich zur SV soll unbedingt eine PV errichtet werden, in der u. a. eine Reanimation abgelehnt wird

und/oder

zum Zeitpunkt des AS soll eine aktuelle schriftliche Willensäußerung verfasst werden, in welcher eine Reanimation abgelehnt wird.

Klärung hinsichtlich CTC (comfort terminal care) – ggf. mit KH Aufnahme und Symptomkontrolle

(Atemnot, Stress, Unruhe, Schmerzen)

Assistierter Suizid

Symptomlinderung bei sterbenden Patienten

Wenn ein Gespräch über das Therapieziel im Vorfeld stattgefunden hat und dieses dokumentiert wurde und/oder eine vorliegende Vorausverfügung des Patienten vorliegt, kann dies für den Notarzt eine Handlungsorientierung sein.

Symptom	Medikament	Dosierung	Bemerkung
Atemnot/Schmerzen	Morphin (Vendal®)	5mg s.c./i.v. titrierend bis Symptomlinderung	Bei Patienten unter Opioidtherapie: max 1/6 der TD
Angst/Unruhe	Midazolam	in 1- 2 mg-Schritten s.c/i.v. titrierend bis Symptomlinderung Alternative: 5 mg intranasal	1 mg/ml-Ampullen 5 mg/ml-Ampullen
Pharyngotracheale Sekretion („Rasseln“)	Butyl-Scopolamin (Buscapina®)	20-40mg s.c./i.v.	

Barbara Friesenecker[1] · Sonja Fruhwald[2] · Christian Roden[3] · ARGE Ethik der ÖGARI (österreichische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin)
[1] Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
[2] Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
[3] Krankenhaus Ried im Innkreis, Ried, Österreich

Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag

Fortbildungsanbieter
Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, ÖGARI

LIV
LANDESINSTITUT FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL
HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG

Palliative Care – Assistierter Suizid

OPG
Österreichische PalliativGesellschaft

OPG Handreichung

Sterbe- und Suizidwunsch

„Palliative Care und Assistierter Suizid stehen in direktem Widerspruch bzw. sind unvereinbar“

Suizidassistenz wird von nahezu allen internationalen Hospiz- u. Palliative Care Organisationen abgelehnt

Eine Integration der Suizidassistenz i. d. Palliative Care in Ö ist aus heutiger Sicht nicht vorstellbar

Paradigmenwechsel in der Zukunft?

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

Unterbringung neu

Aufgabe der/des niedergelassenen Fachärztin/Facharztes und Notärztin/Notarztes

Niedergelassenen FÄ/FÄinnen für Psychiatrie bzw. für Kinder- und Jugendpsychiatrie und NÄ/NÄinnen wird im Vorfeld der Unterbringung eine neue Aufgabe zugeordnet (§ 9).

Legt die Ärztin/der Arzt der von diesem/dieser herbeigerufenen Polizei (Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes) mündlich nachvollziehbar dar, dass sie/er im Rahmen ihrer/seiner Behandlung oder Betreuung die Unterbringungsvoraussetzungen für gegeben erachtet und wird diese Einschätzung von der Polizei geteilt, kann diese auf eine Einweisungsuntersuchung durch einen einweisenden Arzt/einweisende Ärztin verzichten und die betroffene Person direkt zur Aufnahmeuntersuchung in die psychiatrische Abteilung bringen.

Quelle: Information zu den Neuerungen aufgrund des Inkrafttretens der Unterbringungsgesetz-Novelle 2022, BGBl I 2022/147

UBG – trotz allem noch simple

1. Akute, psychosewertige Erkrankung?
2. Selbst- und/oder Fremdgefährdung?
3. Alternative ja/nein?

…und auch noch wichtig!!!

UbG gilt nur bei Fahrt zur Psychiatrie

- Das UbG ist nur anzuwenden, wenn der/die Patient:in **unmittelbar** in eine Psychiatrie gebracht wird.

- Ist vordergründig eine andere Spitalsabteilung anzufahren (z.B. Notaufnahme einer öffentlichen Krankenanstalt), so kommt das UbG nicht zur Anwendung.
- Notfallmedizinische Notwendigkeiten aber i. S. „übergesetzlicher Rechtfertigungsgründe“ möglich
- Zudem Gefahrenabwendungspflicht von Rettungspersonal/NÄ → „kreative Lösungen“
- Polizei kann mit „Sicherheitspolizeigesetz“ helfen
  - §19 SPG: Erste allg. Hilfeleistungspflicht
  - §21 SPG: Gefahrenabwehr
  - §22 SPG: Vorbeugender Schutz von Rechtsgütern.

Quelle: Oegari, Kommentar zur aktuellen Novelle des Unterbringungsgesetzes (UbG) (BGBl I Nr. 147/2022)