



Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

(Langfassung, Living Document – Stand Dezember 2021)

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

Arbeitsgruppe: Dr. Mag. Angelina Falkner, Manuela Klee MSc, OPG AG Pflege; MSM Bettina
Pußwald; Begutachtung: Dr. Dietmar Weixler, MSc, Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J.
Körtner, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc

Sterbewünsche und Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

§ 78 StGB Beihilfe zum Suizid leistet, wer ein tödliches Medikament für die Person mit Sterbewunsch erwirbt oder bereitstellt - jemanden also beim Suizid unterstützt. Die Person, die sterben möchte, nimmt jedoch das tödliche Mittel selbst ein.

Durch das Urteil des österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 wurde das ausnahmslose Verbot der Beihilfe zum Suizid aufgehoben. Tötung auf Verlangen bleibt weiterhin strafbar. Schon bisher wurden Pflegepersonen und Ärzt*innen mit unterschiedlich intensiven und appellhaften Sterbewünschen von Patient*innen konfrontiert und es ist zu erwarten, dass es künftig auch konkrete Anfragen um Beihilfe zum Suizid geben wird. Es ist daher wichtig, dass sich die betreuenden Teams, nicht nur im Hospiz- und Palliative Care-Bereich, auf derartige Wünsche von Patient*innen vorbereiten, um adäquat reagieren zu können. Ebenso wichtig ist, dass die Träger von Institutionen ihre Haltung zum assistierten Suizid offen kommunizieren und ihren Mitarbeitenden entsprechende Handlungsanleitungen und Reflexionsmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Jeder assistierte Suizid beginnt mit einem zunächst allgemeinen Sterbewunsch, beide Phänomene resultieren aus denselben existenziellen Notlagen und sie erfordern dieselben Reaktionen und Interventionen. In der Praxis bestehen jedoch oft Unsicherheiten, wie diesen Wünschen der Patient*innen begegnet werden soll. Daher sollen die vorliegenden Empfehlungen der OPG weniger einen Leitfaden im Sinne einer abzuarbeitenden Checkliste darstellen, sondern sie sollen eine offene und wertfreie Kommunikation mit Patient*innen mit Sterbe- und Suizidwünschen unterstützen.



Um dem unterschiedlichen Bedarf der Praxis zu entsprechen, sind die OPG-Empfehlungen zum Sterbewunsch und assistierten Suizid in mehrere Teile gegliedert: in eine Langfassung und in eine Kurzfassung mit Flussdiagramm. Die Inhalte werden im Sinne eines „Living Documents“ laufend aktualisiert und angepasst.

Ausgangssituation

Im bisherigen Text des § 78 StGB, "Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen", wurde der Passus "oder ihm dazu Hilfe leistet" als verfassungswidrig beurteilt. Die Verfassungsmäßigkeit des Verbots der Tötung auf Verlangen wurde jedoch bestätigt.

Der VfGH betont in seinen Erläuterungen mehrfach den Aspekt der freien Selbstbestimmung. Dem Entschluss zum assistierten Suizid müsse ein "aufgeklärter und informierter Willensentschluss" zugrunde liegen. Da die freie Selbstbestimmung jedoch durch soziale und ökonomische Umstände beeinflusst wird, habe "der Gesetzgeber Maßnahmen zur Verhinderung von Missbrauch vorzusehen, damit die betroffene Person ihre Entscheidung zur Selbsttötung nicht unter dem Einfluss Dritter fasst".

Es kann jedoch keine Verpflichtung zur Hilfeleistung beim Suizid geben, hält der VfGH fest, die Beihilfe zum Suizid kann nur durch eine Person erfolgen, die dazu bereit ist. Da also keine Verpflichtung zur Hilfeleistung zum Suizid besteht, kann es auch keinen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid geben.

§ 2 Keine natürliche oder juristische Person darf wegen einer Hilfeleistung (§ 3 Z 4), einer ärztlichen Aufklärung oder der Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung oder der Weigerung, eine Hilfeleistung zu erbringen, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.

Die „Sterbeverfügung“¹

In Analogie zur Patientenverfügung besteht die Möglichkeit, bei Notar*innen oder bei der Patientenanwaltschaft eine sogenannte Sterbeverfügung zu erstellen, in der eine sterbewillige Person ihren dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschluss festhält, ihr Leben zu beenden. Voraussetzungen dafür sind Volljährigkeit und Entscheidungsfähigkeit, sowie eine Beratung durch zwei unabhängige Ärzt*innen. Eine(r) dieser Ärzte bzw. Ärztinnen muss über eine palliativ-medizinische Qualifikation verfügen. Die Entscheidungsfähigkeit der sterbewilligen Person muss ärztlich bestätigt werden. Bestehen bei einem bzw. einer der beratenden Ärzt*innen Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit der Person, muss eine psychiatrische oder psychologische Expertise eingeholt werden. Eine Sterbeverfügung kann nur eine Person errichten, die an einer unheilbaren, zum Tod führenden Krankheit oder an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leidet, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen; wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt.

Eine Sterbeverfügung kann wirksam frühestens zwölf Wochen nach der ersten ärztlichen Aufklärung (§ 7) errichtet werden. Hat eine ärztliche Person bestätigt, dass die sterbewillige Person an einer unheilbaren, zum Tod führenden Erkrankung leidet und in die terminale Phase eingetreten ist, so ist eine Errichtung bereits nach zwei Wochen zulässig. Die Sterbeverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie die sterbewillige Person widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll, sowie nach Ablauf eines Jahres nach ihrer Errichtung.

Mit einer aufrechten Sterbeverfügung sind sterbewillige Personen, die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, berechtigt, ein letales Präparat (Natrium-Pentobarbital, Nembutal®) über eine Apotheke zu beziehen. Das Mittel muss selbstständig oral zugeführt werden. Ist dies z.B. aufgrund von Schluckproblemen nicht möglich, ist auch eine andere Verabreichung, etwa über eine Sonde erlaubt. Allerdings muss in diesem Fall die sterbewillige Person selbst diese Sonde auslösen.

¹ Laut Ministerialentwurf zum Gesetzestext vom 23.10.2021

Bedeutung der eigenen Position und Aufgaben des Dienstgebers

Für die Auseinandersetzung mit der Assistenz beim Suizid ist die Reflexion der eigenen Haltung der professionell Betreuenden bedeutsam. Beim Versuch eine nicht wertende Position einzunehmen, stellt sich die Frage, ob Suizidalität in jedem Fall und zwingend eine Pathologie darstellt.

Unabhängig von der moralischen Bewertung kann ein Suizid, sofern er nicht aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung beruht, auch als ein Akt menschlicher Freiheit wahrgenommen werden, wenngleich in extremer Radikalität und Unwiderruflichkeit (Zimmermann-Acklin, 2009, S. 223).

Wie in der täglichen Praxis palliativer Betreuung, ist es auch bei der Frage um Suizidassistenz erforderlich, die Fürsorgepflicht mit dem Recht auf Selbstbestimmung auszubalancieren. 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, dem Patienten, der Patientin Handlungsspielräume zu eröffnen und ihn/sie ergebnisoffen zu beraten?

Letzteres erfordert eine objektiv neutrale Haltung und auch das Hintanstellen eigener Werte und Moralvorstellungen. Eine weitere Voraussetzung ist das Anerkennen unterschiedlicher Ansichten über ein gelingendes Leben und ein erstrebenswertes Sterben. Die klare Trennung zwischen persönlicher Einstellung und professioneller Haltung ist der erste Schritt einer fachgerechten Beratung bei einem geäußerten Wunsch nach Suizidassistenz.

Um diese professionelle Grundhaltung gewährleisten zu können, bedarf es verschiedener Settings zur Reflexion, wie Supervision, ethische Fallbesprechung etc. Diese Möglichkeiten sind im Sinne der organisationalen Verantwortung wichtig, sodass einerseits der Umgang mit den Patienten und Patientinnen in beschriebener Weise erfolgen kann und andererseits im Falle von belastenden Ereignissen ein gewisser Schutzeffekt durch das Team greifen kann.

Außerdem sollen die Mitarbeiter*innen das vorherrschende Leitbild der Institution im Umgang mit Suizidäußerungen kennen und wissen, welche Sichtweisen neben den professions- und fachbezogenen Grundhaltungen zu vertreten sind, wodurch ein Organisationsentwicklungsprozess dahingehend anzuraten ist.

Die Mitarbeiter*innen brauchen Sicherheit, Vorgaben und eine unmissverständliche Positionierung der Institution zur Mitwirkung an einem Suizid. Sie brauchen Klarheit darüber, ob sie auf Anfrage sogenannte Aufklärungsgespräche mit Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit der Patient*innen und mit einer Beratung über palliativmedizinische Alternativen übernehmen dürfen.

Durch die nun legale Möglichkeit einer Sterbeverfügung mit Zugang zu einem Mittel für einen Suizid, sind auf institutioneller Ebene folgende Fragen zu klären:

- Ist es möglich, innerhalb der Institution einen assistierten Suizid durchzuführen?
- Wenn ja, wie ist das Vorgehen?
- Dürfen Mitarbeiter*innen auf Anfrage Informationen zur Erstellung einer Sterbeverfügung vermitteln? (laut StVfG erlaubt)
- Dürfen sie Hilfestellung bei Beschaffung, Bereitstellung oder Verabreichung des tödlichen Medikamentes leisten
- Gibt es dafür ein Procedere?
- Was ist beim Auftreten von Komplikationen (Erbrechen des Mittels, Aspiration, Krampfanfälle, Lungenödem, lange Zeitspanne bis zum Eintreten des Todes) zu tun?
- Besteht die Möglichkeit einer ethischen Fallbesprechung, einer externen Ethikberatung?
- Gibt es Schulungen für die Mitarbeiter*innen hinsichtlich Sterbewunsch, Umgang mit Leid und Fragen nach Suizidassistentz?
- Welche Entlastungsangebote müssen für die Mitarbeiter*innen geschaffen werden?

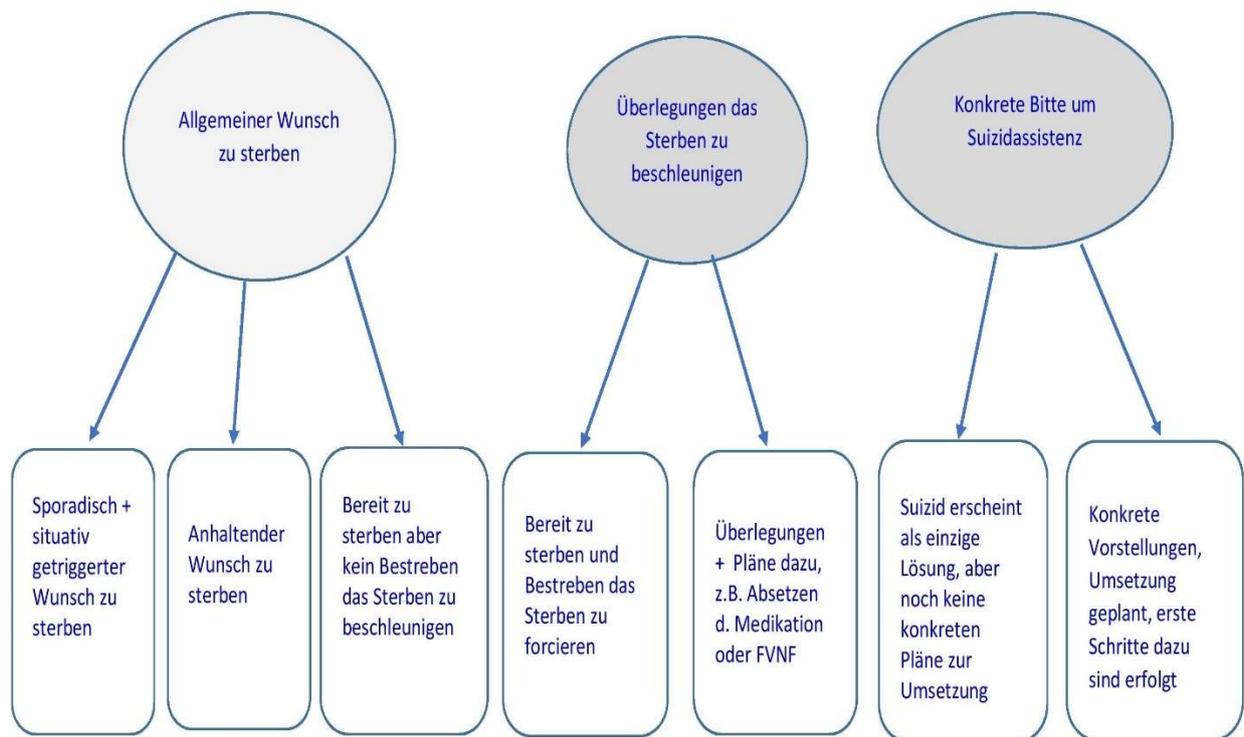
Der Wunsch zu sterben

Bei terminaler Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und intensiven Leiderfahrungen sind Sterbewünsche der Patient*innen keineswegs selten. Der Wunsch, zu sterben, ist eine Reaktion auf das erlebte Leid und für die Betroffenen erscheint das Sterben, ein Beschleunigen des Sterbeprozesses oder auch ein assistierter Suizid oft als der einzige Ausweg (Balaguer et al., 2016).

Ein Sterbe- oder Suizidwunsch bedeutet jedoch meist nicht, dass die Patient*innen sich den Tod wünschen, sondern dass sie an Grenzen des Ertragbaren gekommen sind und unter den momentanen oder künftigen gefürchteten Bedingungen nicht mehr leben wollen oder können. Ein Sterbewunsch bedeutet auch nicht zwingend das Sterben beschleunigen zu wollen und er ist auch nicht dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid gleichzusetzen.

Während Sterbewünsche von schwerkranken Patient*innen keineswegs selten sind, werden explizite Suizidwünsche deutlich weniger oft geäußert. Es ist zwischen einem allgemeinen Wunsch zu sterben, dem Wunsch, der Tod möge eher kommen, dem Wunsch, das eigene Sterben zu beschleunigen und der (vielleicht präventiven) Anfrage um Suizidassistentz zu unterscheiden. Die jeweiligen Wünsche erfordern zwar einen sehr ähnlichen Ansatz, in ihrer Dynamik und Appellhaftigkeit können sie sich jedoch unterscheiden.

Vom Sterbewunsch zum Wunsch nach Suizidassistenz



Grafik eigene Darstellung, modifiziert nach Monforte-Royo et al. (2011) und Schroepfer (2006)

Es besteht eine enge Verbindung zwischen den Phänomenen des assistierten Suizids mit dem Sterbewunsch, es handelt sich nicht um gänzlich unterschiedliche Phänomene. Das obige Modell ist jedoch nur bedingt im Sinne einer linearen Steigerung zu verstehen, es soll vielmehr das Kontinuum vom spontan auftretenden Sterbewunsch bis hin zum assistierten Suizid aufzeigen (Kremeike et al., 2021). Sterbewünsche sind daher als dynamische und komplexe Konstrukte zu verstehen, deren Bedeutung und Gewichtung sich immer wieder verändern können (Ohnsorge et al., 2019). Die Dynamik spiegelt den inneren Prozess der Patient*innen wider und sie zeigt sich auch darin, dass Sterbewünsche in ihrer Intensität nur selten konstant sind. Sterbe- und Suizidwünsche können in der empfundenen Ausweglosigkeit eine momentane Entlastung darstellen und den Patient*innen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zurückgeben. Der Wunsch zu sterben kann durchaus auch zeitgleich mit einem intensiven Wunsch zu leben bestehen.

Ein situativ ausgelöster Sterbewunsch kann sich wieder verändern, wenn es gelingt, die Belastung für den Patienten bzw. für die Patientin zu reduzieren. Findet ein spontan geäußert Sterbewunsch jedoch nicht entsprechend Resonanz, kann die Intensität dieses Wunsches zunehmen. Der ursprünglich situativ ausgelöste Sterbewunsch kann sich dann weiterentwickeln, nicht nur hin zu einem anhaltenden und zunehmend appellhaft geäußerten Wunsch, zu sterben, sondern auch zu konkreten Bestrebungen das Sterben zu beschleunigen. Damit wird deutlich, dass auch jeder Assistierte Suizid seinen Anfang in einem Sterbewunsch nimmt (Streck in: Hilpert & Sautermeister, 2015).

Vor diesem Hintergrund kann die Verantwortung der Betreuenden, insbesondere der ersten Adressat*innen eines Sterbewunsches nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die erste Mitteilung eines Sterbewunsches wird mitunter nicht als solche erkannt. Es kann z. B. die fast beiläufige Aussage sein, dass der Patient bzw. die Patientin hofft, „einfach einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen“. Es kann aber auch eine metaphorische Äußerung sein, wie etwa „Einen Hund würde man nicht so leiden lassen“ oder „Man sollte in die Schweiz fahren können“ oder auch „Ich glaube, der Herrgott hat mich vergessen“. Je nachdem, wie die ersten Adressat*innen auf einen derartigen – gleichsam verpackten – Sterbewunsch reagieren, kann sich die Dringlichkeit dieses Wunsches wieder reduzieren, sie kann sich aber auch zu einer ganz konkreten, expliziten Bitte hin entwickeln: „Helfen Sie mir, geben Sie mir etwas, damit das ein Ende hat“.

Sterbewunsch und Suizidalität

Sterbewünsche können sich in verschiedenen Situationen des Lebens einstellen, mit unterschiedlicher Genese, Intensität und Nachhaltigkeit. Das Phänomen spannt sich von der Akzeptanz des baldigen Sterbens über die Hoffnung auf oder den Wunsch nach einem schnellen Sterbens („wish to hasten death“) bis hin zur akuten Suizidalität. Aus psychiatrischer Perspektive wurde Suizidalität von verschiedenen Autoren mit unterschiedlichen Nuancierungen definiert. Nach Lindner umfasst Suizidalität „alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst (und damit in ihrer Bedeutung dem Subjekt primär nicht zugänglich), die auf Selbstzerstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens ausgerichtet sind“ (Lindner, 2006).

Die Entwicklung hin einem Suizid erfolgt phasenhaft. Pöldinger beschreibt drei Stadien der suizidalen Entwicklung, welche einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen können oder auch sehr schnell durchgemacht werden: Im ersten Stadium entsteht die Erwägung eines Suizids als eine mögliche Form der Problemlösung. Dabei gibt es eine Reihe an möglichen Einflüssen, wie beispielsweise Suizide im sozialen Umfeld oder deren Darstellung in Medien, Büchern oder Filmen. Im anschließenden Stadium, welches er mit „Ambivalenz“ bezeichnet, erfolgt die Abwägung zwischen Suizid und Weiterleben. Dabei können Suizidrohungen oder Hinweise auf eine geplante Selbsttötung als Hilferufe vorkommen. Im dritten Stadium wird der konkrete Entschluss getroffen. Es kehrt eine gewisse Ruhe ein, was fälschlicherweise als Ende einer Krise fehlgedeutet werden könnte und eigentlich die Lösung der Ambivalenz darstellt, die sogenannte „Ruhe vor dem Sturm“. Es finden indirekte Suizidankündigungen statt, die Gedanken befassen sich mit der Vorbereitung des Suizids. (Pöldinger, 1982).

Erschwerend für diese Festlegung zwischen den Phänomenen kommt hinzu, dass weder der Todeswunsch als Hauptkategorie noch die Suizidalität als Teilkategorie des Todeswunsches stabile Phänomene sind. Ihr Vorhandensein kann sehr schwanken und unterschiedliche Ausprägungen annehmen. So kann der Todeswunsch verbunden sein mit einer (sub-) akuten Absicht, das Leben enden zu lassen, oder aber eher hypothetischer Natur im Sinne des „Vorsorgens“ für eine antizipierte, zukünftige Situation. (Ohnsorge et al., 2014)

Bei Suizidgedanken geht es nicht immer ausschließlich darum, nicht mehr leben zu wollen. Suizidalität kann ein Ausdruck dessen sein, dass die aktuelle Situation nicht ertragbar ist und kein anderer Ausweg gesehen wird. Es wird auch als das Besondere am Phänomen Todeswunsch beschrieben, dass dieser ebenso ohne den Wunsch, das Leben schneller beenden oder das Lebensende herbeiführen zu wollen, auftreten kann. (Ohnsorge et al., 2014) .

Eine mögliche Abgrenzung zwischen den beiden Facetten kann im zunehmenden Handlungsdruck liegen, welcher bereits bei Ringels präsuizidalem Syndrom beschrieben wird. Demnach kommt es aufgrund einer eingegengten Wahrnehmung in verschiedener Hinsicht (situativ, dynamisch beispielsweise bei Affekten, Verhaltensmustern oder Abwehrmechanismen, sozial in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie in der Wertewelt) zu einer gehemmten Aggression, welche sich gegen das eigene Selbst richtet. Drängen sich die Suizidphantasien passiv auf und werden sie hinsichtlich der Art der Durchführung konkreter, steigt die Gefahr einer tatsächlichen Ausführung. (Ringel, 1997) Der Todeswunsch ist insofern nicht gleichzusetzen mit Suizidalität, zumindest nicht mit ihren akuten, von zunehmendem Handlungsdruck geleiteten Formen, auch wenn der Todeswunsch ohne Handlungsdruck, ihm nachzukommen ein erstes Anzeichen der Suizidalität sein kann. Ob, wann, weshalb und bei welchen Patienten und Patientinnen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung es zu einem „Übergang“ von einem Todeswunsch zu suizidalen Gedanken, Absichten oder Handlungen kommt, bedarf der weiteren Erforschung. (Sperling et al., 2009)

Suizidprävention

Österreich hat im Jahr 2012 an der Gesundheit Österreich GmbH die Koordinationsstelle Suizidprävention eingerichtet. Das nationale SUPRA-Umsetzungskonzept (SUizidPRävention Austria) beinhaltet sechs strategische Säulen. Eine betrifft beispielsweise die Restriktion der Suizidmittel, was unter anderem durch das Absichern von „hot spots“ oder einer zweiwöchigen „cool off“-Frist beim Erstkauf einer Waffe erreicht werden soll. Für diese strategischen Ziele mit insgesamt 18 operativen Zielen wurden 70 konkrete Maßnahmen inklusive Messgrößen und Zielwerten erstellt. Eine der umgesetzten Maßnahmen ist beispielsweise die bundesweit einheitliche Krisentelefonnummer 142 der Telefonseelsorge. Durch ein jährliches Monitoring soll das Konzept regelmäßig einer kritischen Prüfung unterzogen werden. (BMASGK, 2019)

Doch nicht nur diese gesellschaftspolitische Ebene ist relevant für die Suizidprävention, jede Person die in Kontakt mit Menschen in suizidalen Krisen kommt trägt einen wichtigen Teil bei. Dabei ist es wichtig, auf das eigene Gefühl zu vertrauen. Wenn der Eindruck entsteht, eine Person könnte an Suizid denken, ist es von enormer Bedeutung, sie darauf anzusprechen. Das Gespräch entlastet und wirkt einer fortschreitenden Einengung entgegen. Suizidgedanken bedeuten noch keine Suizidabsicht und eine Suizidabsicht ist noch kein unwiderruflicher Entschluss. Es braucht eine beziehungs-fördernde Grundhaltung, die bedingungslose Akzeptanz des Anderen inklusive der Orientierung an dessen Bedürfnisse. Argumentatives Diskutieren oder Bewertungen der Situation sind fehl am Platz und könnten dazu führen, dass sich die Person unverstanden fühlt und zurückzieht.

Es braucht die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und verständnisvolle Partnerschaft ohne objektivierende Distanz. (Sonneck, 2000) Personen, welche aufgrund ihrer beruflichen Situation in Schlüsselpositionen sind um mit suizid-gefährdeten Personen als Ansprechperson in Kontakt zu kommen, worunter die Sozial- und Gesundheitsberufe fallen, werden als Gatekeeper der Suizidprävention bezeichnet. Diese Gatekeeper werden auf „die 3 Ds“ der Suizidprävention geschult: daran denken, danach fragen, darüber sprechen. (Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention - ÖGS, o. J.) Dabei ist es auch wichtig hinter die Bedeutung der einzelnen Worte zu blicken und zu versuchen, die Komplexität der Äußerung nachzuvollziehen.

Ängste, man könne die Person erst auf die Idee bringen, sollen unbedingt ausgeräumt werden. Betroffene wissen oftmals nicht, wie sie ein Gespräch eröffnen oder ihre Nöte formulieren sollen. Das damit zusammenhängende Gefühl der Beschämung führt zu weiterer Isolation. Dem kann durch die ehrliche Bereitschaft des Zuhörens und das offene Verständnis für die persönliche Not entgegen gewirkt werden. Wie in den Erläuterungen zur Regierungsvorlage über das Sterbe-verfügungsgesetz auch von rechtlicher Seite beschrieben wird, wäre der Tatbestand des Verleitens zur Selbsttötung nur dann gegeben, wenn ein vorsätzliches Bewirken gegeben ist, beispielsweise durch Überreden oder Überspielen der Todesfurcht durch Vorschlag eines probaten Tötungsmittels. (ErlRV 1177 der Beilagen XXVII. GP)

Ursachen von Sterbe- und Suizidwünschen

Hinter jedem Sterbe- und Suizidwunsch steht eine Geschichte. Der Wunsch zu Sterben und der Wunsch nach assistiertem Suizid können bei tatsächlichem oder erwartetem Leiderleben entstehen. Es ist oft eher die Angst vor Kontrollverlust, die Angst vor Angewiesenheit, vor Würdeverlust und dem Verlust der Selbstwirksamkeit, als die Furcht vor konkreten Belastungen durch Symptome, wie etwa Schmerzen (Nuhn et al., 2018, S. 380). Auch das Empfinden eines globalen Kontrollverlustes oder die Wahrnehmung, für andere eine Last oder ihnen ausgeliefert zu sein, sind häufige Motive für den Wunsch nach einem baldigen Tod. Die Erfahrung, die Kontrolle verloren zu haben oder nicht in der Lage zu sein, die eigenen Körperfunktionen zu beherrschen, kann grundlegend von der Anwesenheit und der Einstellung der Menschen geprägt sein, die einem am nächsten stehen (Chochinov et al., 2009). Sich als Belastung für das Umfeld wahrzunehmen, kann dazu führen, dass sich der Eindruck verfestigt, dass das Leben keinen Wert mehr hätte. Vor allem dann, wenn die individuelle Autonomie eine besonders wichtige Rolle spielt, kann der Verlust der Unabhängigkeit als unvereinbar mit dem Leben selbst angesehen werden (Chochinov et al., 2007).

Hinter einem Sterbe- bzw. Suizidwunsch können aber auch die Angst vor dem Verlust der Würde oder der aktiven Entwürdigung durch andere, sowie die Erfahrung von Scham und Ohnmacht stehen. Auch Sinnverlust und unerträgliches Leiden sind häufige Motive für den Wunsch zu sterben und nach Hilfe beim Suizid. Dabei zeigt sich, dass sich die Belastung nicht nur durch aktuell erlebtes Leid ergibt, die Angst vor möglichem zukünftigem Leiden kann selbst eine Quelle gegenwärtigen Leidens darstellen und zu einem Sterbewunsch führen (Gaignard & Hurst, 2019, S. 8).

Dabei ist zu beachten, dass die Deutungshoheit über das Leiden primär bei der betroffenen Person liegt, nur sie weiß, unter welchen Symptomen und Situationen sie in welchem Ausmaß leidet. Eine objektive Beurteilung des Leidens durch Ärzt*innen, Kontrollkommissionen, Angehörige usw. ist faktisch unmöglich (Bozzaro, 2015).

Weitere Gründe für einen Sterbewunsch können psychische Erschöpfung, spirituelle Nöte und existenzielle Verzweiflung sein. Wenn schwer kranke Menschen derart umfassenden Leiderfahrungen ausgesetzt sind, kann das zum Versagen aller bisher tragenden Strukturen führen. Es ist gleichsam ein emotionaler Zusammenbruch, eine Erfahrung von absoluter Einsamkeit und Machtlosigkeit. Hinzu kommt, dass dieses Leid häufig auch zu einer Verstärkung bestehender Symptome führt. Damit kann ein unheilvoller Kreislauf in Gang gesetzt werden: Das Leid verstärkt die bestehende Symptombelastung und die Symptome ihrerseits verstärken wiederum das Leid-Erleben.

Anders als in älteren Studien beschrieben, wird heute davon ausgegangen, dass ein geäußelter Sterbewunsch nicht grundsätzlich mit Suizidalität gleichzusetzen ist. Ebenso sind diese Wünsche nur selten bereits mit konkreten Vorstellungen wie etwa einer Beihilfe zum Suizid verbunden. Auch die Theorie, dass jedem Sterbewunsch eine manifeste und behandlungsbedürftige Depression zugrunde liegt, ist inzwischen widerlegt. Trotzdem darf nicht übersehen werden, dass Demoralisation und depressive Syndrome bei Menschen mit terminalen Erkrankungen häufig zu beobachten sind. Eine Depression, ein Demoralisationssyndrom und die Existenzielle Verzweiflung zeigen sich oft als Triade von Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust und existenziellem Distress, der sich im Sterbewunsch ausdrückt (Kissane et al., 2001).

Es sind jedoch meist mehrere Faktoren, die zu einem Sterbe- oder Suizidwunsch führen. Ein geäußelter Sterbewunsch und auch der Wunsch nach Suizidassistenten sind vor allem Ausdruck einer dramatischen Überforderung des Patienten bzw. der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er/sie sich aktuell befindet. Zugleich könnte die Mitteilung eines Sterbewunsches aber auch ein Signal dafür sein, dass der Patient bzw. die Patientin über das Sterben sprechen möchte.

Sterbewünsche können aber auch Ausdruck einer tief empfundenen Lebensmüdigkeit oder Einsamkeit sein, vor allem bei alten und hochaltrigen Menschen, die oft schon nahezu alle Freund*innen und Bekannten verloren haben, manchmal auch schon ihre Kinder. Auch wenn diese Patient*innen nicht primär an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden, so kann die Perspektive auf weiter zunehmende Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einem erlebten Sinnverlust zu einer umfassenden Lebensmüdigkeit führen.

Sterbe- und Suizidwunsch als Notausgang und Ausstiegsplan

Die zahlreichen Verluste, die schwer kranke Menschen erfahren, führen fast immer zu einer enormen emotionalen Belastung. Dann kann der Wunsch, zu sterben, ein Hilferuf der Patient*innen sein, zugleich kann die Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch und vielleicht auch mit Überlegungen, wie das Sterben beschleunigt werden könnte, auch eine Entlastungsstrategie darstellen.

Es kann aber auch der verzweifelte Versuch sein, dem erlebten zunehmenden Kontrollverlust entgegenzuwirken. Bei schwerer Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und ganz besonders im Sterben versagen sämtliche bisherigen Kontrollstrategien. Und mitunter scheint es auch die Intention eines Sterbewunsches zu sein, diesem Kontrollverlust zuvorzukommen: den Tod herbeizusehnen oder auch dem Leben – zumindest gedanklich – ein Ende zu setzen, um die Kontrolle zu behalten. Der unbedingte Respekt vor dem Recht der Patient*innen auf Selbstbestimmung ist ein ganz zentrales Element palliativer Betreuung.

Sterbewunsch als Ausdruck der Bewältigung

Die Mitteilung eines Sterbewunsches ist ein Signal, dass der Patient bzw. die Patientin **so** nicht mehr leben will oder auch nicht mehr leben kann. Damit kann der Wunsch, zu sterben, auch als eine geradezu gesunde Reaktion auf eine multidimensionale Leiderfahrung verstanden werden und weniger als bilanzierende Entscheidung. Erfahren die Menschen in dieser Situation entsprechende Unterstützung und Solidarität, ist fast immer zu beobachten, wie sich dieses Leid im Sinne einer Bewältigung wandeln kann (Feichtner 2018). Daher ist nochmals zu betonen, dass die Mitteilung eines Sterbewunsches nicht zwingend mit Suizidalität gleichzusetzen ist. Suizidgedanken sind in palliativen Situationen nicht ungewöhnlich und sie stellen vor allem in terminalen Erkrankungsstadien häufig eine Form der Entlastung oder eine Art Ventil dar.

Mitteilung eines Sterbewunsches als Vertrauensbeweis

Die Mitteilung eines Sterbewunsches ist immer auch als Vertrauensbeweis zu werten. Wenn Patient*innen ihren Wunsch, zu sterben, oder auch den Wunsch, den Sterbeprozess zu beschleunigen, anvertrauen, so geschieht das im Vertrauen auf eine tragfähige Basis. In einem von Vertrauen geprägten Bündnis zwischen den Betreuenden und ihren Patient*innen ist die Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches nicht nur Ausdruck der Not der Patient*innen, sondern auch ein Beleg für das bestehende Vertrauen in dieses Bündnis. Es gilt, diesem Wunsch mit Respekt und Achtung zu begegnen.

Gespräche als Chance

Gespräche, die sich im Zusammenhang mit einem Sterbe- oder Suizidwunsch ergeben, bieten nicht nur die Chance, mehr darüber zu erfahren, was hinter diesem Wunsch steht – sie beinhalten auch die Möglichkeit, die Vertrauensbasis zu stärken. Und das brauchen Menschen in dieser verletzlichen Situation besonders: vertrauen zu können und die Sicherheit einer verlässlichen, kompetenten und auch mitfühlenden Betreuung. Sie brauchen Betreuende, die ihr Leid, ihre Klage und ihre Verzweiflung aushalten können und die fähig sind, einen Sterbewunsch nicht als narzisstische Kränkung zu betrachten.

Es zeigt sich oft, dass bereits die Gespräche über den geäußerten Wunsch zu sterben eine gewisse Entlastung der verzweifelten Patient*innen bewirken können. Vorausgesetzt, den Äußerungen des Patienten bzw. der Patientin, wird mit Respekt, Mitgefühl und ohne Wertung begegnet. Schon allein die Möglichkeit, das erlebte Leid mit einer empathisch zugewandten Person gleichsam teilen zu

können, wird von den Patient*innen als entlastend erlebt. In diesen Gesprächen können auch vorhandene Ressourcen der Patient*innen und positive Aspekte in ihrem Leben erfasst werden. Mögliche Fragen dazu: „Abgesehen von Ihrer momentanen Situation, was macht Ihnen Freude? Was ist Ihnen wichtig, was hält Sie im Leben?“

Ziele im Umgang mit dem Sterbewunsch

1. Wahrnehmen und Erkennen: die Äußerung eines Sterbewunsches muss von den Betreuenden erkannt und respektvoll anerkannt werden.



2. Verstehen: Damit ist ein Verständnis des Sterbewunsches vor dem Hintergrund der medizinischen, psychischen und sozialen Situation, der Persönlichkeit und der Lebenserfahrung der Patient*innen verbunden. Es geht um die empathische Begleitung durch die professionell Betreuenden, um einen bedeutungsfindenden Prozess der Patient*innen, ggf. auch unter Einbezug der Angehörigen.



3. Kompetente Unterstützung: Es ist die Aufgabe des Gesundheitspersonals, die Patient*innen zu begleiten, was nicht zwangsläufig das Ergreifen von direkten Maßnahmen, sondern womöglich „nur“ das aktive Mit-Aushalten des Leidens bedeutet, ohne eine Antwort darauf geben zu können oder gar den Sterbewunsch zu beurteilen. Sofern möglich und gewünscht, sollte das dem Sterbewunsch zugrunde liegende Leid durch konkrete bio-psycho-sozial-spirituelle Interventionen gelindert werden.



4. Suizidprävention: Einer Selbsttötung bzw. einem Selbsttötungsversuch sollte durch intensive Betreuung und das gemeinsame Bemühen um Alternativen vorgebeugt werden.

Vier Schritte bei Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches

Wahrnehmen und Würdigen der Wünsche

Äußert ein Patient bzw. eine Patientin einen Sterbe- oder Suizidwunsch, so muss dies als eine Situation erkannt werden, die absolute Priorität, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und auch eine hohe professionelle und kommunikative Kompetenz erfordert. Denn die weitere Entwicklung dieser Wünsche wird maßgeblich davon beeinflusst, wie die ersten Adressat*innen reagieren. Die vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient*in und Betreuenden kann dadurch gestärkt oder auch nachhaltig gestört werden. In diesen Situationen darf nicht bagatellisiert werden, auch darf nicht vorschnell und ausschließlich nach Lösungen gesucht werden. Für die Patient*innen kann es bedeutsam sein, ihre Gefühle in Worte zu fassen, und es ist wichtig, dem geäußerten Sterbewunsch wertfrei und respektvoll zu begegnen. Die ersten Adressat*innen eines Sterbewunsches haben somit eine besondere Verantwortung.

Verstehen des Sterbe – oder Suizidwunsches

Es ist wichtig, zu verstehen, welche Belastungen des Patienten bzw. der Patientin zum Entstehen des Sterbe- oder Suizidwunsches beigetragen haben. Damit verbunden ist das Verständnis für die individuelle medizinische und psycho-soziale Situation der Patient*innen, ihrer Persönlichkeit und Lebenserfahrung. Es bedarf eines empathischen, bedeutungsfindenden Prozesses von Seiten der professionell Betreuenden im Gespräch mit den Patient*innen, evtl. auch einer Einbeziehung der Angehörigen (Leitlinienprogramm Onkologie 2020).

Klären der Ursachen und Verständnis für die individuelle Bedeutung des Sterbe-oder Suizidwunsches

Wird ein Sterbewunsch oder ein Wunsch nach assistiertem Suizid anvertraut, so ist zunächst zu klären, ob der geäußerte Wunsch des Patienten bzw. der Patientin richtig verstanden wurde. Da die Äußerung eines Sterbewunsches meist mehrdeutig ist gilt es, Näheres über das momentane Leid zu erfahren, um zu erkennen, welche Form der Unterstützung erforderlich ist (Roser 2012). Weiters ist es wichtig zu verstehen, ob es bei einem geäußerten Sterbewunsch vor allem darum geht, die aktuelle Not sichtbar zu machen, oder ob dieser Wunsch in Verbindung mit konkreten Überlegungen steht, das Sterben zu beschleunigen. Unabhängig davon, was dem Sterbewunsch zugrunde liegt und wie konkret die Vorstellungen zu einer Beendigung des Lebens sind, ist die bedingungslose Grundhaltung der empathischen Akzeptanz der professionell Betreuenden vordergründig.

Angebot der palliativen Begleitung und Beratung

Äußert ein Patient bzw. eine Patientin einen Sterbe- oder Suizidwunsch, ist in jedem Fall die multiprofessionelle Kompetenz des Teams gefordert. Gemeinsam ist zu überprüfen, ob tatsächlich alle Möglichkeiten zur Linderung des Leidens ausgeschöpft wurden. Neben einer

optimalen Behandlung der körperlichen Symptome, psychosozialer Unterstützung und spirituellem Beistand, bedürfen die Patient*innen vor allem intensiver Zuwendung durch Gespräche mit erfahrenen professionellen Betreuungspersonen. Diese müssen umfassend geschult sein, um die Hintergründe von existenzieller Not und Sterbewünschen zu verstehen. Um nicht durch die Konfrontation mit den eigenen Ängsten bei derartigen emotionalen Gesprächen blockiert zu werden, müssen diese Betreuungspersonen diese eigenen Ängste erkennen und verstehen lernen.

Praktische Empfehlungen für Gespräche über Sterbe- und Suizidwünsche²

- Hören Sie sehr genau zu, was gesagt wird (und was nicht gesagt wird), und überprüfen Sie, ob Sie den Patienten bzw. die Patientin korrekt verstanden haben.
- Patient*innen äußern ihren Sterbewunsch manchmal „verdeckt“ oder in Metaphern und es kann wichtig sein, nachzufragen was damit genau gemeint ist.
- Geben Sie empathisch und direkt Rückmeldung, was Sie gehört haben, indem Sie das Gesagte in eigenen Worten wiedergeben. Damit wird den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, ihr Verständnis für ihre Situation zu reflektieren. Verzichten Sie auf Interpretationen oder Empfehlungen aus Ihrem persönlichen Blickwinkel.
- Ihr Tonfall und Ihre Mimik sind wichtig, weil sie Wertschätzung, Mitgefühl und Fürsorge vermitteln können. Die Patient*innen sollen sich wahrgenommen, gehört und verstanden fühlen.
- Der Respekt vor der Freiheit des Einzelnen, sich das Leben zu nehmen und dazu Hilfe zu suchen und anzunehmen ist wichtig (Respekt vor der Autonomie). Wie Ihre persönliche Haltung dazu auch sein mag, für die Betreuung ist sie nicht maßgeblich und es wäre unangemessen, die Patient*innen damit zu konfrontieren.
- Bei der Erklärung der Patient*innen, nicht zur Last fallen zu wollen, ist abzuschätzen, wie weit diese Haltung als Teil des eigenen Selbstverständnisses verinnerlicht ist oder ob sich der Patient bzw. die Patientin gedrängt sieht, einer gefühlten gesellschaftlichen Moral gerecht zu werden.
- Fragen Patient*innen konkret um Hilfe bei einem Suizid oder um eine Tötung auf Verlangen, ist es wichtig, dass Sie diese Anfrage zur Kenntnis nehmen und der Neigung widerstehen, sie zu „ignorieren“ oder sie kategorisch zurückzuweisen.
- Hinweise darauf, dass Sie diese Anfrage ernst nehmen, tragen dazu bei, dass der Patient bzw. die Patientin sich verstanden fühlt und erkennt, dass Sie erfahren möchten, was zu diesem Wunsch geführt hat.

² In Anlehnung an: Royal College of Nursing (2016) When someone asks for your assistance to die. RCN guidance on responding to a request of hasten death. London (Royal College of Nursing).

- Bestätigen und kommunizieren Sie Ihre Besorgnis um das Wohlergehen und die Sicherheit des Patienten bzw. der Patientin. Erklären Sie aber auch, dass es nicht möglich ist, Anfragen wie diese absolut vertraulich zu behandeln und dass es wichtig ist, mit den anderen Mitgliedern des betreuenden Teams darüber zu beraten, wie für Entlastung gesorgt werden kann.
- Versuchen Sie Schweigen und Stille im Gespräch auszuhalten und geben Sie aufbrechenden Emotionen des Patienten bzw. der Patientin den nötigen Raum, ohne sie vorschnell durch tröstende Worte oder Gesten zu beenden.
- Geben Sie dem Patienten bzw. der Patientin eine Rückmeldung bezüglich seiner/ihrer Gefühle und Bedenken in Bezug auf die Erkrankung und erfragen Sie behutsam Details über sein/ihr Wissen über die Krankheit, Prognose, Tod und Sterben. Patient*innen können eigene Vorstellungen zu zukünftigen physischen und psychischen Belastungen, kognitiven und funktionellen Einbußen sowie zu drohender Abhängigkeit entwickeln. Um angemessen reagieren zu können, ist es hilfreich, dies zu wissen.
- Fragen Patient*innen konkret nach Kontaktinformationen oder Internetadressen von Organisationen, die Suizidwillige unterstützen, ist zu bedenken, dass eine derartige Information möglicherweise im Widerspruch zur Haltung Ihrer Institution steht. Laut § 12, Abs. 2 StVfG ist es jedoch zulässig, eine sterbewillige Person über die Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung zu informieren.
- Falls noch keine schriftlichen Vorgaben dazu vorliegen, nehmen Sie Kontakt mit Ihren Vorgesetzten auf, um den formellen Umgang mit Anfragen um Beihilfe zum Suizid zu klären.
- Versuchen Sie zu erfahren, ob dem Patienten bzw. der Patientin alternative Möglichkeiten, wie das Absetzen bisheriger Medikamente und Therapien oder der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt sind.
- Versichern Sie dem Patienten bzw. der Patientin, sowie den An- und Zugehörigen, dass Sie Ihr Bemühen und die Betreuung aufrechterhalten werden, unabhängig davon, wie er/sie sich entscheidet.
- Für den Fall, dass ein assistierter Suizid geplant ist, bleibt die Betreuung bis zur Umsetzung aufrecht. Eine aktive Beteiligung am Suizid ist jedoch nicht möglich.
- Dokumentieren Sie alle Gespräche und den Austausch aller Erkenntnisse mit den anderen Mitgliedern des multidisziplinären Teams.
- Ergeben sich Spannungsfelder oder moralische Bedenken innerhalb des Teams, ist eine Ethische Fallbesprechung zu empfehlen (Royal College of Nursing, 2016).

Assistierter Suizid – Ablauf

	Wer	Was	Ergebnis
Antragstellung	durch suizidwillige Person		
Aufklärung/ Beratung	2 voneinander unabhängige und dazu bereite Ärzt*innen, mindestens 1 davon mit palliativmedizinischer Qualifikation	Zweifelsfreie Feststellung der Entscheidungsfähigkeit sowie der Freiwilligkeit und Selbstbestimmtheit (b. Zweifel Abklärung durch Psychiatrie /Psychologie); Vorliegen einer Krankheit laut StVfG, unheilbar-tödlich od. schwer- dauerhaft anhaltendes Leiden; Aufzeigen konkreter Alternativen zum Suizid	Dokumentation über die Aufklärung
Errichtung einer Sterbeverfügung	Bei einem dazu bereiten Notariat bzw. bei einer dazu bereiten Patienten-anwaltschaft	Prüfung der ärztlichen Aufklärung + Belehrung über rechtliche Aspekte (inkl. Alternativen und rechtliche Grenzen) ggf. benannte Hilfe leistende Person; Bestätigung der Identität, Freiwilligkeit sowie der Entscheidungsfähigkeit	Erstellung einer Urkunde, die in einem Register eingetragen wird
Abgabe des Präparates	Durch eine dazu bereite öffentliche Apotheke; frühestens ab Eintragung der Sterbeverfügung im Register, spätestens 1 Jahr nach Eintragung	Präparat zur Selbsttötung: Na-Pentobarbital, Dosierung und Begleitmedikation laut ärztl. Aufklärung; Überprüfung der Sterbeverfügung und Abfrage im Register	Aushändigung des Mittel an die suizidwillige Person oder an die in der Sterbeverfügung benannte Hilfe leistende Person; Vermerk im Register
Umsetzung des Suizids	Vorsätzliche, freiwillige, unmittelbare Verursachung d. Todes durch Applikation des Präparats durch suizidwillige Person; ggf. Hilfe leistende Person ³	Einnahme der Begleitmedikation (Antiemetikum), Einnahme des Suizidmittels	Eintritt des Todes oder nicht-wirksamer Suizidversuch
Nach Eintritt des Todes	Totenbeschau durch Totenbeschau-Ärzt*in; ggf. Anordnung zur Leichenöffnung oder Obduktion	Bei Hinweisen, dass d. Tod in unmittelbarem, kausalem Zusammenhang mit Einnahme des Präparates steht: Meldung im Register	Bei Hinweis auf Rechtswidrigkeit Anzeige

³ z.B. Vorbereitung des Präparats, Bereitstellung von Räumlichkeiten

Assistierter Suizid - ein schneller und schmerzloser Tod?

Im Ministerialentwurf zum Sterbeverfügungsgesetz wird Natrium-Pentobarbital als Mittel zum Suizid angegeben. Dieses Präparat wird in der Veterinärmedizin zum Einschläfern von Tieren verwendet, in einigen Bundesstaaten der USA wird es bei Exekutionen eingesetzt und auch bei Schweizer Suizidhilfe-Organisationen kommt Pentobarbital beim assistierten Suizid zum Einsatz.

Im Zusammenhang mit dem assistiertem Suizid durch Pentobarbital wird stets vermittelt, dass der Tod komplikationslos und unmittelbar nach der Einnahme eintritt. Dies scheint jedoch keineswegs immer der Fall zu sein, daher werden in anderen Staaten, z. B. in Kanada und in Oregon zunehmend andere Präparate und auch Kombinationen verschiedener Präparate in der Suizidassistenz eingesetzt.

In Oregon erfolgten die assistierten Suizide im Jahr 2020 vorwiegend durch die Einnahme einer Kombination aus Diazepam, Digoxin, Morphinsulfat und Amitriptylin (DDMA) oder einer Kombination von Diazepam, Digoxin, Morphin Sulfat und Propranolol (DDMP). Diese Medikamenten-Kombinationen führten jedoch zu einer durchschnittlich längeren Zeitspanne von der Einnahme bis zum Eintritt des Todes. Laut Jahresbericht von 2019 dauerte der Sterbeprozess bei den 127 (68%) untersuchten Fällen von assistiertem Suizid von der Einnahme der Suizidmittel bis zum Todeseintritt von einer Minute bis zu 47 (!) Stunden (Public Health Division, 2020b).

Im Jahr 2020 konnte die Dauer bei 56 % der AS-Todesfälle, das sind 138 Personen, erhoben werden. Die Zeit von der Einnahme bis zum Versterben rangierte von 6 Minuten bis zu 8 Stunden, durchschnittlich dauerte der Sterbeprozess 50 Minuten. Seit Ende 2020 kommt vereinzelt auch DDMA mit Phenobarbital zum Einsatz, dazu liegen aber noch keine verlässlichen Daten vor (Public Health Division 2020, S.8).

Schweizer Sterbehilfeorganisationen verwenden bei der Beihilfe zum Suizid 15 g Natrium-Pentobarbital in einer wässrigen Lösung, die nach Einnahme eines Antiemetikums getrunken wird. Jürg Wiler vom Verein Exit erklärt dazu, dass Natrium-Pentobarbital "in der jahrzehntelangen Erfahrung von Exit das bestgeeignete Medikament für die Suizidhilfe" sei. Komplikationen würden "äußerst selten auftreten". Nur in wenigen Einzelfällen habe sich die Dauer vom Eintritt des Tiefschlafes bis zum Eintritt des Kreislaufstillstands gegenüber der Norm etwas verlängert⁴. Hier ist anzumerken, dass es hinsichtlich möglicherweise aufgetretener Komplikationen bei diesen Organisationen nur eine geringe Transparenz gibt.

Aus den USA, wo Pentobarbital zur Exekution von Strafgefangenen eingesetzt wird, gibt es beunruhigende Berichte. Laut Joel Zivot, Anästhesist an der Emory University School of Medicine in Atlanta, der den Einsatz von Natrium-Pentobarbital bei Hinrichtungen über Jahre untersucht hat, belegen viele der Autopsie Berichte von mehr als 200 Delinquenten ein Lungenödem. Das komme einem Tod durch Ertrinken gleich, erklärt Zivot.

⁴ Steffen Arora, Der Standard vom 12.11.2021

Die Betroffenen seien noch am Leben gewesen, als diese Ödeme auftraten. Joel Zivot⁵ geht davon aus, dass es auch bei einem assistierten Suizid mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Lungenödem kommt. In den USA stößt Zivots Forschung auf radikalen Widerstand der Befürworter des assistierten Suizids. Die besorgniserregenden Punkte, auf die Zivot hinweist, dürfen jedoch nicht einfach ignoriert werden. Wenn auch nur die geringste Möglichkeit besteht, dass das Sterben durch assistierten Suizid nicht die friedliche und schmerzlose Erfahrung ist, die ihre Anbieter versprechen, bedarf das weiterer Forschung. Zivot fordert daher bei allen Todesfällen durch assistierten Suizid eine Obduktion.

In der Schweiz, wo Suizidbeihilfe es seit vielen Jahren gesetzlich erlaubt ist, sind Obduktionen der durch assistierten Suizid Verstorbenen im Regelfall nicht vorgesehen. Georg Bosshard, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich, hat bereits 2003 die Zeitspanne zwischen der Einnahme des Barbiturats (Pentobarbital) und dem Eintreten des Todes wissenschaftlich untersucht. Bosshards Studie basiert auf 261 Fällen von Suizidbeihilfe durch Exit, bei denen das Barbiturat oral eingenommen wurde. In 70 Prozent der Fälle trat der Tod innerhalb von 30 Minuten ein. Dagegen dauerte der Tod in 4 Prozent der Fälle zwischen 1 und 2 Stunden und in weiteren 8 Prozent sogar bis zu 12 Stunden. In einem Fall konnte das Ableben des Patienten auch nach 12 Stunden nicht festgestellt werden (Bosshard et al., 2003).

Laut Bosshard fallen die Suizidwilligen innerhalb weniger Minuten in einen komatösen Zustand. Die Lähmung der Atmung führt dann zum Tod - wobei der genaue Zeitpunkt nicht vorhersehbar ist und wie Bosshard betont, kann es sehr lange dauern, bis der Tod eintritt – bis zu fast 18 Stunden (Bosshard et al., 2003). Über die Gründe für die lange Dauer zwischen der Einnahme des Medikaments und dem Eintritt des Todes können laut Bosshard bislang nur Hypothesen aufgestellt werden. Es ist möglich, dass bei Tumor-Patient*innen nur eine geringe Menge des Barbiturats im Magen-Darm-Trakt absorbiert wird. Auch könnten die Nervenzellen von Menschen, die lange Zeit Morphin einnehmen mussten, das Barbiturat langsamer aufnehmen.

Es ist allerdings unklar, ob die Suizident*innen Komplikationen wie das Entstehen eines Lungenödems wahrnehmen, aber solange nicht ohne begründeten Zweifel festgestellt werden kann, dass die Patient*innen durch den assistierten Suizid nicht zusätzlichem Leid ausgesetzt sind, muss in Frage gestellt werden, ob Natrium-Pentobarbital das geeignete Mittel dazu ist.

Darüber hinaus besteht eine Verpflichtung, die suizidwilligen Patient*innen darüber zu informieren, dass der Sterbeprozess bei assistiertem Suizid nicht garantiert kurz und schmerzlos ist. Es ist wichtig, den Patient*innen alle Informationen transparent zur Verfügung zu stellen.

Da das österreichische Sterbeverfügungsgesetz vorsieht, dass die Suizidassistenz im privaten Umfeld und wohl meist ohne ärztliche Präsenz erfolgen soll, ergibt sich auch die Frage, wo Angehörige bei Auftreten von Komplikationen, wie etwa einem derart verlängerten Sterbeprozess Hilfe und Unterstützung bekommen.

⁵ <https://spectatorworld.com/topic/last-rights-assisted-suicide-is-neither-painless-nor-dignified/>

Zu empfehlen ist eine offene Kommunikation darüber mit den Patient*innen und ihren Angehörigen im Vorfeld, die Erstellung einer verbindlichen Patientenverfügung und eines vorausschauenden Krisenplanes – auch für eventuell hinzugezogene Notärzt*innen.

Palliative Care- und assistierter Suizid

Palliative Care und Assistierter Suizid bzw. Tötung auf Verlangen stehen im direkten Widerspruch zueinander, was sich auch in der WHO-Definition von Palliative Care widerspiegelt. Im EAPC – Positionspapier wird betont, dass Euthanasie und ärztlich unterstützter Suizid nicht Bestandteil der Praxis von Palliative Care sind (Radbruch et al., 2016). Die Unvereinbarkeit von Palliative Care und Suizidassistenz wird von nahezu allen internationalen Hospiz- und Palliative Care-Organisationen und vielen in der Palliative Care Tätigen bestätigt.

Die legale Möglichkeit einer Suizidassistenz stellt einen Paradigmenwechsel dar und sie wird auch die Praxis von Palliative Care und Hospizarbeit beeinflussen. Bereits seit der Ankündigung der Legalisierung der Suizidhilfe zeigt sich, dass die Möglichkeit eines assistierten Suizides in vielen Gesprächen mit Patient*innen implizit oder explizit präsent ist. Es wird daher nötig sein, einen eventuellen Suizidwunsch proaktiv anzusprechen, ähnlich wie mögliche Sterbewünsche erhoben werden (Preston, 2019). Diese Gespräche können das Vertrauen der Patienten und Patientinnen stärken und damit auch einem Suizidwunsch entgegenwirken (Porta-Sales et al., 2019).

Ein Abbruch der Betreuung aufgrund der Tatsache, dass sich ein Patient bzw. eine Patientin für einen assistierten Suizid entscheidet, würde jeder Palliative Care-Haltung widersprechen. Es wird aber zumindest in jenen Fällen Überschneidungen von Palliative Care und Suizidassistenz geben, in denen es um Patient*innen geht, sie sich bereits in Betreuung eines Palliative Care-Teams befinden. In diesen Situationen bedarf es einer besonders sorgfältigen Klärung der Aufgaben des Palliative Care-Teams. Wird ein Sterbe- oder Suizidwunsch geäußert, gilt es zunächst, den Hintergrund dieses Wunsches zu ergründen, ohne den Suizidwunsch reflexartig abzulehnen.

Es ist nicht Aufgabe von Palliative Care, einen assistierten Suizid zu verhindern oder Patient*innen davon abzubringen. Eine ergebnisoffene Beratung durch das betreuende Team könnte aber gewährleisten, dass die Entscheidung zu einem assistierten Suizid nicht unter Druck getroffen wird und auch, dass zuvor alle anderen Optionen ausgeschöpft werden. Patient*innen müssen darauf vertrauen können, dass sie auch bei einem Wunsch nach assistiertem Suizid nicht von der Palliativversorgung ausgeschlossen werden (Munro et al., 2020, S. 839). Es bedarf jedoch einer klaren und unmissverständlichen Positionierung des betreuenden Palliative Care-Teams, dass keine direkte Beihilfe beim Suizid geleistet werden kann.

Entscheidet sich ein Patient bzw. eine Patientin in letzter Konsequenz für einen assistierten Suizid, ist es ethisch geboten, die umfassende Palliative Care-Betreuung und die Unterstützung der Angehörigen bis zur Umsetzung des Suizides aufrecht zu erhalten. Auch die Nachbetreuung der Angehörigen sollte durch das Palliative Care-Team erfolgen, nicht zuletzt im Sinne einer Prävention.

Eine Integration der Suizidassistentz in die Palliative Care ist in Österreich aus heutiger Sicht nicht vorstellbar. Überschneidungen ergeben sich naturgemäß aber schon dadurch, dass es in der Palliative Care und beim Wunsch nach Suizid- Beihilfe oft um dieselben Patient*innen geht. Im Interesse der Patient*innen ist daher eine gewisse Kooperation, zumindest aber eine enge Abstimmung mit den Anbietenden von Suizidassistentz erforderlich (Antonacci et al., 2019).

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass sich nach einer entsprechenden Beratung Palliative Care oft als gute Alternative zum assistierten Suizid erweist. Dabei ist wichtig, dass dem Wunsch nach Suizidassistentz, wie jedem Sterbewunsch, respektvoll und nicht wertend begegnet wird, darauf weist auch die EAPC explizit hin.

Ein Ansuchen um Beihilfe zum Suizid erfordert Respekt, sorgfältige Aufmerksamkeit und eine offene und sensible Kommunikation. Patient*innen mit einem Wunsch nach Suizidassistentz bedürfen nicht nur einer bestmöglichen Symptomlinderung, sondern auch einer speziellen psychosozialen und spirituellen Unterstützung, basierend auf individuellem Respekt und Verständnis für ihre verzweifelte Situation (Radbruch et al., 2016, S. 114).

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 10–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.

Literatur

- Antonacci, R., Baxter, S., Henderson, J. D., Mirza, R. M., & Klinger, C. A. (2019). Hospice Palliative Care (HPC) and Medical Assistance in Dying (MAiD): Results From a Canada-Wide Survey. *Journal of Palliative Care*, 082585971986554. <https://doi.org/10.1177/0825859719865548>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., ... Voltz, R. (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PLOS ONE*, 11(1), e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Bosshard, G., Ulrich, E., & Bär, W. (2003). 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Medical Weekly*, 133(21–22), 310–317. <https://doi.org/2003/21/smw-10212>
- Bozzaro, C. (2015). Ärztlich assistierter Suizid: Kann „unerträgliches Leiden“ ein Kriterium sein? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(02), 131–134. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100030>
- Chochinov, H. M., Hassard, T., McClement, S., Hack, T., Kristjanson, L. J., Harlos, M., Sinclair, S., & Murray, A. (2009). The Landscape of Distress in the Terminally Ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 641–649. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.021>
- Chochinov, H. M., Kristjanson, L. J., Hack, T. F., Hassard, T., McClement, S., & Harlos, M. (2007). Burden to others and the terminally ill. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(5), 463–471. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.12.012>
- Feichtner, A. (2018). *Palliativpflege für Pflege- und andere Gesundheitsberufe* (5., überarbeitete und erweiterte Auflage). Facultas.
- Gaignard, M.-E., & Hurst, S. (2019). A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0367-9>
- Hilpert, K., & Sautermeister, J. (Hrsg.). (2015). *Selbstbestimmung, auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*. Herder.
- Kissane, D. W., Clarke, D. M., & Street, A. F. (2001). Demoralization Syndrome—A Relevant Psychiatric Diagnosis for Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 12–21. <https://doi.org/10.1177/082585970101700103>
- Kremeike, K., Pralong, A., Boström, K., Bausewein, C., Simon, S. T., Lindner, R., & Voltz, R. (2021). ‘Desire to Die’ in palliative care patients—Legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3594–3610. <https://doi.org/10.21037/apm-20-381>
- Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). (Hrsg.). (2020). *Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*.
- Lindner, R. (2006). *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie: Eine systematische qualitative Untersuchung* (Originalausg.). Psychosozial-Verl.
- Munro, C., Romanova, A., Webber, C., Kekewich, M., Richard, R., & Tanuseputro, P. (2020). Involvement of palliative care in patients requesting medical assistance in dying. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 66(11), 833–842.
- Nuhn, A., Holmes, S., Kelly, M., Just, A., Shaw, J., & Wiebe, E. (2018). Experiences and perspectives of people who pursued medical assistance in dying: Qualitative study in Vancouver, BC. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 64(9), e380–e386.

- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: Reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
- Ohnsorge, K., Rehmann-Sutter, C., Streeck, N., & Gudat, H. (2019). Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. *PLOS ONE*, 14(1), e0210784. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784>
- Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention - ÖGS (Hrsg.). (o. J.). *Gatekeeper der Suizidprävention*. <https://suizidpraevention-gatekeeper.at>
- Pöldinger, W. (1982). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In C. Reimer (Hrsg.), *Suizid* (S. 13–23). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-68093-9_2
- Porta-Sales, J., Crespo, I., Monforte-Royo, C., Marín, M., Abenia-Chavarria, S., & Balaguer, A. (2019). The clinical evaluation of the wish to hasten death is not upsetting for advanced cancer patients: A cross-sectional study. *Palliative Medicine*, 33(6), 570–577. <https://doi.org/10.1177/0269216318824526>
- Preston, N. (2019). How should palliative care respond to increasing legislation for assisted dying? *Palliative Medicine*, 33(6), 559–561. <https://doi.org/10.1177/0269216319848223>
- Public Health Division, Center for Health Statistics. (2020a). *Oregon Death with Dignity Act 2020*.
- Public Health Division, Center for Health Statistics. (2020b). *Oregon Deathwith Dignity Act -2019 Data Summary*. <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/ar-index.aspx>
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., Vanden Berghe, P., & on behalf of the board members of the EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Ringel, E. (1997). *Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung: Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern* (6. Aufl.). Verlag Dietmar Kotz GmbH.
- Royal College of Nursing. (2016). *When Someone Asks For Your Assistance To Die—RCN guidance on responding to a request to hasten death 2nd edition*.
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung: Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen*. UTB.
- Sperling, U., Thüler, C., Burkhardt, H., & Gladisch R. (2009). Äußerungen eines Todesverlangens – Suizidalität in einer geriatrischen Population. *Suizidprophylaxe*, 36, 29–35.
- Zimmermann-Acklin, M. (2009). *Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid*. 55(3/2009), 221-233.