

Anästhesie Nachr 2023 · 5:53–55
<https://doi.org/10.1007/s44179-022-00124-9>
 Angenommen: 22. Dezember 2022
 Online publiziert: 30. Januar 2023
 © Der/die Autor(en) 2023



Assistierter Suizid für Patient:innen mit Krebserkrankungen

Herbert Watzke^{1,2}

¹ AG „Ethik in Palliative Care“, Österreichische Palliativgesellschaft, Wien, Österreich

² Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

In Diskussionen hinsichtlich der Einführung eines assistierten Suizids (AS) in Österreich wurde von deren Befürwortern in den letzten Jahren immer wieder gerade auf Patient:innen mit unheilbaren Krebserkrankungen hingewiesen, die angesichts unter Umständen nicht ausreichend wirksamer Schmerztherapien unerträgliches Leid erfahren müssten. Diese Sorge hinsichtlich eines krankheitsbedingten Leids am Lebensende war gemäß mehrerer Umfragen, die in Österreich zu diesem Thema gemacht wurden, bei zwei Drittel der Österreicher:innen der Hauptgrund, um sich für die Einführung eines AS in Österreich auszusprechen. Zweitwichtigster Grund, sich für den AS auszusprechen, ist jener, angesichts krankheitsbedingter Hilfsbedürftigkeit anderen Menschen nicht zur Last fallen zu wollen.

Häufigkeit der Suizide von Krebspatient:innen

Dass die oben genannten – und situativ wohl auch andere Faktoren – bei Krebspatient:innen den Wunsch zu sterben entstehen lassen können, zeigt eine rezente Untersuchung einer Forschungsgruppe aus Heidelberg zur Suizidalität von Patient:innen mit Krebserkrankungen [1]. Die Autoren der Studie fanden auf der Basis einer Metaanalyse von 28 zu diesem Thema publizierten Studien mit einer Gesamtzahl von 24 Mio. Krebspatient:innen eine statistisch signifikante, insgesamt doppelt so hohe Suizidrate im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung. Risikofaktoren für den Suizid waren dabei eine ungünstige Prognose der Krebserkrankungen (5faches Risiko), ein fortgeschrittenes Krebsstadium

und der Zeitraum der ersten 12 Monate nach der Krebsdiagnose. In Beziehung lebende Patient:innen hatten ein geringeres Risiko als alleinlebende. Die Autoren berichten weiter, dass viele Patient:innen nicht depressiv im engeren Sinn, sondern mit konkreter Angst vor Leid und Siechtum behaftet waren.

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 AS oft als einziger Ausweg.

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 [2].

Äußern schwerkranke oder sterbende Patient:innen, insbesondere in der palliativen Situation, einen Sterbewunsch, sollten Ärzt:innen mit ihnen empathisch und wertfrei über Ausprägung und Hintergründe dieses Wunsches sprechen und dies dokumentieren. Insbesondere wenn die Situation von den Patient:innen als sehr



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

belastend und dauerhaft erlebt wird bzw. diese mit einem hohen Handlungsdruck, den Todeswunsch umzusetzen, verbunden ist, müssen Ärzt:innen gemeinsam mit den Patient:innen nach Lösungen suchen, etwa wie ein unerträglich erlebtes Leid oder auch die Befürchtung, anderen Personen zur Last zu fallen, gemindert oder gelöst werden können. Dies kann in End-of-life-Situationen letztlich auch durch Therapiebegrenzung, wie den freiwilligen Verzicht auf Antibiotika im Fall einer Infektion, den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und schließlich – in Situationen eines unerträglichen Leidens – auch durch eine Zustimmung zu einer palliativen Sedierungstherapie erfolgen [2].

Suizidpräventive Verhaltensweisen

In der Suizidprävention ist die Bereitschaft zur Kontaktaufnahme und zur verständnisvollen, partnerschaftlichen Haltung ohne objektivierende Distanz notwendig. Onkolog:innen gelten dabei aufgrund ihrer beruflichen Situation als Schlüsselpersonen mit der Aufgabe, als Gatekeeper der Suizidprävention zu wirken. Dabei gilt es, an einen möglicherweise bevorstehenden Suizid zu denken, danach zu fragen und darüber mit den Patient:innen zu sprechen (die drei „d“).

Ängste, man könne damit Patient:innen erst auf die Idee eines Suizids bringen, sind völlig unbegründet. Vielmehr wissen betroffene Patient:innen oft 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 entgegengewirkt werden [3].

Wie in den Erläuterungen zur Regierungsvorlage über das Sterbeverfügungsgesetz 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 [4].

Professionelle Reaktionen auf Äußerungen eines Sterbewunsches

- *Wahrnehmen und erkennen:* Äußerungen eines Sterbewunsches müssen von den Betreuenden erkannt und respektvoll anerkannt werden.
- *Verstehen:* Damit ist ein Verständnis des Sterbewunsches vor dem Hintergrund der medizinischen, psychischen und sozialen Situation, der Persönlichkeit und der Lebenserfahrungen der Patient:innen verbunden. Es geht um die empathische Begleitung durch die Betreuenden, um einen bedeutungsfindenden Prozess der Patient:innen, gegebenenfalls auch unter Einbezug der Angehörigen.
- *Kompetente Unterstützung:* Es ist Aufgabe des Gesundheitspersonals, Patient:innen zu begleiten. Das bedeutet nicht zwangsläufig das Ergreifen von direkten Maßnahmen, sondern womöglich „nur“ das Mitaushalten des Leidens, 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-soziale-spirituelle Interventionen gelindert werden [2].

Mit dem Inkrafttreten des Sterbeverfügungsgesetzes (StVfG) am 01.01.2022, das Patient:innen mit einer zum Tod führenden Krebserkrankung die Durchführung eines AS ermöglicht, sind auch Ärzt:innen vor neue Herausforderungen in der Betreuung dieser Patient:innen gestellt. Diese sind nicht nur von großer klinisch-praktischer Relevanz, sondern werfen auch weitreichende Fragen zur ethischen, juristischen und praktisch-ärztlichen Handlungsweise auf.

Gesetzliche Grundlagen

Eine Sterbeverfügung auf Basis einer Krebserkrankung kann laut StVfG nur eine volljährige Person errichten, die an einer unheilbaren Krebserkrankung leidet. Die Unheilbarkeit der Krebserkrankung ist nach dem Stand der Wissenschaft zum Zeitpunkt der Durchführung der ärztlichen Aufklärung zu beurteilen, wobei nur für

die sterbewillige Person realistisch verfügbare Behandlungen in die Beurteilung einzubeziehen sind. Die Krebserkrankung muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Tod der sterbewilligen Person führen und für den voraussichtlichen Todeseintritt überwiegend kausal sein.

Im Gegensatz zu Sterbehilfegesetzen anderer Länder, in denen der AS erst dann erlaubt ist, wenn nur noch eine begrenzte Lebenserwartung vorliegt, hat der Gesetzgeber in Österreich auf eine derartige Einschränkung verzichtet, wohl, weil jedwedes Ausmaß einer vorgegebenen verbleibenden Lebenszeit nicht verlässlich genug eingeschätzt werden kann. Auch die Schwere des Leidenszustandes der suizidwilligen Person ist in diesem Kontext irrelevant.

Aufklärung: Der Errichtung einer Sterbeverfügung hat eine Aufklärung durch zwei ärztliche Personen voranzugehen, von denen zumindest eine über eine palliativmedizinische Qualifikation verfügt (Mindesterfordernis für Letzteres: Palliativdiplom der Österreichischen Ärztekammer, ÖÄK). Beide Ärzt:innen müssen unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat.

Die Aufklärung hat zumindest folgende Inhalte zu umfassen:

- die im konkreten Fall möglichen Behandlungs- oder Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen,
- einen Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder auf andere Vorsorgeinstrumente wie die Vorsorgevollmacht und den Vorsorgedialog,
- die Dosierung und Einnahme des Präparats sowie die Auswirkungen des Präparats und der für die Verträglichkeit des Präparats notwendigen Begleitmedikation,
- einen Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung
- einen Hinweis auf allfällige weitere, im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote.

Die beiden aufklärenden Ärzt:innen bestätigen die Aufklärung über jene Themen, die sie mit den Patient:innen besprochen haben, in einer elektronischen, zentral verwalteten Krankenakte. Sie leisten durch diese Handlungen keine Hilfe beim Sterben, dürfen aber auch nicht beim Suizid als hilfeleistende Person fungieren. Bestehen Zweifel darüber, ob der Sterbewunsch in einer krankheitswertigen psychischen Störung begründet liegt, die die Entscheidungsfähigkeit ausschließt, so soll zusätzlich eine Abklärung durch Psychiater:innen oder klinische Psycholog:innen erfolgen.

Es besteht keinerlei Verpflichtung von Ärzt:innen, an diesem Prozess teilzunehmen.

Konkrete Ausführung des lebensbeendenden Entschlusses

Die Sterbeverfügung selbst wird vor einem Notar errichtet, der auch die Vollständigkeit aller Unterlagen bestätigen muss. Liegt diese vor, kann der AS frühestens 12 Wochen nach dem ersten Aufklärungsgespräch stattfinden. Bei Krebspatient:innen mit einer verbleibenden Lebenszeit von weniger als sechs Monaten kann dieser bereits zwei Wochen nach dem Erstgespräch erfolgen.

Die tödliche Substanz (Pentobarbital) wird der suizidwilligen Person von Apotheken ausgehändigt, kann aber auch von dieser zugestellt werden.

Der AS selbst, bei dem Patient:innen die tödliche Substanz *ohne jede Hilfe anderer Personen (!!!)* in den Mund einbringen und schlucken müssen, soll in einem privaten Rahmen erfolgen. Der Gesetzesentwurf sieht von einer Institutionalisierung der Suizidassistenz in Form staatlicher Einrichtungen oder „Suizidstationen“ ebenso ab wie von der Überwälzung dieser Aufgabe ausschließlich an die Ärzteschaft oder der Einrichtung eines Berufsbildes von professionellen Suizidassistent:innen oder einer Suizidorganisation.

Die beim Suizid hilfeleistende Person muss volljährige und entscheidungsfähig sein und eine natürliche oder juristische Person, die freiwillig bereit ist, die sterbewillige Person bei der Durchführung der lebensbeendenden Maßnahme zu unterstützen. Diese Befugnis wird damit nicht auf bestimmte Organisationen, auf Ange-

hörige bestimmter Berufsgruppen (etwa Ärzt:innen) oder auf bestimmte Personen (etwa nahe Angehörige der sterbewilligen Person) eingeschränkt.

» Ziel im Umgang mit Sterbewünschen: wahrnehmen und erkennen, verstehen, kompetent unterstützen

Weil es im Rahmen des AS zu Komplikationen kommen kann (z. B. Erbrechen, Aspiration), ist die zusätzliche Errichtung einer Patientenverfügung sinnvoll, in der die von den Patient:innen gewünschte Vorgangsweise festgelegt ist: Maßnahmen zur Lebenserhaltung oder keine lebenserhaltenden Maßnahmen sondern Comfort Terminal Care.

Korrespondenzadresse



Univ.-Prof. em. Dr. Herbert Watzke
AG „Ethik in Palliative Care“, Österreichische Palliativgesellschaft
Wien, Österreich
herbert.watzke@meduniwien.ac.at

Funding. Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

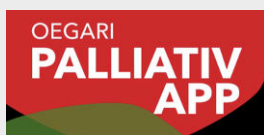
Literatur

1. Heinrich M, et al. Häufigkeit von Suiziden bei Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen. *Nat Med.* 2022;28:852–9.
2. Feichtner A. In: Handreichung Österreichische Palliativgesellschaft. 2022. <https://www.opg.at>.
3. Österreichische Gesellschaft für Suizidprävention zum Urteil des VfGH zum AS. Assistierter Suizid. 2020.
4. Sterbehilfegesetz; ErlRV 1177 der Beilagen XXVII

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



Palliativ-App



Um Problemsituationen im Palliativbereich rasch überblicken zu können, hat die der Arbeitsgruppe Palliativmedizin der ÖGARI eine neue Palliativ-App entwickelt. Mit einem Einstieg am Mobiltelefon sind die übersichtlich zusammengestellten Informationen zu gängigen Problemstellungen aus sieben ausgewählten Indikationen wie Angst, Atemnot, Delir, Fatigue, Inappetenz und Kachexie, wie Obstipation zugänglich. Alle diese sieben Problemfelder sind nach gleichem Muster aufgebaut, das ermöglicht einen besseren und rascheren Überblick zur jeweiligen Problemlage. Die Applikation steht in den herkömmlichen App-Stores als Download zur Verfügung.