



# Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende

Barbara Friesenecker · Judith Stadlinger

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

in Österreich nach Inkrafttreten des neuen Sterbeverfügungsgesetzes (SVG) seit 1. Jänner 2022 straffrei [1–4]. Dritte dürfen einer entscheidungsfähigen, volljährigen Person bei der Durchführung eines AS helfen. Die Verleitung zum Suizid und die Tötung auf Verlangen bleiben weiterhin strafbar. Beihilfe zum AS ist freiwillig und es darf der dritten, Hilfe leistenden Person – wie auch bei Verweigerung der Beihilfe – kein Nachteil entstehen. Aufklärende und dokumentierende Personen dürfen nicht ident mit hilfeleistenden Personen sein. Um einen AS gesetzeskonform durchzuführen, muss eine Sterbeverfügung (SV) errichtet werden. Die gleichzeitige Errichtung einer Patientenverfügung (PV) zum Ausschluss einer kardiopulmonalen Reanimation (CPR) wird empfohlen. Die SV muss persönlich vor einer/einem Notar\*in oder Patientenadvokant\*in errichtet werden. Voraussetzung dafür ist eine unheilbare, zum Tode führende oder eine andere schwere, dauerhafte Erkrankung, die mit einem nicht anders abwendbaren (subjektiven) Leidenszustand verbunden ist.

## Falldarstellung

Juni 2022: Ein sterbewilliger, 75-jähriger Mann litt seit einem Jahr an einem exulzierenden Nasopharynx tumor. Die Nase war wegen unkontrolliert abfließenden Eiters und rezidivierenden starken Nasenblutens tamponiert. Durch Schluckschwierigkeiten konnte der Patient nicht mehr gut essen/trinken. Schmerzen und die belastende lokale und generelle Situation (soziale Vereinsamung) durch den fortschreitenden, entstellenden und übelriechenden Tumor waren für ihn nicht mehr akzeptabel. Nach einem guten und schönen Leben war er entschlossen, den AS im

Beisein seiner Angehörigen durchzuführen und hat alles selbst akribisch geplant: Er hatte eine Sterbeverfügung sowie eine verbindliche Patientenverfügung, in der er eine CPR ablehnte. Er hatte für den Sterbetag eine Unterlage für sein Bett organisiert, um „nichts schmutzig zu machen“ im Falle von Harn- oder Stuhlabgang. Das Präparat hatte er aus der Apotheke geholt und zu Hause sicher verwahrt. Die Angehörigen waren über den geplanten AS informiert und mit der Begleitung einverstanden. Sie hatten Angst, „dass etwas schief gehen könnte“. Der die Sterbeverfügung ausstellende Hausarzt hätte aus rechtlichen (und zeitlichen) Gründen die Sterbesituation nicht begleiten können. Daher hat die Tochter ihre beste Freundin, eine Intensivpflegeperson (IPP) gebeten, den AS ihres Vaters als „Person mit Fachkenntnis“ zu begleiten. Die IPP wollte diesen Wunsch ihrer besten Freundin nicht abschlagen, war aber sehr gestresst ob dieser außergewöhnlichen Sterbesituation, für die sie auch nach langjährigem Arbeiten auf einer Intensivstation, wo sie viele sterbende Personen begleitet hatte, keine Routine und keine Anleitung/Schulung hatte. Sie hatte Zweifel, ob und wie sie im Falle von Komplikationen helfen könne. Es waren ihr rechtlich die Hände gebunden (z. B. Leitung legen und etwas nachspritzen etc. ist verboten, da Tötung auf Verlangen) und sie würde hilflos zusehen müssen, wie sich der Patient quält, Hilfe rufen müssen – wen und wie? Sie fühlte sich überfordert, diese Krisensituation souverän begleiten zu können, die völlig im Widerspruch zu der sonst „sicheren“ Sterbesituation im Setting einer Intensivstation war. Sie fürchtete sich auch vor einer schwer handelbaren Stressreak-

Beihilfe zum assistierten Suizid (AS) ist



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

tion der Familienmitglieder im Falle eines qualvollen Sterbeprozesses.

Im Telefonat mit der Autorin dieses Case Reports wurden die Möglichkeiten des Komplikationsmanagements besprochen: Notärzt\*in rufen zur Symptomkontrolle, nicht zur CPR (Sterbeverfügung/Patientenverfügung bereithalten), Patienten ausschließlich zur Comfort Terminal Care (CTC) ins Krankenhaus mitnehmen. Am Sterbetag bat der Patient die IPP um Entfernung der Nasentamponade, um besser trinken/schlucken zu können, und trank dann zügig 15 g Na-Pentobarbital, bemerkte noch, dass der „Trank gar nicht so schlecht sei, ein wenig bitter – wie ein Aperitif“ und „dass er merke, wie Müdigkeit jetzt komme...“. Zur großen Erleichterung aller begleitenden Personen verstarb er friedlich ca. 5 min nach Einnahme des Präparates ohne Angst, Stress oder Atemnot.

### Diskussion

Der Patient hatte nach einjähriger Leidensgeschichte mit absehbarer Verschlechterung seiner Lebensqualität einen klaren Sterbewunsch. Er konnte seine Familie von der Richtigkeit dieses Handelns überzeugen – alle waren supportiv, trotz einer erheblichen Unsicherheit, dass eventuell „etwas schief gehen könne“. Die um Hilfe gebetene Freundin der Tochter, eine IPP, hatte Angst davor, bei auftretenden belastenden Symptomen nicht helfen zu können – eine Situation, in der sowohl Angehörige als auch nichtärztliche Medical Professionals im häuslichen Umfeld zunächst völlig hilflos sind, was massiven Stress verursacht, wobei dies das vom Gesetzgeber vorgesehene Setting ist!

Die meisten Medical Professionals sind derzeit nicht geschult und wissen nicht, wie sie sich bei einem AS korrekt verhalten sollen. Auch Notärzt\*innen wissen meist nicht, wie sie mit dieser Sterbesituation im häuslichen Umfeld umgehen sollen – und beginnen eine Reanimation? Dass eine verbindliche Patientenverfügung gemacht werden sollte, ist nicht allen Sterbewilligen klar. Sollte die Notärztin/der Notarzt sich dazu entschließen, den/die Patient\*in ins Krankenhaus zu bringen, da das Ende des Sterbeprozesses nicht absehbar ist und der/die Patient\*in asphyktisch nicht

daheimbleiben kann, ist die Übernahme eines AS zur CTC auf eine Normalstation sicher nicht geübte Routine für eine Notaufnahme/Normalstation und der/die Patient\*in kommt reanimiert mit Tubus auf die Intensivstation?

Was tun, wenn die/der Sterbewillige erbricht, sich beim Trinken verschluckt oder nicht alles schnell genug trinken kann und vorher „einschläft“, dann aber nicht stirbt? Was tun, wenn der Sterbeprozess nicht schnell und unkompliziert eintritt und die/der Patient\*in über Stunden mit Schnappatmung/Atemnot daliegt, was die Angehörigen ängstigt – bis hin zu einem posttraumatischen Stresssyndrom [5, 6]?

Es ist dringend notwendig, alle möglicherweise an der Betreuung eines AS beteiligten Medical Professionals zu schulen: niedergelassene und Krankenhaus-Ärzt\*innen, Notärzt\*innen und Pflegepersonen. Es wird zukünftig passieren, dass Patient\*innen mit einem kompliziert verlaufenden AS ins Krankenhaus gebracht werden oder Patient\*innen einen AS im Krankenhaus mit oder ohne Information der Behandler\*innen begehen. Im Krankenhaus sollte die Strategie für alle Medical Professionals klar sein – sterbewillige Personen samt Angehörigen im Rahmen einer Comfort Terminal Care beim Sterben begleiten – auch wenn die meisten österreichischen Krankenhäuser die Durchführung eines AS nicht in ihrem Leistungsspektrum haben. Alle Medical Professionals müssen dringend im Umgang mit sterbewilligen Personen geschult werden, damit alle zukünftig professionell mit einem AS umgehen können.

### Fazit

Bei den meisten Medical Professionals besteht größte Unsicherheit im Umgang mit einem AS, sowohl in der Peripherie als auch im Krankenhaus. Mit Inkrafttreten des Gesetzes war niemand ausreichend informiert und viele Medical Professionals geben Unsicherheit und Angst vor der kommenden Situation an (siehe dazu auch Artikel: „Grauzonen machen mir Angst: Stimmen zum assistierten Suizid“ in der vergangenen Ausgabe der ANÄSTHESIE NACHRICHTEN [7]).

Die ARGE Ethik der ÖGARI führt als ersten Schritt derzeit eine „informativ Umfra-

ge“ zum AS unter den eigenen und Mitgliedern der österreichischen Palliativgesellschaft durch und wird in den ANÄSTHESIE NACHRICHTEN (Ausgabe 1/2023) eine DFP-Fortbildung zum Thema als Hilfestellung für den Umgang mit einem AS für alle Medical Professionals veröffentlichen.

### Korrespondenzadresse



© Privat

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

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

**Interessenkonflikt.** B. Friesenecker und J. Stadlinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

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

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

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

### Literatur

1. Sterbeverfügungsgesetz. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnor>

- men&Gesetzesnummer=20011782. Zugegriffen: Juli 2022.
2. . [https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I\\_01177/index.shtml](https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/I/I_01177/index.shtml). Zugegriffen: Juli 2022.
  3. Präparateverordnung. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011789>. Zugegriffen: Juli 2022.
  4. Halmich M. <https://www.educa-verlag.at/produkt/sterbeverfuegungsgesetz-kommentar/>. Zugegriffen: Juli 2022.
  5. Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. *N Engl J Med.* 2000;342(8):551–6.
  6. Harty C, Chaput AJ, Trouton K, et al. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. *Can J Anaesth.* 2019;66(9):1106–11.
  7. ANÄSTHESIE NACHRICHTEN. „Grauzonen machen mir Angst“: Stimmen zum assistierten. Suizid. 2022;2:126–30. <https://doi.org/10.1007/s44179-022-00045-7>.

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