



Wege zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben



Stiftung wozz





© Stiftung w o z z , 2008
Erste Ausgabe (*niederländisch*), w o z z , Delft 2003 (vergriffen)
Zweite erweiterte Ausgabe (*englisch*), w o z z , Delft 2006 (vergriffen)
Dritte erweiterte Ausgabe (*niederländisch*), w o z z , Amsterdam, März 2008

Vierte überarbeitete Ausgabe (*deutsch*), w o z z , Amsterdam, 2008
Übersetzung aus dem Niederländischen: Bettina Baltschev und Ilse Hesper
Erste Auflage, Juli 2008
Zweite verbesserte Auflage, Dezember 2008

ISBN/EAN 978 90 78581 03 1

Lay-out: Gerrit Vroon
Druck: Wilco
Einbindung: van de Burg

Alle Rechte vorbehalten. Weitergabe und Vervielfältigung dieser Publikation oder von Teilen daraus sind, zu welchem Zweck und in welcher Form auch immer, ohne die ausdrückliche schriftliche Genehmigung der Herausgeber nicht gestattet.

Abbildung Umschlag: Euonymus europaeus (Pfaffenkäppchen)





Wege zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben

Dr. med. Pieter Admiraal
*Anästhesist im Ruhestand und Mitglied des Komitees
für Ärztliche Tötung auf Verlangen
der Königlich Niederländischen Gesellschaft für Pharmazie (KNMP)*

Dr. med. Boudewijn Chabot PhD in med. Soziologie
Psychiater und Wissenschaftler im Bereich des selbstbestimmten Sterbens

Russel D. Ogden MA
*Kriminologe in Vancouver und
Wissenschaftler im Bereich des selbstbestimmten Sterbens*

Arie van Loenen
Krankenhausapotheker und klinischer Pharmakologe

Dr. Ed Pennings
Biochemiker und medizinischer Toxikologe

Veröffentlichung der Stiftung wozz,
Stiftung zur Erforschung eines humanen,
selbstbestimmten Sterbens
(niederländisch: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek
Zorgvuldige Zelfdoding, wozz)





Der Vorstand der woZZ

Dr. med. Pieter V. Admiraal, Vorsitzender

*Frau Pam de Soete, Schriftführerin. Krankenpflegerin, ehemaliges
Vorstandsmitglied der Nationalen Vereinigung von Hausärzten (LHV)
und Vorstandsmitglied der Abteilung Geistige Gesundheitsfürsorge der
Amsterdamer Patienten- und Konsumentenplattform.*

*Dr. med. Joop Stam, Schatzmeister. Allgemeinmediziner und ehemaliges
Mitglied des Führungsstabes der Berufsausbildung für Hausärzte, Freie
Universität Amsterdam*

*Dr. med. Boudewijn Chabot, Schriftführer der Arbeitsgruppe für die
Veröffentlichungen der woZZ*

Russel D. Ogden, Mitglied für Kanada und die USA

Der Beirat der woZZ (als Privatpersonen, in alphabetischer Reihenfolge)

*Frau Prof. Dr. phil. Inez de Beaufort, Professorin für medizinische Ethik,
Erasmus Universität Rotterdam*

*Dr. med. Theo van Berkestijn, ehemaliger Generalsekretär des Königlich
Niederländischen Ärzteverbandes (KNMG)*

*Prof. Dr. med. Emiel van der Does, emeritierter Professor der Allgemein-
medizin, Erasmus Universität Rotterdam*

*Prof. Dr. Jon H. Glerum, emeritierter Professor für klinische Pharmazie und
Krankenhausapotheker, Universität Utrecht*

*Prof. Dr. iur. John Griffiths, emeritierter Professor für Rechtssoziologie,
Universität Groningen*

*Dr. med. Jannes H. Mulder, Onkologe und Spezialist im Bereich der
palliativen Pflege, im Ruhestand*





Inhalt

DANKSAGUNG UND VERBESSERUNGEN 7

KAPITEL 1 *Grundsätzliches zu diesem Buch*

5

- 1.1 Zur dringenden Beachtung 9
- 1.2 Für wen ist dieses Buch geschrieben? 10
- 1.3 Kriterien einer sorgsam geplanten, würdigen Lebensbeendung 12
- 1.4 Verschiedene Wege für ein Sterben in Würde 14
- 1.5 Die Lücke, die dieses Buch schließt 20
- 1.6 Zusammenfassung des Inhalts 21

KAPITEL 2 *Lebensbeendung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit*

- 2.1 Der Verlauf 24
- 2.2 Varianten des Verlaufs bei unterschiedlichen Gruppen 26
- 2.3 Erkenntnisse aus der Forschung in den Niederlanden 28
- 2.4 Die Mundpflege 30
- 2.5 Die Pflege und palliative Begleitung 34
- 2.6 Die Dauer 36
- 2.7 Zusammenfassung der Maßnahmen, die den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit erträglich machen 38
- 2.8 Zwei Beispiele aus der Praxis 42
 - 2.8.1 Frau B. 42
 - 2.8.2 Frau G. 45
- 2.9 Checkliste für die Lebensbeendung in eigener Umgebung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit 50

KAPITEL 3 *Freiwillig mit einer Kombination von Medikamenten aus dem Leben gehen – grundsätzliche Ausführungen zu den in Kapitel 4 beschriebenen Medikamenten* 51

- 3.1 Nur wenige Medikamente sind gleichzeitig wirkungsvoll und human 52
- 3.2 Die Vorbereitungsphase: was man tun und wissen sollte 54
- 3.3 Die finale Phase: was man tun und wissen sollte 66
- 3.4 Medikamente kaufen und sammeln 71
- 3.5 Anonyme Meldung von Sterbefällen 75





KAPITEL 4 *Medikamente, die in Kombination mit Schlafmitteln zu einem humanen Sterben führen*

- 4.1 Opiate 76
- 4.2 Chloroquin 85
- 4.3 Trizyklische Antidepressiva 90
- 6 4.4 Barbiturate 93

KAPITEL 5 *Beihilfe zur Selbsttötung und ärztliche Tötung auf Verlangen: Erfahrungen in der Schweiz, Oregon (USA), den Niederlanden und Belgien*

- 5.1 Einleitung 99
- 5.2 Lebensbeendung durch oral eingenommene Barbiturate in Anwesenheit eines ehrenamtlichen Sterbehelfers oder eines Arztes 100
- 5.3 Lebensbeendung durch eine Infusion oder durch eine oder zwei Injektionen 104

KAPITEL 6 *Die Begleitung einer Selbsttötung durch Angehörige, Freunde und andere Personen*

- 6.1 die Rechtslage nach neuester deutscher Rechtsprechung, Rechtsanwalt Wolfgang Putz 108
- 6.2 Die Rechtslage in der Schweiz, Dr. iur. Ernst Haegi 117
- 6.3 Die Rechtslage in Österreich 121

LITERATURHINWEISE 122

ANHÄNGE

- 1. Die meisten Medikamente und Giftstoffe aus der Natur sind für eine humane Selbsttötung nicht geeignet 126
- 2. Schlafmittel in Kombination mit der *Exit-Bag* (Plastikbeutel) 127
- 3. Selbsttötung mit Kohlenmonoxyd 130
- 4. Helium Gas 132

APPENDIX 1. Adressen von Organisationen in Deutschland und der Schweiz im Bereich von humanem, selbstbestimmtem Sterben 135

APPENDIX 2. Der Fragebogen zur anonymen Meldung von Sterbefällen 136

APPENDIX 3. Formular zur Modifizierung der Garantenpflicht für eine beabsichtigte Selbsttötung in Deutschland 138

Sachregister – allgemein 139

Sachregister der genannten Medikamente 142

Erläuterungen zur Medizintabelle 143

Tabelle: Handelsnamen von Medikamenten in 13 Ländern





Danksagung und Verbesserungen

Dieses Buch wurde für Menschen geschrieben, die sich in ihrer täglichen Praxis den schwierigen Fragen, was ist humanes, selbstbestimmtes Sterben und wie kann es ermöglicht werden, stellen müssen. Im ersten Kapitel werden zwar konkrete Zielgruppen benannt, das Thema betrifft jedoch jeden Menschen. Jeder möchte ein humanes Sterben erfahren, und jeder hat ein Recht darauf.

7

Der Vorstand der Stiftung wozz ist besonders dankbar dafür, dass einige Fachleute bereit waren, über wesentliche Fragen, die dieses Buch berührt, gemeinsam mit uns nachzudenken.

Kapitel 1 Die Stellungnahme des Nationalen Ethikrates ‘Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende’ (Berlin, Juli 2006) hat maßgeblich zur Differenzierung der gebräuchlichen Terminologie im Zusammenhang mit unserer Thematik beigetragen. Wir folgen in diesem Buch den diesbezüglichen Vorschlägen des Nationalen Ethikrates.

Kapitel 2 behandelt den bewussten und freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNf) bei gleichzeitiger palliativer Pflege. Eine frühere Version dieses Kapitels wurde von dem Geriater Bert Keizer, dem Allgemeinmediziner Gerrit Kimsma (Mitglied der niederländischen Prüfkommision für ärztliche Tötung auf Verlangen), und von den Pflegeheim-Ärzten Barend Kooistra und Siebe Swart kritisch kommentiert. Der Zahnarzt Ed Koel informierte uns ausführlich über mögliche Mittel der Mundpflege.

Kapitel 3 und 4 Einige Leser haben uns aufmerksam gemacht auf mögliche Verbesserungen in dieser zweiten deutschen Auflage. Kapitel 3.2.7 über Benzodiazepine (p. 59-63) wurde ergänzt durch zwei Tabellen und eine Erläuterung; in Kapitel 4.2 über Chloroquin (p. 85) ist die tödliche Dosis von Chloroquin-Phosphat Handelsname: Resochin) hinzugefügt. Ferner gibt es im ganzen Buch zahlreiche kleine (stilistische) Verbesserungen. Im Zusammenhang mit Kapitel 3 und 4 möchten wir allen danken, die uns empirische Daten bezüglich der Medikamenten-Kombinationen überlassen haben, die während eines sorgfältig vorbereiteten Sterbeprozesses eingesetzt wurden.

Kapitel 5 behandelt einige Aspekte der ärztlichen Sterbehilfe in der Schweiz, in Oregon (USA), den Niederlanden und Belgien. Professor Wim Distelmans (Onkologe und Spezialist in der palliativen Pflege an der Freien Universität Brüssel) und Dr. Annemieke Horikx (Apothekerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Königlich Niederländi-





schen Gesellschaft für Pharmazie, KNMP) sammeln in Belgien und den Niederlanden systematisch Informationen auf diesem Gebiet. Für dieses Buch haben sie einige bisher nicht veröffentlichte Daten freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

- 8 **Kapitel 6** geht auf die Begleitung einer Selbsttötung durch Angehörige, Freunde und andere Personen ein. Dieses Kapitel wurde von Wolfgang Putz (Rechtsanwalt für Medizinrecht an der Münchner Medizinrechtlichen Sozietät Putz & Steldinger sowie Lehrbeauftragter für Medizinrecht und Medizinethik an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München) speziell für Deutschland und von Dr. iur. Ernst Haegi (Rechtsanwalt und Vizepräsident von EXIT-Deutsche Schweiz, Oberrieden, Zürich) für die Schweiz geschrieben. Wichtig für dieses Kapitel waren auch die Hinweise von Elke Baezner (ehemaliges Vorstandsmitglied von EXIT A. D. M. D. Suisse romande, ehemalige Präsidentin von EXIT-Deutsche Schweiz und amtierende Präsidentin der European Federation of RdD-Societies) und von Professor Eugene Sutorius (Lehrbeauftragter für Strafrecht an der Universität Amsterdam und Richter am Landesgericht Arnheim).

Dr. Kurt F. Schobert und Frau Claudia Wiedenmann M.A. von der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (D G H S), haben diese Übersetzung von Anfang an unterstützt und mit ihrem Rat unschätzbare Dienste geleistet.

Dr. Christian Walther (Neurobiologe im Ruhestand, Marburg), lic. iur. Rechtsanwalt Ludwig A. Minelli (Forch, Schweiz) und Frank Spade (Humanistische Verband Deutschland) haben alle Kapitel sehr genau durchgelesen und mit kritischem Kommentar versehen. Frau Regine Bernstein-Bothe hat uns über einige spezialistische Probleme mit Medikamenten geratet.

Letztendlich wäre das Buch ohne den unermüdlichen Einsatz der beiden Übersetzerinnen Bettina Baltschev und Ilse Hesper nicht zustande gekommen.

Die deutsche Textfassung wurde von Bettina Baer und Stefan Wendel umsichtig lektoriert und korrigiert.

Die Kommentare und Vorschläge der genannten Personen haben uns vor einigen Fehlern bewahrt. Nicht immer waren alle mit jeder Aussage der Autoren einverstanden. Das hat sie jedoch nicht davon abgehalten, dem Inhalt unserer Texte ihre kritische Aufmerksamkeit zu schenken.

Dafür unseren Dank

Amsterdam, Dezember 2008





KAPITEL 1

Grundsätzliches zu diesem Buch

1.1 Zur dringenden Beachtung

9

Der Vorstand der Stiftung zur Erforschung eines humanen, selbstbestimmten Sterbens (Stiftung w o z z)¹ und die Autoren dieses Buches wollen in keiner Weise zu Suizid anregen. Jemand, der den Wunsch hat zu sterben, sollte seelischen Beistand, angemessene palliative Pflege, professionelle Therapie und jede andere Hilfe, die ihm das Lebensende erträglich macht, erhalten können. Wir stellen klar heraus, dass humanes, selbstbestimmtes Sterben zeitintensive Vorbereitungen erfordert, die mit spontanem Handeln nicht vereinbar sind. Wir weisen darauf hin, dass jeder Betroffene die auf diesem Gebiet geltende Gesetzgebung zu beachten hat.

Um die jeweils geeignete Methode in freier Verantwortung wählen zu können, muss sie in allen Einzelheiten begreifbar und nachvollziehbar sein. Das heisst nicht, dass dieses Buch nur Rezepte enthält. Wir versuchen, neben nüchternen Fakten und Daten, tiefergehende Einsichten in den Prozess der Entscheidungsfindung und in die Durchführung einer selbständigen und würdigen Lebensbeendung zu vermitteln. Das Buch sollte unbedingt sorgfältig gelesen werden. Manchmal wird eine Erläuterung von Familienangehörigen und Freunden oder von einem auf diesem Gebiet erfahrenen Arzt oder Krankenpfleger nützlich sein.

Bei der Wahl der Methode zur Lebensbeendung entstehen viele Fragen und spielen verschiedene Faktoren eine Rolle. Zum Beispiel: Sind nahestehende Menschen in der Lage und bereit, den Sterbewilligen zu versorgen? Welche Kompetenz und welche praktischen Erfahrungen besitzt der Arzt, der die Betreuung des Sterbewilligen übernimmt? Auch die persönliche Affinität zu einer verfügbaren Methode ist wichtig. Mancher bevorzugt den bewussten Verzicht auf Essen und Trinken (Kapitel 2), ein anderer vielleicht die Einnahme einer Kombination von Medikamenten (Kapitel 3 und 4).

1. Niederländisch: Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Zorgvuldige Zelfdoding, w o z z





1.2 Für wen ist dieses Buch geschrieben?

Dieses Buch richtet sich an verschiedene Zielgruppen, die wir kurz auflisten.

- 10 **1. Körperlich ernsthaft kranke Menschen, die entschieden den Tod herbeiwünschen** und deren Tod ohne lebensbeendende Maßnahmen erst innerhalb von Wochen, Monaten oder aber auch erst nach Jahren eintreten würde.

Wenn ein Arzt im Rahmen des Gesetzes keine Sterbehilfe gewähren darf oder will, kann dieses Buch dem Kranken, der auch ohne solche Unterstützung aus dem Leben gehen will, wertvolle Informationen bieten.

2. Alte Menschen, die nach sorgfältiger Abwägung mit Angehörigen zu dem Schluss kommen, ihr Leben sei vollendet

Oft leiden diese Menschen an Krankheiten und Behinderungen, durch die sie invalide sind, sie leiden jedoch an keiner tödlichen Krankheit. Sie fürchten, dass sich mit zunehmendem Alter immer mehr Gebrechen einstellen werden, und möchten dies nicht mehr auf sich nehmen.

3. Patienten mit einer ernsthaften psychischen Krankheit, die vergeblich behandelt wurde

Während einer ruhigen Phase ihrer Krankheit sind psychiatrische Patienten oft entscheidungsfähig und im Stande, wohlüberlegt zu entscheiden, dass sie den weiteren Verlauf ihrer Krankheit nicht mehr erleben wollen.

4. Angehörige oder Freunde eines Menschen, der sein Leben beenden will

Für Angehörige und Freunde kann dieses Buch nützlich sein, um sich richtig verhalten zu können, wenn eine Person, die ihnen nahe steht, ein selbstbestimmtes, würdiges Lebensende anstrebt. Es ist ein heikles Thema, weil man sofort an die katastrophalen Folgen einer gewaltsam durchgeführten Selbsttötung in Einsamkeit denkt. Wenn die Familie oder Freunde wissen, dass es auch andere Wege gibt, öffnet sich die Perspektive, um gemeinsam Möglichkeiten zu ergründen, an die man bisher nicht gedacht hatte. Dieses Buch will auch dazu anregen, mit einem Arzt oder einem Pfleger diese Frage anzugehen.





5. Ärzte, die in ihrer Praxis mit Menschen der oben genannten Gruppen zusammenkommen

Ärzte lernen während ihrer Ausbildung meistens nicht, wie jemand in eigener Verantwortung sein Leben beenden kann, und sie wissen oft ebenfalls nicht, wie sie mit Fragen zum beabsichtigten Sterben umgehen sollen. In der medizinischen Literatur und in pharmazeutischen Handbüchern findet man keine Informationen über Medikamente, die man dazu verwenden könnte. Wir haben festgestellt, dass auch Ärzte unterschiedliche Meinungen hinsichtlich der Wirksamkeit bestimmter Medikamente haben. In der Toxikologie, der Lehre von den Giften, besteht über den tödlichen Effekt nicht immer Übereinstimmung. Insulin kann beispielsweise für sehr alte und geschwächte Personen in einer Überdosis tödlich sein, aber nicht zwangsläufig. Da eine Mauer des Schweigens dieses Thema umgibt, verfügen auch Ärzte oftmals nicht über ausreichende Kenntnisse.

11

Die in diesem Buch beschriebenen Methoden implizieren nicht die Aufforderung zu strafbaren Handlungen des Arztes. Aus Kapitel 6 geht hervor, dass es Ärzten erlaubt ist, mit alten oder ernsthaft kranken Menschen über deren nachhaltigen Todeswunsch zu reden. In den Niederlanden verweisen manche Ärzte an die dortigen Sterbehilfe-Gesellschaften. Nach der Veröffentlichung der ersten niederländischen Ausgabe des WOZZ-Buches im Jahr 2003, haben wir festgestellt, dass Ärzte sich weigern, Informationen über eine verantwortbare und selbständige Lebensbeendung zu geben, selbst wenn der Patient danach fragt. Die Weigerung vieler Ärzte, diese Informationen weiterzugeben, ist einer der Gründe für die WOZZ, dieses Buch über ihre Website zu vertreiben.

6. Pfleger, die in der Ausübung ihres Berufes mit Menschen, die sterben möchten, zusammenkommen

Zu dieser Gruppe zählen auch Geistliche, humanistische Berater, Psychologen, palliative Krankenpfleger und Sozialarbeiter. Mitarbeiter der Sterbehilfe-Gesellschaften sehen ihre Aufgabe darin, die Gründe des nachhaltigen Todeswunsches einer Person zu verstehen. Im Laufe mehrerer Gespräche können sie Informationen über eine humane, selbstbestimmte Lebensbeendung vermitteln.

Für Pflegepersonal ist es wichtig, Auskunft geben zu können. Auskunft zu geben ist etwas anderes als direkte Hilfe bei einem beschleunigten Tod zu leisten, sowohl aus emotionaler als auch aus juristischer Perspektive. Man sollte ergründen, ob jemand, der sein Leben beenden möchte und um weitere Erläuterung dieses Buches bittet, keine Mög-





12 lichkeit unbeachtet gelassen hat, sein Leben wieder lebenswert zu machen. Ein beruflicher Krankenpfleger wird niemals die Regie über ein humanes, selbstbestimmtes Sterben führen, aber er wird im Gespräch sämtliche relevanten Informationen zur Verfügung stellen und dadurch zu einer sorgfältigen Entscheidung beitragen. Die Beratung über die verschiedenen Methoden kann sehr hilfreich sein und das Band des Vertrauens stärken. Die Information muss immer für den Betroffenen verständlich und seiner emotionalen Situation angemessen sein.

1.3 Kriterien einer sorgsam geplanten, würdigen Lebensbeendung

Für ein würdiges, selbstbestimmtes Sterben kommt es entscheidend auf Folgendes an:

1. Das Sterben muss schmerzlos sein.

Der Tod tritt während einer Phase tiefen Schlafs oder im Koma ein. Wir führen keine Methoden an, die den Körper verletzen, die schmerzhaft sind oder Erstickten hervorrufen. Der Tod von Sokrates ist sicher nicht schmerzlos gewesen. Er trank ein Schierlingsextrakt (lat. Conium maculatum), an dem er langsam erstickte. Das erwähnt Plato jedoch nicht. Viele andere Methoden sind gewalttätig, wie sich zu erhängen, von einem Hochhaus zu springen oder sich vor einen Zug zu werfen. Unter Schmerzen oder gewaltsam zu sterben oder einen Tod durch Erstickten zu erleiden, betrachten wir als inhuman.

2. Die Methoden der Lebensbeendung müssen effektiv sein.

Dies ist fast immer der Fall, wenn sämtliche in diesem Buch genannten Maßnahmen getroffen werden. Um das Risiko des Misslingens so weit wie möglich auszuschließen, muss man über sachliche, auch dem Laien verständliche Informationen verfügen. Ein wichtiger Grund, diese Informationen in einem Buch zusammenzufassen, ist die Tatsache, dass sie selbst unter Ärzten nur wenig bekannt und schwer ausfindig zu machen sind.

3. Das Sterben soll nicht in Einsamkeit stattfinden.

Angehörige und Freunde, die beim Sterben anwesend sein wollen, dürfen kein Gesundheitsrisiko eingehen. Wenn zum Sterben Kohlenmonoxid gebraucht wird, sind die Anwesenden ernsthaft gefährdet (siehe





Anhang 3). Methoden, die ein physisches Risiko für Anwesende bedeuten, werden nicht beschrieben.

4. Der Sterbeprozess muss selbständig durchgeführt werden.

Nur wenn keine Hilfe von Anwesenden nötig ist, erfolgt nach unserer Einschätzung die Beendigung des Lebens selbständig. Wenn jemand auf Essen und Trinken verzichtet, bemühen sich die Angehörigen oft, den Sterbeprozess zu erleichtern. Keiner betrachtet dies als eine möglicherweise strafbare Handlung, solange der Sterbewillige selbst die Verantwortung für die ausschlaggebende Todesursache übernimmt: nicht mehr zu essen und zu trinken.

13

Wir sind uns darüber im Klaren, dass die aufgeführten Methoden allein für einen menschlichen Tod nicht ausreichen. Dazu gehören auch andere wichtige Aspekte, wie der Wunsch, im Frieden mit seinen Angehörigen zu sein. Doch für Menschen, die unter schmerzhaften und aussichtslosen Umständen leben und die mit hoher Wahrscheinlichkeit bald sterben werden, vermitteln die angebotenen Informationen Methoden, die ein humanes Sterben *ermöglichen*. Insbesondere für sie wurde dieses Buch geschrieben.

Im Falle einer tödlichen oder lähmenden Krankheit kann schon in der Vorbereitungsphase Unterstützung wichtig sein. Zum Beispiel durch die Hilfe eines mitfühlenden Arztes, der Medikamente verschreibt, die ein humanes Sterben in naher Zukunft ermöglichen. In anderen Fällen können Verwandte und Freunde assistieren und in der Vorbereitungsphase im Ausland Medikamente kaufen. Die Autoren weisen noch einmal nachdrücklich darauf hin, dass in der finalen Phase alle zum Sterben führenden Handlungen ausschließlich von dem betroffenen Menschen in freier Selbstbestimmung ausgeführt werden sollten.

Nur im Ausnahmefall, wenn zum Beispiel ein Kranker so geschwächt ist, dass er die Handlungen dieser finalen Phase nicht durchführen kann (z. B. im Fall der Lou-Gehrig-Krankheit), halten wir die Assistenz eines einfühlsamen Arztes auch in der finalen Phase für unentbehrlich. Wir wissen allerdings, dass dies in Deutschland noch immer strafbar und standeswidrig ist.

In Kapitel 5 führen wir die technischen Möglichkeiten auf, die Ärzten in einigen Ländern gesetzlich unter bestimmten Bedingungen zur Verfügung stehen. In der Schweiz spielen die in der Sterbehilfe ausgebildeten Mitglieder der Schweizer Sterbehilfe-Gesellschaften eine sehr





14 wichtige Rolle, und zwar in völliger Übereinstimmung mit der schweizerischen Strafgesetzgebung (siehe Kapitel 6). Dieses Buch befasst sich jedoch vorrangig mit Methoden, die auch in der Endphase von dem Menschen, der den Freitod wünscht, selbst angewendet werden können. Solange jemand physisch in der Lage ist, die Verantwortung für die letzten Handlungen seines Lebens zu übernehmen, sollte er diese Verantwortung tragen und nicht anderen überlassen.

1.4 Verschiedene Wege für ein Sterben in Würde

Viele Wege führen zu einem würdevollen Tod. Man darf nicht vergessen, dass es außer den in diesem Buch vorgestellten Möglichkeiten noch andere gibt, die jedoch außerhalb unseres Rahmens liegen. Was sind die häufigsten Sterbewege? In westlichen Ländern stirbt ungefähr jeder Dritte unverhofft, ohne dass Zeit dafür bleibt zu wählen, wie man gern sterben würde. Wenn der Tod aber durch Krankheit oder hohes Alter vorhersehbar ist, können im Prinzip sieben mögliche Wege zum Sterben in Würde zwischen Patient, Angehörigen und Arzt besprochen werden. Diese Möglichkeiten schließen einander nicht aus, sondern gehen manchmal ineinander über:

Im Folgenden schließen wir uns der Terminologie an, die der Nationale Ethikrat 2006 in seiner *Stellungnahme* vorgeschlagen hat.² Der Nationale Ethikrat hält die Begriffe “aktive”, “passive” und “indirekte Sterbehilfe” für missverständlich und irreführend. Der Rat orientiert sich terminologisch an folgenden Begriffen für unterschiedliche Wege zum Sterben in Würde:

1. Sterbebegleitung;
2. Sterbenlassen;
3. medizinische Therapie am Lebensende (dazu gehört auch palliative Sedierung);
4. Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung;
5. Ärztliche Tötung auf Verlangen.

Wir haben uns außerdem entschlossen, folgende Methoden ausführlich zu beschreiben, die der Ethikrat nicht erwähnt:

6. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) und
7. eigenverantwortliche Selbsttötung ohne Hilfe eines Arztes.

2. Nationaler Ethikrat: *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme*, Berlin, Juli 2006





Es gibt leider bis heute keine zuverlässigen und für Laien verständlichen Informationen darüber, wie die Sterbewege (6) und (7) ohne Schmerzen beschritten werden können.

Zunächst besprechen wir kurz die Wege (1) bis (3), die Menschen gehen können, um in Würde zu sterben. Auf diese Wege wird im weiteren Verlauf des Buches *nicht* mehr eingegangen, weil Ärzte Auskunft geben können und mittlerweile zwischen Ärzten und Patienten darüber immer häufiger Offenheit herrscht.

15

1. Sterbebegleitung kann manchmal ohne weitere Maßnahmen zu einem selbstbestimmten Sterben führen. Mit dem Begriff der *Sterbebegleitung* werden, im Sinne des Ethikrates, Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden bezeichnet. Dazu gehören die körperliche Pflege, das Lindern von Hunger- und Durstgefühlen, das Mildern von Übelkeit, Angst, Atemnot, aber auch menschliche Zuwendung und seelsorgerischer Beistand. Das Ziel muss sein, die Fähigkeit des Patienten, den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, und so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich ist.

Wenn Menschen erfahren, dass sie so krank sind, dass sie in absehbarer Zeit sterben könnten, beschließen fast alle, jede noch mögliche Behandlung in Anspruch zu nehmen, auch Behandlungen, die nur eine kleine Heilungschance versprechen. Wenn eine Genesung ausbleibt, geht die auf Heilung ausgerichtete Behandlung in eine schmerzlindernde palliative Behandlung über. Nicht selten geschieht das ganz allmählich und für den Patienten unmerklich. Bei Krebs zum Beispiel kann eine Bestrahlung oder Chemotherapie manchmal in heilender Absicht begonnen, aber in einer späteren Phase der Krankheit nur noch palliativ fortgeführt werden. Heilung ist dann nicht mehr möglich, aber die Bestrahlung oder Chemotherapie dient nun dazu, den Krankheitsverlauf zu verzögern. Auch wenn der Arzt hierüber informiert, ist das dem Patienten nicht immer bewusst, weil er oft nicht bereit ist, die Hoffnung auf Heilung aufzugeben.

Palliative Pflege ist ein relativ neues medizinisches Spezialgebiet, das sich nicht nur um die Schmerzbekämpfung kümmert, sondern genauso um andere Beschwerden, die mit der letzten Lebensphase einhergehen.³ Menschen, die an einer tödlichen und aussichtslosen

3. Quill 1997 und Quill 2000.





16

Krankheit leiden und die eine Heilung auch nicht mehr anstreben, brauchen generell palliative Pflege und haben auch ein Recht darauf. Gute palliative Pflege ist eine Bedingung, damit Patienten freiwillig – und nicht unter dem Druck unerträglicher Symptome – darüber entscheiden können, ob sie ihr Sterben noch hinauszögern oder beschleunigen möchten.

2. Sterbenlassen kann ein anderer Weg zum selbstbestimmten Sterben sein. Der Ethikrat spricht von *Sterbenlassen* statt von “passiver Sterbehilfe”, wenn eine lebensverlängernde medizinische Behandlung unterlassen wird und dadurch der durch den Verlauf der Krankheit bedingte Tod früher eintritt als dies mit der Behandlung aller Voraussicht nach der Fall gewesen wäre. Das Unterlassen kann darin bestehen, dass eine lebensverlängernde Maßnahme erst gar nicht eingeleitet wird; es kann auch darin bestehen, dass eine bereits begonnene Maßnahme nicht fortgeführt oder durch ein aktives Eingreifen beendet wird. Selbstverständlich muss Sterbenlassen mit Sterbebegleitung, wie oben angedeutet, kombiniert werden, um human und in Würde zu sterben.

Einige Patienten, die sich bewusst sind, dass sie eine tödliche Krankheit haben, beschließen gleich, sich einer vom Arzt vorgeschlagenen und auf Heilung ausgerichteten Behandlung zu verweigern. Sie bitten lediglich um palliative Pflege. Andere beginnen zwar mit der vorgeschlagenen Therapie, beschließen aber nach einiger Zeit, sie zu beenden, weil die Behandlung sie zu stark belastet und die Chance auf Heilung recht klein ist. Doch auch ein Patient, der jede Behandlung verweigert oder beschließt, die Behandlung abzubrechen, hat das Recht auf palliative Pflege. Niemand ist verpflichtet, sich erst behandeln zu lassen, auch wenn manche Patienten das annehmen. Ärzte tun sich manchmal schwer damit, wenn jemand eine Behandlung verweigert, von der sie als Arzt annehmen, dass sie gute Chancen auf Heilung bieten würde. Aber jeder Patient, der zurechnungsfähig und gut informiert ist, hat das Recht, eine ihm angebotene Behandlung zu verweigern, auch wenn der behandelnde Arzt mit diesem Entschluss nicht einverstanden ist.

3. Medizinische Therapie am Lebensende ist oft notwendig, um in Würde aus dem Leben zu gehen. Zu den *Therapien am Lebensende* zählt der Nationale Ethikrat alle medizinischen Maßnahmen, einschließlich palliativ-medizinischer, die in der letzten Phase des Lebens erfolgen, mit dem Ziel, Leben zu verlängern und Leiden zu





mildern. Dazu gehören auch Maßnahmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass der natürliche Prozess des Sterbens verkürzt wird, sei es durch eine hochdosierte Schmerzmedikation oder starke (palliative) Sedierung, ohne die eine Beherrschung belastender Symptome nicht möglich ist. Auf den bisher in diesem Zusammenhang verwendeten Begriff der "indirekten Sterbehilfe" sollte verzichtet werden, weil der Tod des Patienten weder direkt noch indirekt das Ziel des Handelns ist. 17

Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass medizinische Therapie am Lebensende ihre Grenzen hat, und längst nicht jedes Leiden und nicht jedes von einer Krankheit verursachte Gebrechen lindern kann. Ärzte informieren darüber nicht immer ausreichend deutlich. Aus Hospiz-Studien in den USA geht hervor, dass Patienten nicht selten angeben, in ihren letzten Lebenswochen stark an Schmerzen und Beklemmungen zu leiden. Übelkeit, Verwirrtheit, Erschöpfung und komplette Abhängigkeit sind noch schwieriger zu behandeln und kommen vor dem Sterben öfter vor als tatsächliche Schmerzen, auch bei bester palliativer Versorgung.⁴

Wenn Schmerzen, Beklemmungen oder andere Beschwerden, die aus einer tödlichen Krankheit resultieren, nicht mehr behandelbar sind, kann ein Arzt einen Patienten, nach gründlicher gemeinsamer Überlegung, in einen tiefen Schlaf versetzen, der vorübergehend sein, aber auch so lange dauern kann, bis der Tod eintritt. Wenn der Patient mit unbehandelbaren Symptomen in einen tiefen Schlaf versetzt wird, der später in den Tod übergeht, spricht man von palliativer Sedierung (manchmal auch von terminaler Sedierung). Oft wird in einem solchen Falle keine Flüssigkeit mehr zugeführt, weil das Sterben absehbar ist. Es ist die Entscheidung eines Arztes, ob die Indikation für palliative Sedierung gegeben ist. Der Bitte eines Patienten um palliative Sedierung muss ein Arzt nicht nachgeben, wenn er glaubt, dass es noch andere, weniger schwerwiegende Behandlungsmöglichkeiten gibt. Nach Anwendung palliativer Sedierung tritt der Tod häufig innerhalb von 48 Stunden ein, aber es kann auch länger dauern, manchmal bis zu einer Woche.

Angehörigen fällt es oft schwer, mit anzusehen, wie ein ihnen nahestehender Mensch, der kurz vor dem Sterben in einen tiefen Schlaf versetzt wurde, während einiger Tage keine Kontrolle mehr über seine basalen Körperfunktionen, wie Harndrang, hat und womöglich stark

4. Quill und Battin 2004





18 schnarcht oder gar röchelt. Sie bitten den Arzt dann, “diesen Zustand zu beenden”, weil man so “nicht mal einen Hund” behandeln würde. Manchmal ist es schwierig, ihnen klar zu machen, dass die Person in dieser allerletzten Phase nicht mehr bei Bewusstsein ist und deshalb nicht mehr leiden kann, und dass es ohne Leiden keine Rechtfertigung für tödliche Handlungen gibt.

Dem Arzt stehen in Ländern, in denen dies gesetzlich gestattet ist (siehe Kapitel 5) zwei Wege zur aktiven Sterbehilfe mit Medikamenten offen:

4. Beihilfe zur Selbsttötung, wobei der Patient selbst die tödlichen, vom Arzt erhaltenen Mittel einnimmt und somit selbst die tödliche Handlung ausführt.
5. Ärztliche Tötung auf Verlangen, wobei der Arzt auf Wunsch des Patienten eine oder zwei tödliche Spritzen verabreicht, um den Tod, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde, herbeizuführen. Im Unterschied zur ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung führt hier nicht der Betroffene selbst, sondern ein Arzt die tödliche Handlung aus.

Ein Arzt kann in Ländern, in denen dies gesetzlich gestattet ist, niemals verpflichtet werden, Leben zu beenden, auch nicht auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Die gesetzlich festgelegte Sorgfaltspflicht muss in jedem Fall eingehalten werden. Ein Arzt kann immer auch die Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen verweigern, wenn die damit zusammenhängenden Handlungen seine moralischen Grenzen überschreiten.

Der Vollständigkeit halber nennen wir hier auch die beiden Wege würdigen Sterbens durch selbständiges Handeln des Patienten. Diese werden nicht in diesem Kapitel, sondern in den Kapiteln 2 bis 4 ausführlich besprochen.

6. Lebensbeendung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mit gleichzeitiger palliativer Pflege (Kapitel 2). Der Ethikrat hat sich in seiner Stellungnahme nicht bezüglich einer Lebensbeendung durch bewussten und freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) geäußert. In der Praxis mit Krebspatienten gibt es öfters Fälle, bei denen statt durch eine bewusste Entscheidung der Verzicht spontan erfolgt (die Bereitschaft, zu trinken, verschwindet allmählich im Laufe einiger Woche). Den Patienten fällt es dabei leichter, mit dem Trinken aufzuhören, als beim FVNF.





7. Freiverantwortliche Selbsttötung ohne Hilfe eines Arztes. Oft ist genau dies gemeint, wenn von "Selbsttötung" oder "Suizid" die Rede ist, doch ist die Abgrenzung vom "assistierten Suizid" (vergl. 4. Beihilfe zur Selbsttötung) z.T. schwierig. Manchmal gibt es Beihilfe von Angehörigen oder anderen Personen, die die Medikamente (siehe Kap 3 und 4) besorgen. Über deren Einnahme muß die Person freiverantwortlich entscheiden können. 19

Die ersten drei Wege eines würdevollen Sterbens kommen nachweislich am häufigsten vor.⁵ Bei dem vierten und fünften Weg, ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und ärztliche Tötung auf Verlangen, übernimmt ein Arzt die Regie des Sterbeprozesses. Das Vorkommen dieser ersten fünf Wege ist in sechs europäischen Ländern (darunter die Schweiz) untersucht worden, jedoch noch nicht in Deutschland.⁶ Bei freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und bei eigenverantwortlicher Selbsttötung liegt die Regie beim Patienten selbst. In den Niederlanden ist 2007 eine Forschungsarbeit veröffentlicht worden, die schlussfolgert, dass freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und eigenverantwortliche Selbsttötung ohne Hilfe eines Arztes jedes Jahr bei 3 % aller Sterbefälle stattfinden.⁷

Jeder dieser sieben Wege hat Vor- und Nachteile: Wenn man das letzte Stück des Lebensweges der Entscheidung eines Arztes überlässt, ist keine praktische Vorbereitung nötig, aber es macht jemanden mit wohl überlegtem Sterbewunsch abhängig von einem Arzt. Das betrifft insbesondere dessen Urteil darüber, ob alle Bedingungen der Sorgfaltspflicht eingehalten wurden oder ob tatsächlich eine Indikation für palliative Sedierung vorliegt. Die Alternative besteht darin, dass man selbst die Regie übernimmt, indem man bewusst auf Essen und Trinken verzichtet oder indem man geraume Zeit zuvor damit beginnt, die notwendigen Medikamente zu besorgen, um sie später in Anwesenheit von Angehörigen einzunehmen. Jemand, der selbst die Regie übernimmt, wählt einen Weg, der nicht nur praktische Vorbereitung erfordert, sondern auch die Akzeptanz voraussetzt, dass das Leben endlich ist.

Wegweiser bei der Wahl einer der oben genannten Sterbewege sollte sein, dass sie so gut wie möglich der Persönlichkeit des Menschen entspricht, der sterben will, auch wenn natürlich nicht alle Wünsche im Hinblick auf den Tod erfüllt werden können.

5. Onwuteaka-Philipsen 2003, Bosshard 2005

6. Van der Heide 2005

7. Chabot 2007 Kapitel 5





1.5 Die Lücke, die dieses Buch schließt

Dieses Buch schließt eine Lücke, weil es gesicherte Informationen über Methoden humanen, selbstbestimmten Sterbens bietet, die bei Einhaltung aller beschriebener Schritte eine hohe Erfolgsquote haben.

20

Die ersten Bücher auf diesem Gebiet wurden 1980 in den Niederlanden und in Schottland herausgegeben: *Verantwortungsbewusste Ärztliche Tötung auf Verlangen – eine Richtlinie für Ärzte*, von Dr. Admiraal und *How to die in dignity*, von Dr. Mair. Seitdem haben einige andere Bücher versucht, humanes Sterben ohne ärztliche Unterstützung zu beschreiben. Bekannte Bücher sind u. a. *Final Exit* von Derek Humphry (USA 1991) und *Departing Drugs* von Docker und Smith (1993).⁸

Nach genauer Analyse dieser Bücher durch Spezialisten der klinischen Pharmazie und Toxikologie in der Arbeitsgruppe der Stiftung wozz sind wir zu dem Schluss gekommen, dass, außer in dem Buch von Dr. Admiraal, die Informationen in Bezug auf Toxikologie und Pharmazie unvollständig sind. Die bisher veröffentlichten Bücher sind hinsichtlich der Erörterung der Schritte, die zu einem humanen Sterben führen, nicht selten ungenau. Vor allem haben sie die grundlegend hilfreiche Rolle von Benzodiazepinen (siehe Kapitel 3.2.7), einer Gruppe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, die an sich nicht tödlich sind, nur unzureichend beachtet. Insbesondere fehlt allen Informationsquellen die kritische Auswertung verlässlicher Augenzeugenberichte sowohl geglückter als auch missglückter Versuche humanen, selbstbestimmten Sterbens. Wenn aber das vorliegende Wissen hierüber bei der Darstellung einer Methode nicht berücksichtigt wird, kann das zur Folge haben, dass ein geplanter Tod nicht gelingt oder zu unnötig schwierigem oder schmerzhaftem Sterben führt.

Das Internet bietet ebenfalls Informationen an, allerdings mit noch größeren Mängeln. Zahlreiche Medikamente sind dafür bekannt, dass sie für den Menschen tödlich wirken, aber die angeratenen Dosen sind keinesfalls immer erfolgreich und oft mit sehr schmerzhaften Folgen verbunden. Sorgfältig geplantes und humanes Sterben bedeutet, dass der Tod mit großer Sicherheit im Zustand tiefen Schlafes und ohne die Anwesenden zu gefährden eintritt.

8. Dieses Buch ist in deutscher Sprache im Gelka-Verlag veröffentlicht: *Selbsterlösung durch Medikamente*. Siehe auch *De milde dood* (Der sanfte Tod) von dem belgischen Chemiker Verzele (1994) und *The Peaceful Pill Handbook* von Nitschke (2007). Die obigen einschränkenden Bemerkungen treffen auch auf diese Bücher zu.





1.6 Zusammenfassung des Inhalts

Kapitel 2 behandelt Lebensbeendung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF).

Kapitel 3 handelt nicht von einer bestimmten Methode, sondern erläutert die zahlreichen Voraussetzungen, die ein Medikament erfüllen muss, um einen humanen, selbstbestimmten Tod hervorzurufen. Der Leser findet hier das nötige Hintergrundwissen, wie einfache Fakten über das Verhältnis von Körpergewicht und Dosis der tödlichen Medikamente und Informationen über komplexere Themen wie Medikamententoleranz. Kapitel 3 enthält außerdem ein ausführliches Inhaltsverzeichnis für diesen Bereich und eine Zusammenfassung der wichtigsten Schritte der Vorbereitungsphase und der finalen Phase. 21

Kapitel 4.1 und 4.4 behandeln Medikamente, die als Narkotika bekannt sind (Opiate und Barbiturate) und die zu den kontrollierten Medikamenten gezählt werden. Sie sind für die meisten Menschen schwer zu beschaffen. Trotzdem müssen sie besprochen werden, weil viele Sterbehilfe-Gesellschaften die meisten Erfahrungen gerade mit diesen beiden Medikamentengruppen besitzen. Viele Ärzte auf der ganzen Welt sind bereit, diese Medikamente verantwortlichen Erwachsenen in kleinen Mengen zu verschreiben, wenn sie Krebs im Endstadium haben und wiederholt und wohlüberlegt den Wunsch äußern, sterben zu wollen.

Kapitel 4.2 und 4.3 (Chloroquin und Antidepressiva) erörtern nicht kontrollierte Medikamente. Sie sind nicht schwer zu erhalten. Chloroquin ist in vielen Ländern rezeptfrei erhältlich. Zur Zeit gibt es gut dokumentierte Erfahrungen mit Chloroquin. Obwohl Antidepressiva ein Rezept erfordern, ist es normalerweise nicht schwierig, sie zu erhalten, wenn man eine Zeit lang über bestimmte Beschwerden klagt, wie Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit, Depressionen, Appetitlosigkeit, Energielosigkeit usw.

Wir sind zu dem Schluss gekommen, dass ein humanes Sterben mit Hilfe dieser Medikamente mit großer Sicherheit gelingt, wenn man alle in Kapitel 4.1-4.4 beschriebenen Vorsichtsmaßnahmen berücksichtigt. Die uns bekannten dokumentierten Fälle bestätigen dies.





22

Kapitel 5 behandelt das orale oder intravenöse Verabreichen tödlicher Medikamenten-Kombinationen mit ärztlicher Hilfe (in den Niederlanden, Belgien, Oregon) oder mit Hilfe von Personen einer angesehenen Organisation in der Schweiz. Manche Krankheiten sind so schwächend, dass die finale Phase nicht oral ausgeführt werden kann, weil der Patient die Medikamente nicht mehr schlucken kann. Ein mutiger und mitfühlender Arzt kann in diesen Fällen seine Hilfe relativ leicht anbieten, während Pflegepersonal und Angehörige vor beträchtlichen technischen Schwierigkeiten stehen würden.

Kapitel 6 befasst sich mit den juristischen Risiken in Deutschland und in der Schweiz für Verwandte, Freunde und andere Personen, die bei humanem, selbstbestimmtem Sterben begleitend anwesend sind.

Der Anhang behandelt Methoden, die oft missglücken oder für andere gefährlich sind. Aus verlässlichen Augenzeugenberichten geht hervor, dass diese Techniken entweder nicht genügend wirkungsvoll sind, ernsthafte Risiken für Anwesende darstellen oder Hilfe von außen erfordern. Dies gilt zum Beispiel für die kombinierte Anwendung von Schlaftabletten mit dem sogenannten Exit-Bag. Es handelt sich um eine Plastikbeutel, die zu Selbsttötung benutzt wird. Verschiedene Publikationen weisen für diese Methode eine hohe Fehlerquote auf, was noch nie auf breiter Basis diskutiert wurde. Wir möchten einige Mythen über vermeintlich wirkungsvolle Methoden aus der Welt schaffen, da sie Menschen, die sterben möchten, bzw. anwesenden Verwandten und Freunden Schaden zufügen können. In diesem Anhang besprechen wir auch, warum wir Helium in diesem Buch nicht als Methode aufgenommen haben.

Appendices

Anonyme Meldung von Sterbefällen mit einem Fragebogen (Appendix 3)

Obwohl die Informationen in diesem Buch von verschiedenen Experten geprüft wurden, sind Verbesserungen durch ein breiteres Wissen und zusätzliche Erfahrungen immer möglich. Der wozz sind deshalb Informationen über die angeführten Methoden von Ärzten, Toxikologen und Pharmakologen sowie von Zeugen humanen Sterbens sehr willkommen. Verbessertes Wissen auf diesem Gebiet sollte helfen, das Schweigen der Vergangenheit zu überwinden.





Deshalb fügen wir im Appendix 3 ein Formular bei, das ausgefüllt und anonym an den Mitautor Russel D. Ogden in Kanada, an die dort genannte Adresse geschickt werden kann. Die Informationen können unser Wissen über humanes, selbstbestimmtes Sterben vergrößern und zu einer verbesserten Neuauflage dieses Buches führen.

Appendix 4 enthält ein Formular zur Modifizierung der Garantienpflicht für eine beabsichtigte Selbsttötung in Deutschland. In der Schweiz braucht man dieses nicht.





KAPITEL 2

Lebensbeendung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

24

2.1 Der Verlauf

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) kann für alte oder kranke Menschen ein humaner Weg sein, ihr Leben zu beenden. Nicht alle Ärzte wissen das, und nicht alle Ärzte wissen, wie sie solch einen Sterbeprozess begleiten sollen. Bevor sich jemand für diese Art des Sterbens entscheidet, sollte das mit Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen und mit einem Arzt besprochen werden. Bei der Durchführung ist die tägliche Pflege durch Angehörige und Pflegepersonal unverzichtbar. Außerdem ist es sehr wichtig zu wissen, wie dieser Weg möglicherweise verläuft, welche Probleme auftreten und wie sie vermieden werden können.

Menschen, die das Endstadium einer tödlichen Krankheit noch nicht erreicht haben und versuchen, ihr Sterben zu beschleunigen, hören oft mit dem Essen und Trinken gleichzeitig auf. Wenn sie das durchhalten, tritt der Tod in der Regel nach ein bis zwei Wochen ein. Andere hören erst mit dem Essen auf und beenden danach, im Laufe von Tagen und Wochen, allmählich auch das Trinken. In diesem Fall dauert es länger, bis der Tod eintritt, aber es gibt Anzeichen dafür, dass das Sterben dann sanfter verläuft.

Nach Einstellen des Trinkens, wird nur noch durch das Befeuchten des Mundes Flüssigkeit zugeführt. Dafür reicht ein halbes Glas Wasser (50 ml) pro Tag aus. Dieses wird aufgenommen, indem der Mundraum ab und zu mit einem Wasserzerstäuber befeuchtet wird und mehrmals täglich an Eissplittern (zerkleinerte Eiswürfel), die in ein kleines Mullnetz gebunden sind, gesaugt wird. In Abschnitt 2.4 gehen wir näher auf die Mundpflege ein.

Es ist ganz normal, dass Menschen in den letzten Tagen vor ihrem Tod von sich aus kaum noch etwas trinken. Viele Menschen befürchten jedoch, dass ein bewusster Verzicht auf Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen, einen langen Leidensweg bedeutet. Dies muss aber nicht der Fall sein, wenn die Mundpflege und die manchmal notwendige Schmerzbekämpfung wirksam sind. Diese besondere Pflege kann von einer Pflegekraft ausgeführt werden, bei der ein Angehöriger assi-





tiert; möglichst unter Aufsicht des Hausarztes oder eines Arztes, der in palliativer Pflege Sterbender geschult ist.

Wenn jemand bewusst aufgehört hat, zu essen und zu trinken, tritt nach einer gewissen Zeit eine umfassende Schwächung ein. Diese Schwächung erinnert an die letzte Phase einer tödlichen Krankheit, jedoch ohne Schmerzen oder Beklemmungen. Während der ersten Tage behält der Patient in der Regel ein klares Bewusstsein. In dieser Zeit sind Gespräche mit ihm noch möglich, z. B. darüber wie ernsthaft sein Wunsch zu sterben tatsächlich ist. Es ist möglich, dass dem Patienten der Verzicht auf Essen und Trinken zu schwer fällt, oder die Angehörigen ihn dazu überreden, doch noch nicht sterben zu wollen und den Vorgang abzubrechen.

25

In dieser Phase kann der Betroffene den Entschluss, das Sterben zu beschleunigen, jederzeit zurücknehmen, was während der ersten Tage nicht selten passiert. Die Verantwortung für die Entscheidung, den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit durchzuhalten, liegt immer bei dem Patienten selbst. Dieser bestätigt seine Entscheidung dadurch, dass er ein ihm angebotenes Glas Wasser nicht austrinkt. Durchschnittlich nimmt eine von sechs Personen, die bewusst aufgehört haben zu essen und zu trinken und dabei entsprechend palliativ gepflegt werden, ihren Entschluss zurück. Häufig geschieht das auf Drängen der Familie, wenn diese dem Entschluss nicht zugestimmt hat.¹

Der Tod tritt durch den Verzicht auf Flüssigkeit ein und nicht durch den Verzicht auf Nahrung. Ohne Flüssigkeitszufuhr können die Nieren nach etwa einer Woche kaum Urin produzieren und deshalb die Ausscheidungsprodukte des Stoffwechsels nicht mehr aus dem Blut spülen. Einige Patienten fühlen sich nach einer Woche ohne Flüssigkeit wie benebelt, weil ihre Nieren keinen Harnstoff mehr ausscheiden können. Sie bleiben jedoch ansprechbar, so dass kürzere Gespräche mit ihnen weiterhin möglich sind. Dieser Zustand eines getrübbten Bewusstseins wird meist nicht als unangenehm empfunden. Bis zu 24 Stunden vor dem Tode erlebt der Sterbende nicht selten klare Momente, in denen er die Nächsten erkennt und Kontakte erfährt, wie schwach er auch sein mag. Am Ende kann das Herz nicht mehr regelmäßig schlagen, und er stirbt im Schlaf an Herzstillstand.

1. Harvath 2006





2.2 Varianten des Verlaufs bei unterschiedlichen Gruppen

26

Im Englischen, z. B. in Oregon (USA), wird der Vorgang des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit als 'voluntary refusal of food and fluid' (VRF) bezeichnet. Wir sprechen von freiwilligem Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF). Bei Krebskranken, die sich bereits im Stadium der Metastasenbildung befinden, und bei Demenzkranken kommt es häufig vor, dass Hunger- und Durstgefühle *spontan* abnehmen, so dass sie ohne große Willensanstrengung zuletzt fast gar nichts mehr zu sich nehmen. Diese Patienten haben nicht den Wunsch, durch Verzicht auf Flüssigkeit *schneller* zu sterben. Bei ihnen ist die eigentliche Todesursache die Krankheit und nicht die Austrocknung.

Der strikte Verzicht auf Nahrung – so wie wir ihn hier thematisieren – ist nicht mit der Nahrungsverweigerung von Hungerstreikenden oder Magersüchtigen vergleichbar. Diese haben noch ein ganzes Leben vor sich, sie fasten aus politischen Gründen oder unter Einfluss einer psychischen Krankheit. Sie sterben meist nach einem langen Leidensweg, der auch mit guter Mundpflege kaum zu erleichtern gewesen wäre.

Bei einigen Menschen, die bewusst auf Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um eher zu sterben, haben Ärzte sofort Mittel verschrieben, die den Patienten bis zum Tode schlafen lassen. In diesen Fällen ähnelt der Ablauf der 'palliativen oder terminalen Sedierung'. Dabei wird ein Patient mit einem unheilbaren Leiden durch einen Arzt mit entsprechenden Medikamenten beruhigt und zum Einschlafen gebracht; es wird keine Flüssigkeit mehr verabreicht, bis der Tod eintritt. Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit braucht jedoch nicht mit Leiden einherzugehen, wenn Mundpflege und Schmerzbekämpfung richtig angewandt werden. Deshalb ist der Verzicht auf Flüssigkeit, um das Sterben zu beschleunigen, kein hinreichender Grund für einen Arzt, zu palliativer Sedierung überzugehen.

In einigen Religionen ist der 'Abschied von Speise und Trank', der dem Sterben vorausgeht, nicht unbekannt. Beim Jainismus in Indien bedeutet das zu Tode Fasten und Dürsten einen Sieg des spirituellen Selbst über den Körper und ist hoch angesehen.² Es gibt Beschreibungen von Sterbehäusern in Benares (Indien), wo alte Menschen, die kurz zuvor aufgehört hatten zu essen und zu trinken, weil sie glaubten, ihre Zeit sei gekommen, zusammen mit ihrer Familie Einlass erhielten, um





gemeinsam Abschied zu nehmen.³ Für sie ist der Verzicht auf Essen und Trinken eine kontrollierte Handlung, um Abschied vom Leben zu nehmen.

In England geht die "Natürlicher-Tod-Bewegung" (Natural Death Movement) davon aus, dass der Verzicht auf Essen und Trinken Beihilfe zur Selbsttötung durch Ärzte überflüssig macht. Diese Einschätzung gibt es manchmal auch in den USA.⁴ Aber nicht immer kann Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ärztliche Tötung auf Verlangen ersetzen. Wenn schwer erkrankte Patienten beschließen, die letzten Tage oder Wochen nicht mehr erleben zu wollen, aber körperlich nicht mehr in der Lage sind, ihr Leben selbst zu beenden, ist die ärztliche Unterstützung beim Sterben in Würde unersetzlich. In der Schweiz, in Oregon (USA), in den Niederlanden und in Belgien ist in diesem Falle ärztliche Tötung auf Verlangen innerhalb gesetzlicher Regelungen erlaubt. In Ländern, in denen dies gesetzlich verboten ist, setzen einfühlsame Ärzte stattdessen terminale Sedierung ein. Obwohl es strafbar ist, sind manche Ärzte dazu bereit, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten oder sogar Tötung auf Verlangen zu gewähren (unter Verwendung von Medikamenten, die im Kapitel 5 besprochen werden), ohne darüber mit Kollegen zu sprechen.⁵

27

Im Folgenden werden ausschließlich Fälle von Personen besprochen, die sich bewusst und in Absprache mit Angehörigen für den Verzicht auf Essen und Trinken entschieden haben. Sie wählen einen manchmal schwierigen, aber durchaus gangbaren Weg; hierbei kommt es entscheidend darauf an, dass der Patient und dessen Pfleger wissen, wie sie diesen Weg erträglich gestalten können. Die Forschung zeigt, dass dies möglich ist. Am Kapitelende wird der Verlauf des Sterbens zweier hochbetagter Frauen beschrieben, die beide nicht an tödlichen Krankheiten litten. Bei einer der beiden Frauen vollzog er sich würdevoll, bei der anderen jämmerlich. Wenn man zuvor einen Eindruck von dem Verlauf haben möchte, empfehlen wir, zunächst die beiden Fallbeispiele zu lesen (Kapitel 2.8.1 und 2.8.2).

3. Madan 1992, Justice 1995

4. Albéry 1993, Bernat 1993, Terman 2006

5. Van der Heide 2003, Bosshard 2005





2.3 Erkenntnisse aus der Forschung in den Niederlanden

28

In den Niederlanden ist aufgrund eines Gesetzes aus dem Jahr 2002 ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung mit Medikamenten und Tötung auf Verlangen mit einer Injektion möglich. Auch in der Schweiz, in Oregon (USA) und in Belgien ist ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung unter bestimmten Bedingungen straffrei. In anderen Ländern ist ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und ärztliche Tötung auf Verlangen strafbar und wird deshalb auch selten von Patienten nachgefragt.

Patienten in den Niederlanden entscheiden sich manchmal bewusst für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), nachdem ein Arzt ihre Bitte um Tötung auf Verlangen oder aktive Sterbehilfe ausgeschlagen hat. In anderen Ländern wurde noch nicht untersucht, wie häufig Patienten durch FVNF sterben. Bewusster Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ist manchmal ein Weg, bei der die Regie über das eigene Lebensende selbst in die Hand genommen werden kann, auch wenn dies nur die zweite Wahl ist. Dennoch sollte ein Arzt einbezogen sein, weil professionelle palliative Pflege wichtig ist.

Es gibt einen wesentlichen Unterschied zwischen Tötung auf Verlangen und der ärztlichen palliativen Therapie beim bewussten Verzicht auf Essen und Trinken. Ein Arzt kann niemals zur Tötung auf Verlangen verpflichtet werden. Aber ein Arzt hat sehr wohl die Pflicht, alles zu tun, um Leiden zu lindern, wenn sein Patient die bewusste Entscheidung getroffen hat, auf Nahrung und Flüssigkeit zu verzichten. Diese Pflicht besteht durchaus auch dann, wenn der Arzt nicht mit der Entscheidung des Patienten einverstanden ist.

Wenn jemand stirbt, nachdem er *sieben oder mehr* Tage kaum getrunken hat, ist davon auszugehen, dass die Austrocknung des Körpers den Tod ausgelöst oder beschleunigt hat. Solch ein bewusst herbeigeführter Tod wird von manchen mit 'Selbsttötung' gleichgesetzt. Dennoch wird diese Art, das Sterben zu beschleunigen, von der Person selbst und von ihren Angehörigen eher als natürlicher Sterbeprozess erfahren. Auch Ärzte bezeichnen ihn oft als 'natürlichen Tod', selbst wenn der Verstorbene nicht an einer tödlichen Krankheit gelitten hat.

Jedes Jahr entscheiden sich in den Niederlanden ca. 2.800 Menschen, ihr Sterben durch bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu beschleunigen oder herbeizuführen.⁶ Das Leben in dieser Art, in Eigenregie zu beenden, kommt in genauso vielen Fällen vor wie

6. Chabot 2008





ärztliche Tötung auf Verlangen.⁷ In anderen Ländern existiert keine Statistik darüber, wie viele Patienten ihr Sterben durch bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beschleunigt haben.

Man kann die 2.800 Verstorbenen in drei Gruppen einteilen, die sich darin unterscheiden, ob eine (tödliche) Krankheit vorlag oder nicht.

29

- Etwa 30% der 2.800 Personen waren nicht ernsthaft erkrankt. Sie litten an Gebrechen wie Blindheit oder Taubheit, konnten nicht mehr laufen oder hatten unbehandelbare Schmerzen.
- Ebenfalls 30% litten an einer schweren psychischen und/oder somatischen, oft neurologischen Krankheit.
- Bei 40% der Betroffenen lag eine Krebs-Diagnose vor; einige befanden sich noch in einer frühen Phase der Krankheit, wünschten aber keine (weitere) Behandlung.

Die große Mehrheit derer, die durch Verzicht auf Essen und Trinken starben, war älter als 60 Jahre. Da in fortgeschrittenem Alter das Hunger- und Durstgefühl abnimmt, könnte älteren Menschen dieser Weg deshalb leichter fallen. Von Angehörigen wurde das Sterben bei Dreiviertel dieser Personengruppe als würdevoll beschrieben.⁸

Für den Arzt ist es eine Entlastung, wenn der Patient nicht darum bittet, ihn zu töten, sondern das beschleunigte Sterben selbst in die Hand nimmt. Wenn der Arzt akzeptiert, dass der Patient die Regie übernimmt, muss das nicht zwangsläufig einen Bruch in der Beziehung nach sich ziehen. Es kann sogar zu einer Vertiefung der Gespräche führen, wie die Beschreibung der Entscheidungsfindung von Frau B. zeigt (Abschnitt 2.8.1).

Menschen können tödliche Medikamente sammeln und den Zeitpunkt ihres Todes selbst festlegen (eigenverantwortliche Selbsttötung, siehe Kapitel 4). Aber für die schwerkranke Frau G. (Abschnitt 2.8.2), die darauf nicht vorbereitet war, blieb der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit die einzige Möglichkeit, nachdem ihr Arzt die Bitte nach Sterbehilfe ausgeschlagen hatte.

7. Onwuteaka-Philipsen 2007

8. Chabot 2007, Kapitel 6





2.4 Die Mundpflege

30 Aus Untersuchungen von Chabot (2007) geht hervor, dass die negative Bewertung des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit einseitig ist. Darauf weisen die Aussagen von Angehörigen der Patienten hin, die sich für den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit entschieden hatten. Demnach haben Dreiviertel dieser Patienten einen würdevollen Tod. Dies steht in auffälligem Gegensatz zu der landläufigen Meinung, dass es sich um einen würdelosen, qualvollen Tod durch 'Verhungern und Verdursten' handele und daher als 'menschenunwürdig' zu verurteilen sei. Es ist viel zu wenig bekannt, dass Hunger- und Durstgefühle durch entsprechende Maßnahmen der Mundpflege stark reduziert werden können. Der unwürdige Verlauf bei Frau G. (siehe Kapitel 2.8.2) wurde dadurch verursacht, dass sie selbst und ihre Familie nicht wussten, wie sie den Verlauf hätten erträglich gestalten können, und zudem hat der Hausarzt die palliative Pflege vernachlässigt.

Wie viele aus eigener Erfahrung wissen, verschwindet bei strengem Fasten bereits nach ungefähr zwei Tagen das Hungergefühl, und es kommt stattdessen ein Wohlgefühl auf. Das kommt dadurch, dass der Körper, sobald er keinen Zucker oder andere Kohlenhydrate mehr aufnimmt, einen morphin-ähnlichen Stoff bildet, der sich positiv auf die Stimmung auswirkt. Außerdem entstehen bei strengem Fasten durch die Verbrennung von Fetten bestimmte Stoffe (Ketone), die eine schmerzstillende Wirkung haben.⁹

Für die Person selbst und für die Angehörigen ist es wichtig zu wissen, dass das Durstgefühl durch Austrocknung der Mundschleimhaut entsteht. Wenn man vermeiden kann, dass der Mund austrocknet, wird das Durstgefühl erträglich sein. Das ist eine Erfahrung aus der palliativen Pflege von Patienten im Endstadium.

Es gibt drei Sorten von Hilfsmitteln, um das Durstgefühl zu verringern: Mittel, die den Mund erfrischen, Mittel, die die Speichelbildung stimulieren und Speichel ersetzende Mittel. Von jeder Sorte sind mehrere Marken im Handel, die am Ende dieses Abschnitts aufgeführt sind. Ein viertes Mittel dient dazu, den Mund zu reinigen und Pilzinfektionen zu vermeiden. Diese Infektionen können auftreten, wenn die natürliche Mundreinigung dadurch gestört ist, dass man nicht mehr isst und trinkt.

Erwägt jemand, durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit das

9. Chabot 2007





Sterben in die eigene Hand zu nehmen, ist er oft zuversichtlicher, wenn er zuvor ausprobiert hat, welche Mundpflege das Durstgefühl am effektivsten reduziert. Der amerikanische Arzt Terman, der dem Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ein ganzes Buch widmete¹⁰, hat es an sich selbst getestet und 96 Stunden nichts gegessen und getrunken. Dadurch erhielt er wertvolle Informationen darüber, welche Mundpflegemittel für ihn am geeignetsten waren und welche nicht. Terman taxierte sein Durstgefühl alle paar Stunden auf einer Skala von 0 (kein Durst) bis 10 (extremer Durst). Bei guter Mundpflege kam er nie über einen Wert von 5. Sein Hungergefühl kam auf derselben 0-10-Skala nie über 2. Ein längeres Zitat verdeutlicht, was man über eine gründliche Vorbereitung lernen kann:

31

Den üblichen Rat, gegen den Durst an einem Mullsäckchen mit Eissplittern zu saugen, habe ich nicht befolgt, weil ich Angst hatte, dass ich das zu oft tun und damit zu viel Wasser zu mir nehmen würde. Ich gebrauchte auch keine Zitronentropfen mit Zucker und keine Limonade, weil der Zucker darin die Insulinproduktion anregt und so ein Hungergefühl weckt. Alle paar Stunden benutzte ich ein Mundspray mit Speichelersatz, das meinen gesamten Mundraum erfrischte. Auch zuckerfreies Kaugummi erfrischte meinen Mund. Ich rieb mir mit einem Mullstückchen Speichelersatz in Form von Gel auf das Zahnfleisch und den Gaumen, damit das Gel die Austrocknung des Mundes während des Schlafes verhinderte. Meine Zähne putzte ich mit einer extra weichen Zahnbürste und mit Kinderzahncreme, die die Mundschleimhaut weniger reizt. Um mein Gesicht zu erfrischen, verwendete ich Rosenwasser oder Glycerin. Meine Lippen hielt ich mit Vaseline feucht. Während der ersten Tage brauchte ich kein Nasenspray und kein Gel für die Augen, aber ich hatte es vorrätig.

Die Vorsorge, die in diesem Zitat beschrieben wird, verdeutlicht, dass ein gesunder Mensch, der vier Tage lang nichts trinkt, zwar durstig ist, aber kein unerträgliches Durstgefühl haben muss. Es gibt Anzeichen dafür, dass das Durstgefühl im Alter abnimmt.¹¹ Aus Untersuchungen in Hospizen geht hervor, dass erfahrenes Pflegepersonal die Qualität des Sterbeprozesses bei Patienten, die ihren Tod durch bewussten Ver-

10. Terman 2006

11. Phillips 1984





32

zicht auf Nahrung und Flüssigkeit beschleunigt hatten, durchschnittlich mit 'gut' bewerten.¹² In den Niederlanden wurden Angehörige und Pflegepersonal gebeten, das Sterben nach dem bewussten Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in häuslicher Umgebung zu bewerten (siehe Kapitel 2.3). Bei Dreiviertel der Betroffenen wurde der Verlauf als würdig bewertet.¹³ Viele hatten zuvor keine Informationen über diesen Weg eingeholt. Durch sorgfältige Vorbereitung hätte der Verlauf wahrscheinlich für noch mehr Patienten erträglich gemacht werden können. Wir stimmen der Schlussfolgerung von Docker zu, dass einige Menschen aufgrund des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit einen friedlichen Sterbprozess erlebt haben. Es ist aber auch eindeutig, dass der größere Teil von ihnen professionelle palliative Pflege erhalten hatten.¹⁴

Das Bewusstsein wird durch das Fasten nicht beeinträchtigt, solange der Patient keine Krankheit hat, die mit Fieber einhergeht, und er keine Medikamente einnimmt, die schläfrig machen oder das Bewusstsein trüben. Wenn man nicht mehr trinkt, können die Nieren nach ein oder zwei Wochen den Harnstoff nicht mehr aus dem Blut spülen. Dadurch steigt die Konzentration des Harnstoffs im Blut, was ein allmählich zunehmendes Gefühl der Benebelung verursacht. Es ist wichtig zu wissen, dass es möglich ist, dieses Gefühl zu vermindern, indem man ein wenig Wasser trinkt, damit die Nieren einen Teil des Harnstoffs ausscheiden können. Der Sterbeprozess dauert dann unter Umständen etwas länger, aber es gibt Menschen, die sich dafür entscheiden, um bis zum Tod noch Momente eines klaren Bewusstseins zu haben. Andere wiederum empfinden eine Bewusstseinstörung durch eine hohe Harnstoffkonzentration im Blut als eher angenehm.

12. Ganzini 2003

13. Chabot 2007

14. Docker 2007, Printz 1992, Bernat 1993 und Quill 1997 haben unter anderem diese Sichtweise formuliert.





Zusammenfassung der wichtigsten Mittel für die Mundpflege

Alle Mittel sind gleichermaßen wirksam. Die Angehörigen bzw. Pflegekräfte können sie selbst bereiten, sich in einer Apotheke darüber informieren oder sie in einer Apotheke kaufen:

33

1. Munderfrischung:
 - den Mundraum mit einem Wasserzerstäuber befeuchten;
 - in Splitter zerkleinertes Eis bzw. kleine Eiswürfel in ein Mullsäckchen gebunden, an dem man saugen kann;
 - zuckerfreies Eis am Stiel;
 - Auswischen des Mundes mit in Wasser getränkten Gazetupfern
2. Mittel, welche die Speichelbildung anregen:
 - zuckerfreies Kaugummi, z. B. Bioten, V6 oder Freedent.
3. Mittel, die den Speichel ersetzen (Speichelersatzmittel). Diese verhindern für mehrere Stunden das Austrocknen der Mundschleimhaut. Das ist während des Schlafens sehr wichtig. Sie werden als Spray oder Gel angeboten:
 - als Spray: Salivart
 - als Gel: Oral Balance, Saliva Orhana oder Xialine. Diese Mittel sind rezeptfrei erhältlich, ihre Bewertung ist Geschmackssache.
4. Mundreinigung mit Antiseptika zur Vorbeugung von (Pilz-) Infektionen, zwei bis drei Mal täglich:
 - Dentaswab Wattestäbchen (nicht imprägniert), die in eine alkoholfreie Chlorhexidin-Lösung getränkt sind (z. B. Periogard Chlorohex 2000 Mundspülung, Lieferant: Colgate Palmolive GmbH; eine Alternative: Oral B Chlorhexidin-Spülung).
 - Die Wattestäbchen können auch in eine Kochsalzlösung getaucht werden, wenn die erwähnte Mittel nicht erhältlich sind. Damit streicht man zwei bis drei Mal täglich über die Zunge und entlang der Innen- und Außenseite des Zahnfleisches, um es vom Befall zu reinigen.

Achtung: Man soll nicht vergessen, nach der Mundreinigung die Lippen einzufetten mit Vaseline.





2.5 Die palliative Pflege und Begleitung

34

Für einen älteren einsamen Menschen, der keine Kinder oder andere Vertrauenspersonen in seiner Umgebung hat, ist ein bewusster, zum Tode führender Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit nur sehr schwer durchführbar. Es besteht das Risiko, dass er für unzurechnungsfähig erklärt und künstlich ernährt wird, wenn er so stark geschwächt ist, dass er sich nicht mehr dagegen wehren kann. Bevor man sein Leben auf diese Art beendet, sollte man deshalb einen Bevollmächtigten ernennen, der darauf achtet, dass die Verweigerung künstlicher Ernährung oder die Verweigerung einer Überweisung in ein Krankenhaus respektiert wird.¹⁵ Die Pflege durch Angehörige und/oder Pflegekräfte wird nach einigen Tagen immer wichtiger, wenn man würdevoll sterben will.

Palliative ärztliche Begleitung ist wünschenswert und man sollte sie anstreben, man kann aber darauf verzichten, wenn ein Arzt die Mitarbeit verweigert. In einem solchen Fall ist es wichtig, den Arzt, der palliative Pflege verweigert, auf seine gesetzliche Fürsorgepflicht hinzuweisen. Diese Fürsorgepflicht bleibt auch bestehen, wenn ein Arzt den Wunsch eines zurechnungsfähigen Patienten zu sterben, persönlich für falsch hält. Wenn ein Arzt seine Mitarbeit verweigert, kann man versuchen, einen anderen Arzt zu finden. In der Praxis ist das oft nicht möglich, insbesondere dann, wenn sich mehrere Ärzte verbünden und ihre Mitarbeit verweigern. Ohne ärztliche Begleitung ist die Durchführung der Methode trotzdem möglich, aber Beratung und Unterstützung durch eine erfahrene palliative Pflegekraft ist dann unerlässlich.

Aus Untersuchungen wissen wir, dass einem Großteil der Menschen, die nach Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit starben, lindernde Mittel verschrieben worden waren. Etwa 40% der 2.800 Verstorbenen bekamen Morphin verschrieben, insbesondere dann, wenn eine schmerzhaft, tödliche Krankheit vorlag.

Ein verantwortlicher Patient hat das Recht, vom behandelnden Arzt eine Antwort auf die Frage zu erhalten, ob sein Sterben durch das Absetzen eines bestimmten Medikaments beschleunigt werden könne. Ältere oder kranke Menschen nehmen in der Regel verschiedene Medikamente gleichzeitig ein. Doch nur in wenigen Fällen ergreift ein

15. Zum Verfassen von Vollmachten siehe die Website www.patientenverfuegung.de





Patient die Initiative, diese Medikamente in der Hoffnung auf einen schnelleren Tod abzusetzen. Außerdem kann das bei bestimmten Medikamenten auch zu unnötigen Problemen führen. Deshalb ist es besser, ein Medikament nur in Absprache mit einem Arzt abzusetzen. In der palliativen Pflege werden neben Schlaf- und Beruhigungsmitteln auch diverse Schmerzmittel, wie Paracetamol, eingesetzt. Manche, aber nicht alle, können in dieser Situation als Zäpfchen verabreicht werden, wie der bereits genannte Arzt Terman mit Diclofenac (drei Mal täglich 50 mg als Zäpfchen) an sich erfolgreich getestet hat.¹⁶ Viele Patienten bekommen Morphin. Morphin hat allerdings einen entscheidenden Nachteil. Wenn jemand einige Tage kaum getrunken hat und Morphin schnell zu hoch dosiert wird, kann es Verwirrungen und Halluzinationen auslösen. Das beeinträchtigt den Kontakt zu den Angehörigen und erschwert einen bewussten und würdigen Abschied. Ärzte neigen dazu, die Verwirrung des Patienten eher auf die Austrocknung als auf die Wirkung des Morphins zurückzuführen. Statt das Morphin zu reduzieren, setzen sie zusätzlich ein Mittel ein, das schläfrig macht, wie Dormicum oder Valium. Dadurch wird das Bewusstsein eher getrübt, als dass es aufklart. Es sind dann manchmal die Angehörigen oder Pflegekräfte, die einen Arzt auf dieses Missverständnis hinweisen müssen, wenn der Patient dazu nicht mehr in der Lage ist. Die Beratung eines palliativen Spezialisten ist dann gefragt.

35

Es ist oft schwierig vorauszusehen, ob jemand bereits bei einer niedrigen Dosis Morphin mit Verwirrung reagieren wird. Es empfiehlt sich daher, diese Reaktion zu testen, bevor man mit dem Essen und Trinken aufhört. Die Tochter eines Arztes, der sich zu Tode gefastet und gedurstet hatte, berichtete, dass ihr Vater eine Woche, bevor er aufhörte zu trinken, sich auf eine niedrige Dosis Morphin (zwei Mal täglich eine Tablette a 10 mg) eingestellt hatte. Bei dieser Menge blieb sein Bewusstsein klar, und das Morphin hatte eine positive Wirkung auf seine Stimmung. Die Menge brauchte während der 15 Tage, die der Sterbeprozess dauerte, nicht erhöht zu werden. Als in den letzten Tagen das Schlucken von Tabletten nicht mehr möglich war, wurde ihm eine vergleichbare Dosis Morphin unter die Haut gespritzt. Dieselbe Erfahrung machte ein hochbetagter Chirurg, der am Leben litt und es beenden wollte. Er kündigte seinen Kindern an, dass er sich zu Tode fasten und dursten würde. Zuerst probierte er aus, wie er auf eine niedrige Dosis Morphin reagieren würde. Danach nahm er dieselbe Dosis

16. Terman 2006





36 während der zweiwöchigen Sterbephase und konnte so human sterben. Für Patienten, die selbst keine Ärzte sind, ist es schwer nachzuvollziehen, warum sie nicht dieselbe schmerzlindernde Behandlung bekommen sollen. Aufgrund der genannten und anderer Erlebnisse stimmen wir Sidney Wanzer *nicht* zu, wenn er eine terminale Sedierung empfiehlt, nachdem der Patient aufgehört hat zu essen und zu trinken.¹⁷ Wir sind der Meinung, dass die Maßnahmen, die den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit erträglich machen (siehe 2.4 und 2.7), nur sehr wenig oder gar kein Morphin erfordern.

Es ist nicht beabsichtigt, hier ausführlicher auf den Einsatz verschiedener palliativer Mittel einzugehen. Es soll nur verdeutlicht werden, dass ein optimaler Verlauf eine sorgfältige Vorbereitung und medizinisches Fachwissen erfordert. Dieses jedoch ist unter Ärzten noch zu wenig verbreitet, weil in ihrer Aus- und Weiterbildung dem Sterben durch Verzicht auf Essen und Trinken in Eigenregie des Patienten zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. In einem aktuellen niederländischen Standardwerk über palliative Pflege wird das Thema z. B. überhaupt nicht berührt.¹⁸ Hausärzte lernen in ihrer Ausbildung zwar, wie sie mit Patienten verfahren sollen, die unter ihrer Regie sterben, sie lernen aber in der Regel nicht, wie sie mit einem Patienten umgehen sollen, der selbst die Regie über sein Sterben führen will.

2.6 Die Dauer

Wenn jemand innerhalb von sieben Tage stirbt, ist davon auszugehen, dass für den Tod in hohem Maße eine Krankheit verantwortlich ist. Diese Fälle sind in der folgenden Tabelle nicht berücksichtigt.

17. Wanzer 2007. Vgl. Syme 2008

18. De Graef 2006, Vgl. Spreeuwenberg, 2002, der FVNF behandelt.



**Tabelle:**

Dauer des Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit bis zum Eintritt des Todes bei 97 Personen¹⁹, aufgeschlüsselt nach Schwere der Krankheit:

	tödliche Krankheit	schwere Krankheit	keine tödliche oder schwere Krankheit
7-9 Tage	10	9	5
10-12 Tage	10	7	4
13-15 Tage	8	4	10
16-18 Tage	3	0	1
19-30 Tage	8	4	3
31-60 Tage	0	6	2
über 60 Tage	0	1	2
Gesamt	39	31	27

37

Einige Patienten, die vollständig aufgehört hatten zu essen und zu trinken, waren bereits nach sieben bis neun Tagen verstorben. Eine schwere Krankheit oder das hohe Alter haben das vergleichsweise schnelle Sterben befördert. Die Mehrzahl (ca. 70%) verstarb innerhalb von 16 Tagen, weil sie auch das Trinken ganz eingestellt hatten. Weitere 20% starben nach 16-30 Tagen: sie hörten von einem auf den anderen Tag mit Essen auf, aber verringerten die Flüssigkeitszufuhr erst allmählich und tranken schließlich fast gar nichts mehr. Einige Patienten (ca. 10%) begannen mit dem Fasten, tranken aber noch lange und unbegrenzt weiter. Erst nach ein bis zwei Monaten begannen sie auch weniger zu trinken. Wer sich dafür entscheidet, durch Verzicht auf Essen und Trinken zu sterben, hat also selbst Einfluss auf die Dauer des gesamten Prozesses: Man kann den Abschied hinauszögern, indem man hin und wieder etwas trinkt. Man kann ihn beschleunigen, indem man gar nichts mehr trinkt.

Bei einigen tödlichen Krankheiten, besonders bei Krebs, ist es ein bekanntes Symptom, dass das Bedürfnis nach Nahrung und später auch nach Flüssigkeit spontan abnimmt. Jemand, der sein Sterben beschleunigen will, wird in diesem Fall nach der Entscheidung, nicht mehr zu essen und zu trinken, kaum Hunger und Durst leiden. Ärzte sind oft unsicher, ob sie diese Information an Krebspatienten weitergeben dürfen, die noch Monate leben könnten, aber ausdrücklich ihren

19. Chabot 2007, Kapitel 6





38 Wunsch zu sterben artikulieren. Dieses Verlangen braucht nicht unbedingt durch belastende somatische Symptome verursacht zu sein, sondern kann auch durch den Wunsch des Patienten, das Ende nicht unnötig hinauszuzögern, entstehen. Das Verlangen, eher zu sterben, ist für sich genommen kein Grund für einen Hausarzt in den Niederlanden, Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten, denn es handelt sich nicht um unerträgliches Leiden durch Schmerzen oder andere schwerwiegende Symptome.

In Gesprächen über Sterben an Krebs, über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten herrscht zwischen Ärzten und Patienten mittlerweile eine weitgehende Offenheit. Es ist jedoch merkwürdig, dass oft nicht darüber gesprochen wird, wie jemand die Regie seines Sterbens selbst in die Hand nehmen kann, wenn er den ausdrücklichen Wunsch dazu hat und vom Arzt darüber konkret informiert werden will, wie er seinen Sterbeprozess beschleunigen kann.

2.7 Zusammenfassung der Maßnahmen, die den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit erträglich machen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde besprochen, wie die Sterbephase bei bewusstem Verzicht auf Essen und Trinken günstig beeinflusst werden kann. Die zwei Beispiele in Abschnitt 2.8 zeigen, dass es ein Unterschied wie Tag und Nacht ist, wie Frau B. und Frau G. ihre letzten Tage erlebt haben, obwohl beide von Angehörigen und Pflegepersonal betreut wurden. Was machte den Unterschied aus? Wir fassen hier zusammen, was einen erträglichen Verlauf fördert:

1. Die mentale Vorbereitung auf einen unwiderrufflichen Abschied vom Leben

Für einen guten Verlauf von FVNF ist die innere Akzeptanz des Sterbens sehr wichtig. Wenn das Lebensende sich durch eine schwere Krankheit oder durch hohes Alter abzeichnet, man aber den eigenen Tod noch nicht akzeptieren kann, überwiegt noch die Verbundenheit mit dem Leben. In manchen dieser Momente wird sich jemand vielleicht wünschen zu sterben, aber er wird sich noch widersprüchlich äußern. Für die Angehörigen und Pflegenden wirft das die Frage auf, ob der Betroffene tatsächlich sein Sterben beschleunigen will. Der Patient ist dann noch nicht 'so weit'. Wenn er aber bereits trotzdem damit beginnt, bewusst auf den Tod zuzusteuern, ist die mentale Vorberei-





tung nicht ausreichend und der Prozess kann noch nicht harmonisch verlaufen.

Es existiert auch die Meinung, dass es unmöglich wäre, den eigenen Tod zu akzeptieren. Die meisten Menschen würden demnach lieber am Leben bleiben, wenn nur die Umstände anders wären. Wenn jemand aber nicht weiß, wie er diese Umstände verändern kann, ist das Leben in seinen Augen nicht mehr lebenswert. Der Entschluss, selbstbestimmt zu sterben, ist oft eine durch unabwendbare Umstände erzwungene Entscheidung zwischen einem Leben, das so nicht mehr gelebt werden kann, und einem eigentlich inakzeptablen Tod. Die große Bedeutung der Gespräche mit Angehörigen und Therapeuten liegt deshalb darin, herauszufinden, ob die Umstände nicht vielleicht doch zu verändern sind.

39

2. Die Akzeptanz durch die Angehörigen, das Leben durch bewusstes Verzicht auf Essen und Trinken zu beenden

Es kommt regelmäßig vor, dass ein Kranker den Tod als unvermeidlich akzeptiert, dass aber ein Angehöriger dieser Person oder ein Arzt dazu noch nicht fähig ist. Das kann zu Auseinandersetzungen über diese Entscheidung oder über die Ausführung des Todeswunsches führen. Das Beispiel von Frau G. zeigt, wie der Streit mit dem Arzt über ihre Bitte um Sterbehilfe den Prozess erheblich belasten kann. Sie dachte, den Arzt zur Sterbehilfe zu bewegen, indem sie ihm zeigte, dass sie wirklich sterben wolle, aber er fühlte sich von ihr genötigt und entzog sich ihr. Wenn noch eine Vertrauensbasis vorhanden gewesen wäre, hätte der Arzt ihr erklären können, dass angesichts ihrer Lage Sterbehilfe seine moralischen Grenzen überschreitet. Er hätte sie dann auch damit beruhigen können, dass er sie durchaus begleiten würde, wenn sie ihrem Leben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ein Ende setzen würde. Bei dieser Art von Konflikt ist es sehr wichtig, dass ein Hausarzt das Gespräch mit der Familie sucht, um den Streit gemeinsam beizulegen. Wenn der Arzt dies nicht vermag, benötigt man einen externen Begleiter.

3. Der Unterschied zwischen dem Verzicht auf Nahrung und dem Verzicht auf Flüssigkeit

Es liegen einige Erfahrungen darüber vor, dass bei Verzicht auf Nahrung das Hungergefühl oft schon nach ein bis zwei Tagen verschwindet, wenn man ausschließlich Wasser trinkt. Aber sobald man eine kleine Menge Kohlenhydrate zu sich nimmt, zum Beispiel Zucker aus





Limonade oder Kaugummis, reagiert der Körper mit der Ausscheidung von Insulin, und es kann wieder Hunger auftreten.

40 Beim Verzicht auf Flüssigkeit ist es nicht ganz so eindeutig, welche Strategie zu bevorzugen ist. Abrupter vollständiger Verzicht auf Flüssigkeit stellt den Patienten vor eine sehr schwere Aufgabe. Ärzte berichten, dass das allmähliche Aufhören zu trinken manchmal besser vertragen wird. Zum Beispiel kann man die Flüssigkeit jeden Tag immer wieder halbieren. Am ersten Tag auf einen Liter, dann auf einen halben Liter (am zweiten Tag), auf einen viertel Liter (am dritten Tag) usw. Am sechsten Tag hat man dann bereits weniger als 50 ml Wasseraufnahme erreicht. Das entspricht dem Inhalt von einem halben Wasserglas. Danach kann man auf diesem Niveau bleiben oder ganz aufhören. Man kann aber auch 'nach Gefühl' stetig weniger trinken, so wie es Frau B. getan hat, die nach drei Wochen starb.

4. Die Mundpflege

Von allen praktischen Maßnahmen, den Verzicht auf Essen und Trinken erträglich zu machen, ist die Mundpflege die wichtigste. Am Ende von Absatz 2.4 sind die Möglichkeiten zusammengefasst, wie man das Austrocknen der Mundschleimhaut verhindern kann. Man bedenke dabei allerdings: was dem einem gut tut, kann dem anderen unangenehm sein. Eissplitter in einem Tüchlein, an dem man saugen kann, werden oft als Erleichterung empfunden, aber andere gönnen sich selbst das nicht. Ein mit Wasser gefüllter Handzerstäuber bietet Erleichterung. Die Menge Wasser, die man damit und mit dem Saugen an den Eissplittern pro Tag zu sich nimmt, fällt kaum ins Gewicht. Eine erfahrene palliative Pflegekraft kann die verschiedenen Möglichkeiten erläutern. Wenn diese Erfahrungen nicht direkt und gleich von Beginn an zugänglich sind, sollte man mit Hilfe von anderen *vorher* ausprobieren, was angenehm ist und was nicht. Denn, wenn sich durch die Austrocknung der Schleimhaut im Mund erst einmal Geschwüre und Schorf gebildet haben, wird es schwierig, sie im weiteren Verlauf erfolgreich zu behandeln.

5. Medikamente, die den Verlauf lindern

Aus der palliativen Pflege ist bekannt, dass ein Patient weniger über Schmerzen klagt, wenn er über die Dosierung und den Zeitpunkt der Einnahme der Medikamente selbst bestimmen kann. Der Hausarzt von Frau B. nutzte dieses Wissen und überließ ihr zu Beginn des Verzichts auf Essen und Trinken einige Schlaftabletten und Tabletten





gegen Angstzustände, die sie nur sehr sparsam einnahm. Nicht alle Ärzte sind dazu bereit, erst recht nicht, wenn sie noch nicht davon überzeugt sind, dass ihr Patient wirklich sterben will. Einige Ärzte geben zu Beginn keine lindernden Mittel, weil sie glauben, dass jemand in der ersten Phase des Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts beweisen muss, dass er es ernst meint. Das erweckt den Eindruck, dass der Patient dem Arzt gegenüber seinen ernsthaften Sterbewunsch beweisen muss, um lindernde Mittel zu erhalten. Damit ist ein Konflikt zwischen Arzt und Patient vorprogrammiert. Einige Verstorbene hatten sich, bevor sie das Essen und Trinken aufgaben, Schlaftabletten oder andere lindernde Medikamente für den Fall aufgespart, dass der Hausarzt sie nicht verschreiben würde. So konnte zwar ein Konflikt verhindert werden, aber die Vertrauensbasis wurde dadurch nachhaltig gestört.

41

6. Weitere praktische Maßnahmen

Eine spezielle Matratze, die das Wundliegen verhindert, kann wichtig sein, wenn jemand, nachdem er mehrere Tage nicht gegessen und getrunken hat, zu schwach ist, um noch aus dem Bett aufzustehen. Wenn man zu Hause stirbt, kann eine solche Matratze bei einer Hilfsorganisation gemietet werden; in der Schweiz oft bei sog. Krankenmobilen-Magazinen.

Einige raten zu einem Blasenkatheter, um die Belastung durch die Reinigungen zu minimieren. Andere glauben, dass eine gut absorbierende Windel weniger unangenehm ist als ein Katheter, auch deshalb, weil nach einiger Zeit die Urinmenge nachlässt.

Diese Hinweise können selbstverständlich nicht vollständig sein. Der tägliche Besuch eines Hausarztes und/oder die Beratung durch eine erfahrene palliative Pflegekraft können den Patienten und seine Familie am Sterbebett sehr beruhigen. Die Ratschläge können in jedem Fall dazu beitragen, dass das Hunger- und Durstgefühl erträglich bleibt und der Sterbende so lange wie möglich bei Bewusstsein ist.





2.8 Zwei Beispiele aus der Praxis

42

Es sei angemerkt, dass in den Niederlanden seit 2002 ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen möglich ist, vorausgesetzt, dass bestimmte gesetzliche Bedingungen erfüllt sind. Dieser gesellschaftliche Kontext hat, anders als in Deutschland, erheblichen Einfluss auf die Offenheit in Gesprächen zwischen Arzt und Patient.

2.8.1 Frau B.

Die Tochter und der Hausarzt haben berichtet, wie Frau B. in Harmonie mit ihrer Umgebung starb, nachdem sie aufgehört hatte zu essen und zu trinken.

Soziale Lage und Persönlichkeit: Frau B. war immer Hausfrau und seit zwölf Jahren Witwe. Sie hatte guten Kontakt zu ihren zwei Kindern. Sie lebte selbständig, hatte viele soziale Kontakte und führte mit ihren 86 Jahren ein abwechslungsreiches Leben. Ihre Tochter beschreibt sie als eine starke Frau, fürsorglich und mit Interesse für andere Menschen, dabei stabil in ihrem Gefühlsleben.

Medizinische Lage und Entscheidungsfindung: Frau B. litt an mäßigem Bluthochdruck. In den Monaten vor ihrer Entscheidung, ihr Leben zu beenden, hatte sie einige Male eine vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns (Transitorische ischämische Attacke, kurz TIA) mit kurzen Ausfallerscheinungen. Ihr Arzt hatte ihr erklärt, dass solch eine TIA bei Bluthochdruck der Vorbote einer größeren Hirnblutung, verbunden mit bleibenden Lähmungserscheinungen und/oder Sprachstörungen (Aphasie) sein kann, die auch tödlich verlaufen könnte. Außerdem hatte Frau B. Altersdiabetes, die sie aber mit Tabletten wirkungsvoll behandelte. Es gab also drei Diagnosen (Bluthochdruck, TIA und Diabetes Typ 2). Einige Wochen vor ihrem Tod ging plötzlich ihre Sehkraft stark zurück, so dass sie die Bildunterschriften im Fernsehen nicht mehr lesen konnte.

Frau B. hatte keine Angst vor dem tödlichen Verlauf einer weiteren Gehirnblutung, aber sie fürchtete, dass eine TIA der Vorbote von Lähmungen und Sprachstörungen sein und sie pflegebedürftig werden könnte. Ihr wurde klar, dass sie dann als Pflegefall in ein Alten- oder Pflegeheim aufgenommen werden müsste. Das hätte den Verlust ihres selbständigen Lebens bedeutet. Außerdem war sie davon überzeugt, dass sie das Leben in vollen Zügen genossen hatte und es nun auch genug für sie gewesen sei.





Während einer Periode von mehreren Monaten besprach Frau B. mit ihrem Hausarzt ihren Wunsch, das Leben auf eine gute Art zu beenden und wie sie das, ohne ihn zu belasten, in die eigenen Hände nehmen könne. Frau B. fand selbst, dass kein unerträgliches Leiden vorlag. Deshalb wollte sie ihn auch nicht um eine lebensbeendende Maßnahme bitten, zumal sie so etwas grundsätzlich ablehnte. Sie wollte für ihr Sterben selbst verantwortlich sein, solange das noch möglich war. Sie sprach mit ihrem Arzt ausführlich über die Möglichkeit, durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit aus dem Leben zu gehen. Der Arzt befand, dass Frau B. in der Lage sei, diese wichtige Entscheidung selbst zu treffen und voll verantwortlich sei. Mit ihren Kindern hatte sie ihr Vorhaben, ihr Leben so zu beenden, während der Phase der Entscheidungsfindung nicht besprochen.

43

Drei Wochen vor ihrem Tod bat die Tochter den Hausarzt, vorbei zu kommen, weil sich ihre Mutter nicht wohl fühle. 'Sie sagt, dass es ihr schlecht geht und sie bleibt im Bett liegen'. Nach den vorangegangenen Gesprächen über ihren Wunsch zu sterben, gab es an diesem Tag etwas in der Haltung der Frau, das den Arzt veranlasste, sie in Anwesenheit der Tochter zu fragen: 'Wollen Sie sterben?' Die Antwort lautete: 'Ja.' Das kam für die Tochter unerwartet. Frau B. scherzte daraufhin: 'Papa hat gesagt, du brauchst nichts mehr zu essen, du kriegst dann oben was.' Sie ließ keine Diskussion über ihre Entscheidung zu, dass nun der richtige Moment gekommen sei, mit dem Essen und Trinken aufzuhören. Die Tochter fragte den Hausarzt: 'Wie kann ich wissen, dass sie wirklich nicht mehr essen will?' Der Hausarzt nahm einen Teller mit Essen, der neben dem Bett stand und bot ihn Frau B. an. Sie schüttelte den Kopf. 'Nein, ich will nicht.' Der Hausarzt sagte zur Tochter: 'Sie können es ihr anbieten, dann werden Sie schon sehen, was passiert.' Das beruhigte die Tochter etwas. 'Wenn meine Mutter wirklich sterben will, dann merke ich das so ganz sicher.' Der Hausarzt hinterließ Frau B. einige Schlaf- und Beruhigungstabletten für den Fall, dass sie diese gegen Schlaflosigkeit oder andere unerwartete Beschwerden brauchen würde.

Am Tag, bevor sie ihren Entschluss, mit dem Essen und Trinken aufzuhören, dem Hausarzt und ihrer Tochter mitteilte, war Frau B. noch mit Freundinnen zum Senioren-Volkstanz gegangen und hatte ihrer Tochter ein Essen gekocht.





44

Der Verlauf: Für ihre Umgebung fast unmerklich verringerte Frau B. in der ersten Woche das Essen und Trinken. Auch nach der ersten Woche trank sie hin und wieder kleine Mengen, aber reduzierte das bald auf ein gelegentliches Eis am Stiel oder einen kleinen Schluck Kaffee. Wenn ein Enkel zu Besuch kam, aß sie ‘zur Gesellschaft’ ein kleines Häppchen mit. Ihre Kinder waren abwechselnd immer bei ihr und verwöhnten sie. Nach zwei Wochen wurde sie deutlich schwächer, aber sie blieb bis zum Tag ihres Todes bei klarem Verstand. In der letzten Woche nahm sie zwei Mal eine halbe Schlaftablette, um die Nacht besser zu überstehen. Einige Tage vor ihrem Tod bekam sie Beklemmungen und Angst, aber das überwandt sie mit einer Beruhigungstablette. Die Mundpflege gelang mit Hilfe der Kinder gut, und sie klagte nicht über Durst. Dennoch sagte sie am Ende: ‘Sterben bleibt schwer. Man muss es ganz und gar selber tun, Papa hilft nicht und Vater und Mutter stehen dir auch nicht bei.’ Sie starb in der Nacht, während ihr Sohn, der bei ihr wachte, gerade einen Kaffee aufsetzte. Er hörte sie seufzen und als er zu ihr kam, war es vorbei. Die Gesamtdauer vom Beginn des Fastens betrug drei Wochen, während der letzten zehn Tage hatte sie nichts mehr getrunken.

Die Tochter bemerkte dazu: ‘Das ist eine wertvolle Periode in unserem Leben gewesen, weil wir alle zusammen noch einmal für sie sorgen konnten, um ihr den Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit zu erleichtern. Wir kümmerten uns darum, dass Leben im Haus war und sie Abwechslung hatte, wenn sie wach war. Für ihr und unser Gewissen war es wichtig, das der Arzt jeden Tag vorbei kam und sich viel Zeit für uns nahm.’

Nachträgliche Bemerkungen: Im Vergleich zu dem zweiten Beispiel, das wir hier aufführen, ist dieser Sterbeprozess ungewöhnlich ruhig verlaufen. Die Faktoren, die dazu beigetragen haben, sind:

- Sowohl die Tochter als auch der Arzt charakterisieren Frau B. als ausgeglichene, starke Persönlichkeit. Sie wollte die Verantwortung für ihr Sterben selbst übernehmen.
- Sie war gut vorbereitet auf das, was sie erwarten würde.
- Der Hausarzt kam jeden Tag vorbei und stellte vorsorglich Schlaf- und Beruhigungstabletten bereit. Schmerzmittel erwiesen sich als unnötig; einige Schlaftabletten und ein angstlinderndes Mittel waren ausreichend. Es ist eine aus der palliativen Pflege bekannte Erfahrung, dass die Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen dann am besten verläuft, wenn der Betroffene die Dosierung





der Schmerzmittel oder anderer lindernder Mittel selbst bestimmt. Das verringert die Angst, dass man in einem bestimmten Moment unbezwingbarem Elend ausgeliefert ist.

- Frau B. hörte allmählich mit dem Essen und Trinken auf und folgte dabei ihrem eigenen Zeitgefühl.
- Die fürsorglichen Kinder und Enkel haben den Prozess erleichtert, indem sie ihrer (Groß-)Mutter ihre Aufmerksamkeit schenkten und während der wachen Stunden ihren Geist beschäftigten. Trotzdem betonte Frau B. am Ende, dass man 'es' selbst tun müsse, und das sei schwer.

45

2.8.2 Frau G.

Der Sohn, die Schwiegertochter und der Arzt haben vom Sterben von Frau G. berichtet.

Soziale Lage und Persönlichkeit: Frau G. (83) war seit 20 Jahren Witwe. Mit ihrem einzigen Sohn und ihrer Schwiegertochter, die sie im Pflegeheim mehrmals in der Woche besuchten, stand sie in gutem Kontakt. Sie war außergewöhnlich vital und stand bis zu ihrem 81. Lebensjahr noch jede Woche auf dem Tennisplatz, machte lange Spaziergänge mit einer Freundin und hatte einen festen Kreis, mit dem sie Bridge spielte. Ihr Leben lang legte Frau G. großen Wert auf ein sehr gepflegtes Äußeres und auf das Einhalten der Etikette. Dabei ging sie ihren eigenen Weg. Ihr Sohn beschrieb sie als willensstark, aber auch als dickköpfig.

Medizinische Lage und Entscheidungsfindung: Zwei Jahre vor ihrem Tod stellten Ärzte fest, dass in ihrer weißen Hirnsubstanz Blutungen aufgetreten waren, die Parkinson-ähnliche Symptome zur Folge hatten: Zunehmende Probleme beim Schlucken und Sprechen, ein starkes Zittern und ein spastischer linker Arm. Die Behandlung mit dem Mittel Madopar linderte die Beschwerden nur vorübergehend.

Nur mit größtem Widerwillen war Frau G. ein Jahr vor ihrem Tod aus ihrer eigenen Wohnung in ein Pflegeheim gezogen, weil sie durch ihre Parkinson-Erkrankung keine Treppen mehr steigen konnte. Im Pflegeheim knüpfte sie anfänglich neue soziale Kontakte. Aber je mehr die Schluckstörungen zunahmen, desto mehr begann sie zu sabbern. Sie wollte deshalb nicht mehr zu den Mahlzeiten oder am Bridge-Tisch erscheinen, denn 'wie sieht das aus!' Es wurde immer schwieriger, sie zu verstehen, insbesondere in Gesellschaft. Dadurch war sie nach kurzer Zeit sozial isoliert.



Als sie ihre Sterbewunsch äußerte, konnte sie bereits nicht mehr allein aufstehen und wurde mit einem Lifter aus dem Bett gehoben. Ihr Essen wurde püriert, trotzdem blieb das Schlucken schwierig. Sie hustete viel und konnte den Schleim aus den Atemwegen immer schlechter abhusten. Medikamente, um den Schleim flüssiger zu machen, halfen wenig. Weil sie den Schleim nicht herunterschlucken konnte, bekam sie hin und wieder Erstickungserscheinungen. Ihr wurde klar, dass diese Abhängigkeit nur noch zunehmen würde. Die soziale Isolation durch ihr undeutliches Sprechen gab für sie den Ausschlag, nicht mehr leben zu wollen.

Im Nachhinein glauben ihr Sohn und ihre Schwiegertochter, dass diese Behinderungen und deren Bedeutung für Frau G. nur ungenügend mit dem Hausarzt besprochen worden sind. Die Schwiegertochter berichtete, dass Frau G. die Unterlagen der NVVE (Niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende) bereits bei sich hatte, als sie in das Pflegeheim aufgenommen wurde. Sie hatte das Ausfüllen und Unterschreiben der Papiere nur immer wieder hinausgeschoben, bis sie den Zeitpunkt für richtig erachtete, an dem sie wirklich Abschied vom Leben nehmen wollte. Als sie wiederholt fast an ihrem Schleim erstickt wäre und daher Angst bekommen hatte, bat sie ihre Schwiegertochter vorbeizukommen und die NVVE-Papiere fertig zu machen.

Sowohl der Hausarzt als auch die beiden Angehörigen beurteilten sie als Urteilsfähig und in der Lage, die Entscheidung nach Abwägung allen Für und Widers zu treffen. Der Hausarzt schätzte sie nicht als depressiv ein. Sie unterschrieb die Unterlagen der NVVE in dem Moment, in dem sie aufgrund der Probleme mit dem Sprechen, Schlucken und Sabbern die Grenze dessen überschritten sah, was für sie ein sinnvolles soziales Leben bedeutete. Beim Gespräch mit dem Hausarzt, bei dem sie ihn um lebensbeendende Maßnahmen bat, war die Schwiegertochter anwesend. Jetzt, nachdem Frau G. nach einem Jahr den Antrag unterschrieben hatte, war davon auszugehen, dass der Arzt nicht allzu lange damit warten würde.

Der Hausarzt weigerte sich jedoch, weil er sich durch Frau G. unter Druck gesetzt fühlte. Er war davon beeindruckt, dass Frau G. noch mit 80 Jahren regelmäßig Tennis gespielt hatte. Er glaubte, dass sie nur deshalb Mühe damit habe, die Behinderungen zu akzeptieren, weil sie immer in ausgesprochen guter physischer Verfassung gewesen war. Im Vergleich zu anderen Bewohnern des Pflegeheims hielt er das unverständliche Sprechen und das Sabbern nicht für außergewöhnlich. Andere ältere Menschen, die ihren Speichel nicht schlucken konnten



und ihn mit einem Taschentuch auffingen, kamen sehr wohl zu Tisch und spielten Bridge. Wenn er allein mit ihr sprach, konnte er sie auch gut verstehen. Der Hausarzt sah deshalb nicht ein, warum die Behinderungen für Frau G. unerträglich sein sollten. Schließlich spielte bei der Ablehnung ihrer Bitte um Sterbehilfe auch eine Rolle, dass keine tödliche Krankheit vorlag. ‘Wenn ich in dieser Situation Sterbehilfe leiste, wo soll ich dann bei anderen Bewohnern des Pflegeheims, die mich auch darum bitten, die Grenze ziehen?’

47

Frau G. machte diese Ablehnung wütend. Am darauf folgenden Wochenende beschloss sie, mit Essen und Trinken aufzuhören; eine Methode, die sie allerdings für menschenunwürdig hielt. Ihr Sohn und ihre Schwiegertochter konnten sie nicht mehr davon überzeugen, ihren Plan zu verschieben. Sie sagte: ‘Ich höre auf, weil der Arzt mir nicht helfen will. Mein Wille ist stark genug um durchzuhalten.’

Der Verlauf laut Aufzeichnungen des Pflegepersonals im Dienstbuch:

Das Pflegepersonal notierte über die Schluckprobleme und das Abhusten des Schleims von Frau G.: ‘Sie isst und trinkt sehr schlecht, weil sie sich oft verschluckt; einmal lief sie blau an.’

Tag 1: ‘Frau G. beschließt, alle Medikamente sowie das Essen und Trinken zu verweigern, darauf hoffend, schnell zu sterben; heute Nacht trank sie noch ein Glas Wasser.’

Tag 2: ‘Aß und trank nichts, ließ kein Wasser und klagte über Schmerzen bei der Pflege. Vom Hausarzt bekam sie Paracetamol-Zäpfchen (500 mg), bis zu sechs Mal täglich. Sie will nicht mehr aus dem Bett in den Stuhl gehoben werden.’

Tag 3: ‘Weigert sich immer noch zu essen und zu trinken. Sie sagt, dass sie auf das Eingreifen des Arztes hofft.’

Tag 4: ‘Sie klagt immer noch über Schmerzen. Die Paracetamol-Zäpfchen werden auf 1000 mg erhöht.’

Tag 5: Der Hausarzt bittet einen s c e n -Arzt²⁰ um Unterstützung, aber der kann erst nach sechs Tagen kommen.

Tag 6: ‘Frau G. klagt über Schmerzen. Beim Wachwerden fragt sie: Bin ich denn immer noch nicht tot?’

Tag 7: ‘Sie reagiert weniger und bekommt Blasen im Mund.’

20. s c e n steht für Unterstützung und Konsultation bei ärztlicher Tötung auf Verlangen. Es umfasst ein landesweites Netzwerk von Ärzten, die in der Verbesserung der palliativen Pflege ausgebildet wurden. Ärzte, die mit der Bitte um Tötung auf Verlangen konfrontiert werden, können einen s c e n -Arzt als Berater hinzuziehen.





Tag 8 u. 9: Keine Berichte.

Tag 10: 'Beim Besuch eines SCEN-Arzttes ist Frau G. nicht mehr zu verstehen. Der Hausarzt gibt Durogesic 25' (ein Morphin-Pflaster; dies ist als Anfangsdosis sehr hoch und entspricht 60 mg Morphin in Tablettenform).

48 Tag 11: 'Sie ist komatös. In Anwesenheit der Familie stirbt sie am Nachmittag.'

Ihre Schwiegertochter sagt über die Tage, an denen keine Berichte vorlagen: 'Es war nicht mit anzusehen, wie sie da lag. Einige Schwestern kamen nach einem Besuch bei ihr weinend aus dem Zimmer.' Ihr Sohn sagt: 'Ich hätte ein Kissen auf ihr Gesicht drücken sollen, ihren Mund voller Blasen und Schorf konnte man nicht ansehen.'

Nachträgliche Bemerkungen:

- Arzt und Patientin haben es jeweils versäumt, ein Gespräch über Sterbehilfe innerhalb eines überschaubaren Zeitraums zu führen. Frau G. war es in ihrem unabhängigen Leben gewöhnt, die Worte schnell in Taten umzusetzen. Sie hatte sich keine Gedanken darüber gemacht, was für ihren Arzt Beihilfe zur Selbsttötung bei einem Patienten bedeutet. Nachdem sie ihre Entscheidung getroffen hatte, war ein offenes Gespräch über Alternativen oder über einen Aufschub nicht mehr möglich. Ihr Sohn hatte Verständnis für ihre Einstellung, dass es nun genug sei, und außerdem kannte er ihre unerbittliche Art, sodass er von einer Vermittlung absah.
- Es kommt öfter vor, dass sich die Standpunkte von Arzt und Patient widersprechen. In diesem Fall ging die Parkinson-Erkrankung mit Behinderungen einher, die für viele andere Patienten erträglich gewesen wären; das war jedenfalls die Erfahrung des Hausarztes. Aber Frau G. und ihre Angehörigen bezogen diese Behinderungen auf ihren persönlichen Lebensstil. Es handelte sich um eine nicht umkehrbare Behinderung des Laufens und der Benutzung der Toilette, aber vor allem des Sprechens und Schluckens, was zur Folge hatte, dass sie in Gesellschaft unverständlich sprach und sabberte. Das war für sie Grund genug, sich aus sozialen Beziehungen ganz zurückzuziehen. Als sportliche, kontaktfreudige Frau, die sie einmal war, fühlte sie durch die unumkehrbaren Behinderungen wie sie ihr vertrautes Leben immer mehr verlor. Darüber wurde allerdings in einer Phase, in der Frau G. ihren Arzt davon hätte überzeugen können, wie schwer das für sie wog, oder umgekehrt der Arzt noch Alternati-





ven hätte vorschlagen können, nicht gesprochen. Wäre das Gespräch zwischen Frau G. und ihrem Arzt nicht eskaliert, hätte eine schnelle Beratung durch einen SCEN-Arzt möglicherweise noch eine Brücke bauen können.

- Der Hausarzt kam nicht täglich an das Sterbebett der unter starken Schmerzen leidenden Frau G. Die Familie und das Pflegepersonal des Heimes haben sich deshalb nicht unterstützt gefühlt.
- Mundpflege: ab Tag 7 hatte Frau G. schmerzhafte Blasen im Mund. Das weist darauf hin, dass die Mundpflege nicht ausreichend war. Der Wunsch zu sterben, ohne dass eine tödliche Krankheit vorliegt, kann leider bei den Pflegenden eine gewisse Nachlässigkeit oder Unachtsamkeit gegenüber dem Patienten hervorrufen.
- Palliative Medikation: Es wurde Paracetamol verschrieben, die erste ‘Stufe’ der ‘Schmerzmitteltreppe’. Manchmal kann das reichen. Es wurden keine Schlafmittel verabreicht, die die Wachstunden von Frau G. verkürzt hätten. Warum das nicht passiert ist, geht aus den Aufzeichnungen des Pflegepersonals nicht hervor. Der Arzt sagte später, dass Frau G. nicht über Schlafprobleme geklagt hätte, aber ihr Sohn meinte, dass sie nur zu stolz gewesen sei, ihren Arzt noch einmal um etwas zu bitten. Aus den fehlenden Berichten von Tag 8 und 9 könnte man vielleicht schließen, dass die Lage in den Augen des Pflegepersonals nicht mit anzusehen war. Die Aussage der Schwiegertochter, dass einige Schwestern mit Tränen in den Augen aus dem Zimmer von Frau G. kamen, deutet darauf hin.
- Einige Ärzte assoziieren bewusstes Aufhören mit dem Essen und Trinken absichtlich mit Selbsttötung. Das kann eine moralische Verurteilung und ein ‘Regime des Schweigens’ auslösen. Viele Hausärzte betrachten jedoch ein Schlafmittel als normale palliative Behandlung in der letzten Lebensphase.
- Wenn ein Arzt es persönlich für eine falsche Entscheidung hält, dass eine voll verantwortliche Person ihr Leben beenden möchte, indem sie aufhört zu essen und zu trinken, muss er trotzdem seine Fürsorgepflicht wahrnehmen. Die Weigerung mancher Ärzte, wenigstens lindernde (Schlaf-) Mittel zu geben, weil sie nicht an einem ‘Selbstmord’ beteiligt sein wollen, widerspricht der gesetzlichen Verpflichtung zur Fürsorge. Es ist bekannt, dass die Familie nach dem Tod eines Angehörigen meistens keine Energie mehr hat, in einem solchen Fall den Arzt zu verklagen.





2.9 Checkliste für die Lebensbeendung in eigener Umgebung durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

50

Notwendige Vorbereitungen:

1. Der Wunsch zu sterben wird in einem Brief an den Arzt schriftlich festgelegt. Darin werden alle lebensverlängernde Maßnahmen, die Zuführung von Flüssigkeit und die Einweisung in ein Krankenhaus ausdrücklich untersagt.
2. Es wird ein Bevollmächtigter ernannt, der eine Kopie dieses Briefes an den Arzt erhält.
3. Wenn möglich, wird mit dem Arzt vereinbart, wann er zu Hausbesuchen kommt und wie er erreichbar ist.
4. Es sollte eine Pflegekraft eingestellt werden, die vom Arzt eingehend informiert wird.
5. Die häuslichen Pflegekräfte werden – sofern vorhanden – über den bevorstehenden Sterbeprozess informiert und informieren ihrerseits alle weiteren ambulanten Pflegekräfte, die ins Haus kommen.
6. Es wird eine Anti-Dekubitus-Matratze besorgt, um ein Wundliegen zu verhindern. Diese kann man bei einer Hilfsorganisation mieten, genauso wie andere Dinge (z. B. ein Urinal), das bei der Pflege gebraucht wird.
7. Es wird ein Tagebuch angelegt, in dem täglich alle Vereinbarungen und Auffälligkeiten notiert werden.
8. Die Mittel zur Mundpflege sind im Hause vorrätig (siehe Kapitel 2.5).

Nach dem Beginn der Verringerung der Flüssigkeitszufuhr:

9. Die engsten Pflegekräfte (Angehörige oder andere Vertrauenspersonen, die einen Teil der Pflege übernommen haben) lernen von einer professionellen Pflegekraft, wie man die Mundpflege richtig ausführt.
10. Der Arzt rät bei belastenden Symptomen (Angst, Unruhe, Beklemmung u. ä.) von Tag zu Tag zu lindernden Medikamenten.
11. Die engsten Pflegekräfte wissen, wen sie bei unerwarteten Symptomen anrufen können.
12. Die Wünsche der betroffenen Person werden so gut wie möglich erfüllt, und alle Aufmerksamkeit gilt ihrem Wohlergehen.





KAPITEL 3

Freiwillig mit einer Kombination von Medikamenten aus dem Leben gehen – *Grundsätzliche Ausführungen zu den in Kapitel 4 beschriebenen Medikamenten*

51

Es gibt einige Punkte und Überlegungen, die für alle im Folgenden beschriebenen Medikamente gelten. Sie werden in diesem Kapitel schrittweise behandelt. Ein umfassendes Verständnis dieser Basisinformation ist wichtig, damit die Ausführung des Freitods ohne Komplikationen und würdig verläuft. Es sind keine schwierigen Punkte, aber sie umfassen viele Einzelheiten, die man beachten sollte. Eine ausführliche Inhaltsangabe vereinfacht die Suche nach einzelnen Themen. Zur besseren Verständlichkeit geben wir eine Zusammenfassung sowohl für die Vorbereitungsphase (3.2.10) als auch für die finale Phase (3.3.3).

- 3.1 Nur wenige Medikamente sind gleichzeitig wirkungsvoll und human 52
- 3.2 Die Vorbereitungsphase: was man tun und wissen sollte 54
 - 3.2.1 Wirkstoffnamen und Handelsnamen von Medikamenten 54
 - 3.2.2 Haltbarkeit von Medikamenten 55
 - 3.2.3 Körpergewicht und Medikamentendosis 56
 - 3.2.4 Gespräche über die Absicht, sein Leben zu beenden 56
 - 3.2.5 Verweigerung lebensrettender Maßnahmen 56
 - 3.2.6 Medikamententoleranz und Entwöhnung 57
 - 3.2.7 Benzodiazepine: die Notwendigkeit, sie mit tödlichen Medikamenten zu kombinieren 59
 - 3.2.8 Antibrechmittel zur Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen 62
 - 3.2.9 Alkohol: Trinken in Maßen 64
 - 3.2.10 Die Vorbereitungsphase: eine Zusammenfassung 64
- 3.3 Die finale Phase: was man tun und wissen sollte 66
 - 3.3.1 Die Einnahme der Medikamente 66
 - 3.3.2 Die Haltung, in der die Medikamente eingenommen werden sollten 68
 - 3.3.3 Die finale Phase: eine Zusammenfassung 69
- 3.4 Medikamente kaufen und sammeln 71
- 3.5 Anonyme Meldung von Sterbefällen 75





3.1 Nur wenige Medikamente sind gleichzeitig wirkungsvoll und human

52

Es ist unerlässlich, dass die Vorbereitung und die Durchführung von selbstbestimmtem Sterben mit größter Sorgfalt stattfinden. Alle aufgeführten Schritte müssen genau befolgt werden. Das gilt für die Beschaffung der richtigen Medikamentenkombination, die Vorbereitung des Magens mit geeigneten Antibrechmitteln, die richtige Einnahme der Medikamente und die Sicherstellung, dass lebensrettende Maßnahmen unterlassen werden.

Eine Kette ist nur so stark wie ihr schwächstes Glied, und humanes Sterben ist nur dann gewährleistet, wenn jeder Schritt mit der gleichen Sorgfalt vorbereitet wird.

Von jeder Abweichung von den gegebenen Ratschlägen wird entschieden abgeraten.

Es sind Fälle dokumentiert, bei denen Ärzte Änderungen der hier angeratenen Medikamentenkombinationen empfohlen haben, was zum Mislingen oder zu einem qualvollen und inhumanen Sterben führte. Ein Beispiel möchten wir hier aufführen.

Ein Beispiel eines gescheiterten Versuchs

Eine 75-jährige Frau litt an einer lähmenden, jedoch nicht lebensbedrohlichen Krankheit. Sie bat ihren Hausarzt wiederholt um Hilfe, ihr Leben zu beenden. Der Arzt wollte nicht *aktiv* eingreifen. Die Frau entschied sich im Einvernehmen mit ihrem Arzt, selbst die entsprechenden, in Kapitel 4.1 beschriebenen Medikamente zu besorgen: Dextropropoxyphen (ein Opiat) in Kombination mit den Schlafmitteln Flurazepam und Oxazepam. Der Arzt besprach diese Kombination mit einem befreundeten Internisten. Der Internist riet entschieden vom Gebrauch des Dextropropoxyphen ab, weil eine Überdosis davon zu epileptischen Anfällen führen könne. Statt Dextropropoxyphen empfahl er ein Kalzium-Gegenmittel, das die Erregungsausbreitung im Herzmuskel verlangsamt. Der Internist glaubte, dass eine Überdosis zum Tod durch Herzstillstand führen würde. Die Frau und ihre Tochter hörten auf diesen mit Überzeugung vorgetragenen Rat eines Spezialisten. Die alte Dame nahm die empfohlenen Medikamente, doch zwölf Stunden später war sie immer noch wach und zeigte keinerlei Anzeichen, dem Tode nahe zu sein. Der Versuch, ihr Leben zu beenden, war gescheitert.





Auswertung dieses Falles

Eine hohe Dosis eines Kalzium-Gegenmittels kann manchmal zum Tod durch Herzstillstand führen. Aber sogar eine sehr hohe Dosis dieses Medikaments ist keineswegs immer tödlich. Die Chance zu überleben, ist beträchtlich. Der verbindliche Rat des Internisten basierte auf einem Einzelergebnis, und es fehlten ihm sachkundige toxikologische Grundlagen.

53

Es stimmt, dass eine hohe Dosis Dextropropoxyphen zu epileptischen Anfällen führen kann. Aber ein epileptischer Anfall wird durch eine hohe Dosis an Benzodiazepinen unterdrückt, wenn diese, wie es in diesem Buch immer wieder angeraten wird, gleichzeitig eingenommen werden. Selbst wenn ein Anfall aufträte, würde der Patient bereits in einem so tiefen Koma liegen, dass er davon nichts merken würde. Es ist jedoch richtig, dass es die Anwesenden verunsichern kann, einen epileptischen Krampf mit ansehen zu müssen.

Die Informationen in der Suizid-Literatur sind verwirrend. Oft wird angenommen, dass natürliche Substanzen, die in Giftpflanzen enthalten sind, in Frage kommen. Der Tod von Sokrates durch ein Schierlingsextrakt (lat. *Conium maculatum*) wurde von Plato als eine Form des sanften Todes romantisiert. Tatsache ist aber, dass das Gift im Schierling bei vollem Bewusstsein Lähmungen auslöst, verbunden mit Durchfall und (manchmal) Krämpfen. Schließlich erreichen die Lähmungen die Muskeln der Atemwege, und es kommt zum langsamen Ersticken, also einem qualvollen Tod.

Der toxikologischen Literatur ist zu entnehmen, dass die Versuche, den Tod durch natürliche Gifte zu beschleunigen, zwar manchmal gelingen, doch immer mit unangenehmen Symptomen verbunden sind. Meistens jedoch sind sie ineffektiv und schmerzhaft. Die Forschung nach diesen, in der Natur vorkommenden Giften wird fortgesetzt¹, aber trotz großer Bemühungen gibt es bis jetzt keine relevanten Resultate für humanes, selbstbestimmtes Sterben.²

Die Massenmedien sind eine Quelle unzuverlässiger Angaben über humane und wirkungsvolle Methoden des Suizids. Immer wieder berichten sie über potentiell tödliche Medikamente, wie zum Beispiel Insulin. In der Tat können hohe Dosen Insulin für ältere, gebrechliche Menschen tödlich sein. Dennoch finden wir in der toxikologischen

1. Booij 2002

2. Smith 1995





Literatur Belege dafür, dass der tödliche Effekt von Insulin bei gesunden Menschen selbst in sehr hohen Dosen ungewiss ist.

54

Die Autoren dieses Buches haben einstimmig beschlossen, keine zweifelhaften Methoden aufzunehmen. Kapitel 4.1 bis 4.4 erörtern ausschließlich Methoden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit den Tod ohne Schmerzen oder ernsthafte Beschwerden herbeiführen, wenn alle Anweisungen eingehalten werden. Darüber hinaus bedeuten diese Methoden keine körperliche Gefahr für anwesende Verwandte und Freunde. Die rechtlichen Risiken für die Anwesenden variieren von Land zu Land und werden in Kapitel 6 besprochen.

Bei einigen Medikamenten dauert es mehr als zwölf, manchmal sogar mehr als 24 Stunden, bis der Tod eintritt. Angesichts der Knappheit wirkungsvoller und humaner Medikamente, die in einer Überdosis tödlich sind, haben wir beschlossen, Medikamente wie Phenobarbital (Kapitel 4.4) und Fentanyl (Kapitel 4.1) aufzunehmen, obwohl wir wissen, dass es lange Zeit dauern kann, bis der Tod eintritt. Für die Anwesenden kann die lange Wartezeit schwierig sein.

Vorrangig war für uns jedoch die Überlegung, dass die eingenommenen Medikamente bei dem Menschen, der sterben möchte, keine ernsthaften Beschwerden auslösen sollten. Dieses Ziel wird durch einen tiefen Schlaf erreicht, der innerhalb einer Stunde, manchmal sogar innerhalb von Minuten, eintritt, wenn er von Benzodiazepinen ausgelöst wird. Diese Phase tiefen Schlafes oder Komas geht früher oder später in den Tod über. Wir empfehlen, dass die Anwesenden von einer erfahrenen Person begleitet werden. Diese kann unerwartete Umstände erklären und die Anwesenden beruhigen, wenn das Sterben länger als 24 Stunden dauert.

3.2 Die Vorbereitungsphase: was man tun und wissen sollte

3.2.1 Wirkstoffnamen und Handelsnamen von Medikamenten

Jedes Medikament hat einen Wirkstoffnamen (kurz: Stoffname) und oft mehrere Handelsnamen oder Präparatenamen. Weil Handelsnamen von Land zu Land verschieden sind, verwenden wir ausschließlich den Stoffnamen jedes Medikaments. Der Leser kann die Handelsnamen leicht in der im ausfaltbaren Rückenumschlag dieses Buchs aufgenommenen Medikamententabelle finden. Am linken Rand steht der Wirkstoffname des Medikaments. In der nächsten Spalte stehen die zugehörigen Handels- oder Präparatenamen in alphabetischer Reihen-





folge. Am oberen Rand der Tabelle sind die Abkürzungen von dreizehn Ländern aufgeführt. Auf diese Weise ist es einfach herauszufinden, unter welchem Handelsnamen ein bestimmter Wirkstoff im entsprechenden Land erhältlich ist.

In jedem Land gelten andere Richtlinien für den Verkauf von Medikamenten. Die meisten der genannten Medikamente sind in Deutschland nur auf Rezept erhältlich. In anderen europäischen Ländern sind die gleichen Medikamente nicht immer rezeptpflichtig. Touristen werden oft gar nicht nach einem Rezept gefragt. In Abschnitt 3.4 behandeln wir, was bei der Beschaffung von Medikamenten im Ausland zu beachten ist.

55

In diesem Buch verwenden wir die Begriffe ‘tödliche Medikamente’ oder ‘tödliche Medizin’, oder alternativ die Kurzform ‘Medikamente’ oder ‘Medizin’. Allerdings ist dies eine bewußte Vereinfachung, denn die Medikamente wirken erst bei Überdosierung tödlich.

3.2.2 Haltbarkeit der Medikamente

Die Hersteller von Pharmazeutika liefern auf der Packung immer auch Informationen über die Haltbarkeit der Medikamente. Sie garantieren, dass bei entsprechender Lagerung das Produkt mindestens bis zum Verfallsdatum wirksam bleibt. In der Vergangenheit variierte die vom Pharmazeuten angegebene Haltbarkeit zwischen einem und zehn Jahren. Gegenwärtig liegt die garantierte Haltbarkeit zwischen vier und fünf Jahren, wenn das Medikament unter ungünstigen Bedingungen gelagert wird.

Wir empfehlen, Leben gefährdende Medikamente in luftdichten Flaschen an einem dunklen Ort aufzubewahren. Unter diesen Umständen kann die Medizin mindestens zehn Jahre lang gelagert werden. Durch Kühlung wird die Haltbarkeit von tödlichen Medikamenten nicht verlängert. Im Gegenteil, der Kühlschrank ist sogar ein schlechter Aufbewahrungsort, weil andere Personen Zugang zu den Medikamenten haben und diese für einen spontanen Suizid einnehmen könnten.

Das Forschungsteam empfiehlt deshalb, die Medikamente an einem sicheren Ort und außer Reichweite anderer Personen aufzubewahren. Am besten, wenn auch am aufwendigsten, ist die Aufbewahrung in einem Bankschließfach oder in einem verborgenen Safe.

Bestehen Zweifel hinsichtlich der Wirksamkeit eines bestimmten Medikaments, kann man einen Apotheker bitten, einige Tabletten untersuchen zu lassen. Es ist schwierig und teuer, die Konzentration von Tabletten in einem Labor untersuchen zu lassen (siehe 3.4).





3.2.3 Körpergewicht und Medikamentendosis

Die für jedes Medikament angegebene tödliche Dosis gilt für Personen mit einem Körpergewicht von 60 bis 100 Kilogramm. Jeder, der mehr als 100 Kilogramm wiegt, sollte die Dosis für je 10 Kilogramm Mehrgewicht um 10 Prozent erhöhen. Die tödliche Dosis kann für je 10 Kilogramm unter 60 Kilogramm Körpergewicht um 10 Prozent reduziert werden.

3.2.4 Gespräche über die Absicht, sein Leben zu beenden

Wenn jemand Angehörige und enge Freunde hat, ist es von größter Bedeutung, ihnen die Entscheidung, das eigene Leben beenden zu wollen, mitzuteilen. Zum einen ist es wichtig, sich zu vergewissern, dass diese Entscheidung nicht auf einem Irrtum beruht und andere Möglichkeiten, das Leben erträglich zu gestalten, nicht übersehen wurden. Zum anderen ist die Unterstützung von mindestens einem Angehörigen wichtig, um ungewollte lebensrettende Maßnahmen zu verhindern (siehe 3.2.5). Drittens kann das Gespräch mit Angehörigen wertvoll sein, um ihnen die Entscheidung verständlicher und den Verlust erträglicher zu machen. Gibt es keine Verwandten oder nähere Bekannte, auf die man sich verlassen kann, ist es immer möglich, mit einem Außenstehenden zu reden, der in diesen Fragen Erfahrung hat, zum Beispiel Mitglieder einer Sterbehilfe-Gesellschaft, oder der Hausarzt.

Warnung: Grundsätzlich – und insbesondere für eine Person mit einer psychiatrischen Diagnose – besteht nach einem derartigen Gespräch das Risiko, in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen zu werden. Um sich davor zu schützen, kann man sich vorab mit einem Anwalt besprechen, der Notfalls eingreifen kann.

3.2.5 Verweigerung lebensrettender Maßnahmen

Ein Risiko für ein humanes, selbstbestimmtes Sterben ist die vorzeitige Entdeckung und die ungewollte Einleitung lebensrettender Maßnahmen: das Auspumpen des Magens, Ernährung durch den Tropf, Reanimation und künstliche Beatmung. Eine Patientenverfügung (PV)³ mit Eingriffsverbot ist rechtlich gültig, wenn der Patientename darauf deutlich sichtbar und das Dokument unterschrieben und datiert ist.

Ein Hinweis in der PV auf den in Kapitel 2 besprochenen freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist durchaus sinn-

3. Für den aktuellen Patientenverfügungs-Fragebogen des Humanistischen Verbands Deutschland (HVD), siehe www.patientenverfuegung.de





voll, weil diesem Selbstbestimmungsinstrument weitere Funktionen zugesprochen werden. Diese liegen in der Anregung zum Dialog und in der rechtzeitigen Vorbereitung des Umfeldes. Auch wenn schon eine Magensonde (PEG-Sonde) gelegt wurde, ist es wichtig, in der PV aufzunehmen, dass man sich zum FVNF entschlossen hat. Ist der Patient später nicht mehr entscheidungsfähig, so hat sich der Bevollmächtigte oder Betreuer dafür einzusetzen, dass keine Nahrung und Flüssigkeit mehr verabreicht wird. Es geht dann um die Beendigung einer vom Patientenwillen nicht mehr getragenen und damit rechtlich unzulässigen ärztlichen Behandlung. Wenn eine Selbsttötung mit Medikamenten nicht zum Tod führt, weil man vorzeitig aufgefunden wurde und im Krankenhaus behandelt wird, dann ist die PV mit Hinweis auf den FVNF von wesentlicher Bedeutung.

57

In Kapitel 6 führt Rechtsanwalt Wolfgang Putz aus, dass die Garantenpflicht in Deutschland dahingehend modifiziert werden muss, dass die Garanten an den Sterbewillen des Patienten gebunden sind; d. h. sie sind dann nicht mehr Garant des Lebens, sondern Garant des Sterbewillens. Ein entsprechendes Formular befindet sich in Appendix 4.

In der Praxis wird jedoch oftmals selbst eine deutlich sichtbar ausgelegte Patientenverfügung von Sanitätern und Ärzten nicht beachtet, wenn sie eine noch lebende Person antreffen. Es ist ihre Aufgabe, Leben zu retten, und sie könnten die Gültigkeit der Patientenverfügung anzweifeln. Nicht erwünschte lebensrettende Maßnahmen können am ehesten ausgeschlossen werden, indem eine bevollmächtigte Person die Beachtung der Patientenverfügung sicherstellt. Diese Person muss über Zeit und Ort der Einnahme der tödlichen Medikamente informiert werden und vor Ort oder in der Nähesein. Andere Schritte, wie das Verfassen eines Testaments, werden hier nicht berücksichtigt. Dieses Buch befasst sich ausschließlich mit Aspekten, die sich unmittelbar auf den erfolgreichen Verlauf des humanen Sterbens beziehen.

3.2.6 Medikamententoleranz und Entwöhnung

Nach der wiederholten Einnahme bestimmter Medikamente lernt der Körper, sie schneller abzubauen. Das nennt man 'Toleranz'. Von Alkohol zum Beispiel wird ein unerfahrener Trinker schneller betrunken als jemand, der regelmäßig trinkt. Der Körper eines erfahrenen Trinkers lernt, den Alkohol zu erkennen und ihn schneller in weniger schädigende Stoffe umzuwandeln. Um das gleiche Rauschniveau zu erreichen, muss der regelmäßige Trinker also die Menge des konsumierten Alkohols stetig erhöhen.





58

Das Gleiche trifft bei Medikamenten zu. Bei regelmäßiger Einnahme nimmt die menschliche Sensibilität für manche Medikamente ab, d. h. die Wirkung lässt nach. Der schnellere Abbau im Körper und die verminderte Empfindlichkeit bedeuten, dass eine erhöhte Dosis erforderlich ist, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Im Falle regelmäßigen Gebrauchs kann der Körper die Medikamente so schnell abbauen, dass der Tod selbst mit doppelter oder noch höherer Dosis nicht eintritt. Erhöhung der Dosis hat kein Zweck. Nur nach Entwöhnung kann man sicher sein dass die empfohlene Dosis der Medikamente tödlich ist.

Insbesondere kommt es zu Toleranzen bei Opiaten (Schmerzstiller, Kapitel 4.1), und in geringerem Maße bei Barbituraten (Kapitel 4.4) und Benzodiazepinen (Schlafmittel, in diesem Kapitel 3.2.7). Aufgrund der Toleranzen müssen diejenigen, die Benzodiazepine, Opiate oder Barbiturate einnehmen und vorhaben, sie auch zum Sterben anzuwenden, zuvor einen Entwöhnungsprozess durchlaufen und sie für einige Zeit nicht mehr einnehmen. Vom abrupten Absetzen ist abzuraten, da dies zu unangenehmen Reaktionen wie Angst und Beklemmungen führen kann. Das abrupte Absetzen von Benzodiazepin kann sogar einen epileptischen Anfall auslösen.

Die hier beschriebene Entwöhnung dauert einige Wochen. In der Regel werden für die allmähliche Entwöhnung zwei bis vier Wochen empfohlen. Anschließend dauert es noch mindestens drei Wochen bis man 'clean' ist. Bei Phenobarbital sind mindestens zwei Wochen Reduktion und vier Wochen Abstinenz notwendig. Erst dann kann der Plan, sein Leben mit Phenobarbital zu beenden, erfolgreich durchgeführt werden.

Nicht bei allen Medikamenten, die den Tod bewirken können, stellt sich bei regelmäßiger Einnahme eine Toleranz ein. Medikamente wie Chloroquin und Antidepressiva lösen keine Gewöhnungseffekte aus. Deshalb ist eine Entwöhnung von diesen Mitteln nicht nötig.

Folgende Standardempfehlung gilt für den minimalen Zeitraum der Reduktions- und der Abstinenzphase bei Opiaten, Barbituraten und Benzodiazepinen:

- *Reduktionsphase*: während der Dauer von mindestens zwei Wochen allmähliche Reduzierung des Medikaments bis auf Null. Allerdings spricht nichts dagegen, die Reduktionsphase zu verlängern.
- *Abstinenzphase*: mindestens drei Wochen vor dem geplanten Tod muss die Einnahme des Medikaments ganz beendet sein;
- *Entwöhnungsphase insgesamt*: mindestens fünf Wochen.





Aufgrund der Medikamentenabhängigkeit ist es für viele, die regelmäßig Opiate, Barbiturate oder Benzodiazepine einnehmen, schwierig, den Gebrauch einzustellen. Dies gilt vor allem für Opiate. Es ist manchmal sehr schwer, mindestens drei Wochen vor dem Tod ganz damit aufzuhören.

Oft verschreiben Ärzte auch andere Schmerzmittel. Aber auch diese fallen manchmal unter die Kategorie der unter 4.1 genannten Opiate und erfordern eine Entwöhnung. Deshalb ist es wichtig herauszufinden, ob jemand Opiat-Schmerzmittel einnimmt, damit er den Gebrauch einstellen und den Entwöhnungsprozess durchführen kann. Ärzte und Apotheker wissen, ob ein Schmerzmittel ein Opiat ist oder nicht. Man findet diese Information auch in pharmazeutischen Büchern in öffentlichen Bibliotheken.³

59

Zusammenfassung: Wenn jemand Opiate, Barbiturate oder Benzodiazepine einnimmt und nicht in der Lage ist, den Gebrauch zu reduzieren und für mindestens drei Wochen ganz damit aufzuhören, ist das Risiko hoch, dass selbstbestimmtes Sterben mit diesen Medikamenten fehlschlägt. Wenn es jemandem nicht möglich ist, diese Medikamente abzusetzen, muss er andere Medikamente wählen oder ein anderer Weg um aus das Leben zu gehen.

Opiate und Barbiturate können durch ein anderes Medikament ersetzt werden, das keine Toleranz auslöst (siehe 4.2 und 4.3). Aber Benzodiazepin muss, wie unten erläutert wird, mit einem der tödlichen Medikamente (außer mit Barbituraten) kombiniert werden. Man kann Benzodiazepin nicht durch ein anderes Medikament ersetzen.

3.2.7 Benzodiazepine: die Notwendigkeit, sie mit den tödlichen Medikamenten (siehe Kap 4) zu kombinieren

Es gibt mindestens zwanzig verschiedene Medikamente in der Gruppe der Benzodiazepine, die allgemein als Beruhigungs- oder Schlafmittel bekannt sind. Manche werden bei Schlafstörungen verschrieben, andere mildern Beklemmungen und wieder andere werden für beides angewandt. Benzodiazepine gelten als relativ ungefährlich, weil sie normalerweise nicht tödlich sind, auch nicht in hohen Dosen. Im Folgenden wird erklärt, warum es bei den meisten tödlichen Medikamenten entscheidend ist, sie mit Benzodiazepinen zu kombinieren. Das trifft nicht auf Barbiturate (Kapitel 4.4) zu, die selbst einen tiefen und langen Schlaf auslösen.

3. Arzneimittel-Kompendium: www.kompendium.ch





Die Medikamente, die in den Kapiteln 4.1 bis 4.3 besprochen werden, lösen keinen lang anhaltenden Schlaf aus. Sie müssen immer zusammen mit Benzodiazepinen eingenommen werden und zwar aus drei Gründen: Zunächst haben Medikamente in einer tödlichen Dosis oft unangenehme Nebenwirkungen, bevor der Tod eintritt, z. B. schmerzhafte Muskelkontraktionen. Benzodiazepine unterdrücken viele Nebenwirkungen, besonders Muskelkontraktionen und epileptische Anfälle. Der zweite Grund ist, dass Benzodiazepin in hohen Dosen zu einem so tiefen Schlaf führt, dass eventuell auftretende unangenehme Nebenwirkungen nicht bewusst erlebt werden. Und drittens, Benzodiazepin unterstützt in hoher Dosis oft die tödliche Wirkung des Medikaments, das zum Sterben eingenommen wurde.

60

Auch wenn sehr viele Benzodiazepine erhältlich sind, lösen nur einige von ihnen einen ausreichend tiefen und anhaltenden Schlaf aus. Als erste Wahl empfehlen wir eines der unten aufgelisteten sehr lang wirkenden Benzodiazepine. In den angeratenen Dosen lösen flurazepam und diazepam einen tiefen Schlaf von mehr als 24 Stunden aus. Nach der Einnahme schläft der Patient normalerweise innerhalb von 30 bis 60 Minuten ein. Abweichungen hiervon sind möglich.

Empfohlene sehr lang wirkende Benzodiazepine:

- *Flurazepam*: empfohlene Dosis 500 mg (34 Tabletten a 15 mg oder 17 Tabletten a 30 mg);
- *Diazepam*: empfohlene Dosis 500 mg (250 Tabletten a 2 mg, 100 Tabletten a 5 mg oder 50 Tabletten a 10 mg);

Als zweite Wahl empfehlen wir *Flunitrazepam* in eine Dosis von 20 mg (20 Tabletten a 1 mg oder 10 Tabletten a 2 mg). Flunitrazepam ist Rezeptpflichtig und deswegen schwer erhältlich. Flunitrazepam ist das giftigste Benzodiazepin und in Kombination mit Alkohol potentiell tödlich. Verzele hat berichtet, dass 100 mg Flunitrazepam mit fünf Schnapsgläsern starker Spirituosen für eine Person, die clean ist, tödlich seien.⁵ Den Autoren haben keine Meldungen solcher Fälle erhalten. Deshalb betrachten sie den tödlichen Effekt als zu unsicher, um Flunitrazepam als garantiert wirksames Einzelmedikament zu empfehlen. Flunitrazepam ist trotzdem dasjenige Schlafmittel, das in Kombination mit anderen tödlichen Medikamenten von uns empfohlen wird wenn flurazepam oder diazepam nicht zu bekommen sind. In Deutschland ist es unter verschiedenen Namen erhältlich (siehe Tabelle im Umschlag).





Alle Benzodiazepine haben bei der in diesem Buch erwähnten höheren Dosis eine ähnliche Wirkung: Sie bewirken einen tiefen Schlaf. Sie unterscheiden sich jedoch stark in der Wirkungsdauer (wie lange man schläft) und in der Wirkungseintritt (wie schnell man einschläft).

Wirkungsdauer*

61

kurz	bis 6 St.	midazolam
weniger kurz	6-12 St.	oxazepam, temazepam
lang	12-24 St.	lorazepam, flunitrazepam
sehr lang	länger als 24 St.	flurazepam, diazepam

* Die hier erwähnte Wirkungsdauer gilt für den normalen Gebrauch. Die Wirkungsdauer kann bei Einnahme von sehr viele Tabletten erheblich länger sein.

Wirkungseintritt*

schnell	weniger als 30 Min.	midazolam, flunitrazepam
mässig schnell	30-60 Min.	temazepam, lorazepam,
langsam	mehr als 60 Min.	oxazepam

* Der hier erwähnte Wirkungseintritt gilt für den normalen Gebrauch. Die Wirkungseintritt kann bei Einnahme von sehr viele Tablette erheblich schneller sein.

Nach der Einnahme eines schnell wirkenden Benzodiazepins schläft man in der Regel nach 10 bis 30 Minuten ein. Um das Einschlafen während der Einnahme der tödlichen Medikamente zu verhindern, ist es besser, die schnell wirkenden Benzodiazepine erst nach allen anderen Medikamenten einzunehmen. Das gilt vor allem für das schnell wirkende Midazolam, das den Schlaf innerhalb von fünf Minuten auslösen kann. Wenn Midazolam gleichzeitig eingenommen wird, riskiert man einzuschlafen, bevor man alle Medikamente eingenommen hat.

Empfohlene schnell wirkende Benzodiazepine:

- *Midazolam*: empfohlene Dosis 150 mg (20 Tabletten a 7,5 mg oder 10 Tabletten a 15 mg);
- *Flunitrazepam*: empfohlene Dosis 20 mg (20 Tabletten a 1 mg oder 10 Tabletten a 2 mg). Flunitrazepam ist das einzige Benzodiazepin, das in einer Überdosis sowohl zum schnellen Einschlafen führt und auch 24 Stunden wirkt





Als zweite Wahl empfehlen wir:

- *Lorazepam*: empfohlene Dosis 25 mg (25 Tabletten a 1 mg oder 10 Tabletten a 2,5 mg);
- *Temazepam* in löslicher Form (Handelsname: Normison): empfohlene Dosis 400 mg (40 Kapseln a 10 mg oder 20 Kapseln a 20 mg);

62

Es ist relativ einfach, mehr als ein Benzodiazepin zu beschaffen, weil dieses Medikament oft bei Schlafproblemen oder bei Stress und Beklemmungen verschrieben wird. Wenn zwei Benzodiazepine jeweils in hohen Dosen zusammen mit dem tödlichen Mittel eingenommen werden, tritt der Tod in der Regel schneller ein. Wenn es möglich ist, zwei Mittel zu beschaffen, wird das empfohlen, aber es ist nicht zwingend notwendig. Wichtig ist eher zu beachten, dass eines davon sehr lang wirkend oder mindestens lang wirkend ist.

Wenn Chloroquin als tödliches Medikament gewählt wird (Kapitel 4.2), muss es mit einem (sehr) lang wirkenden Benzodiazepin und mit einem Benzodiazepin, das den Schlaf innerhalb von 30 Minuten auslöst, kombiniert werden. Der Grund hierfür ist, dass eine Überdosis Chloroquin schon innerhalb einer Stunde wirken und zu schmerzhaften Muskelkontraktionen oder einem epileptischen Anfall führen kann. Die Konzentration eines (sehr) lang wirkenden Benzodiazepins ist dann manchmal noch zu niedrig, um diese Nebenwirkungen zu unterdrücken. Wir empfehlen deswegen, eines der oben genannten schnell wirkenden oder mässig schnell wirkenden Benzodiazepine zusammen mit Chloroquin einzunehmen. Die Wirkung dieser Medikamente lässt schnell nach, deshalb müssen sie immer in Kombination mit einem (sehr) lang wirkenden Benzodiazepin genommen werden.

3.2.8 Antibrechmittel zur Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen

Diese Medikamente sorgen dafür, dass kein Erbrechen eintritt. Die erste Wahl ist Metoclopramid: dieses ist nur auf Rezept erhältlich.

Dosis vor dem selbstbestimmten Tod: während einer Periode von 24 Stunden alle 6 bis 8 Stunden eine Tablette a 10 mg oder ein Zäpfchen a 20 mg. Dieses Medikament wird als das wirkungsvollste Antibrechmittel empfohlen. Die zweite Wahl ist Domperidon: als Tabletten auf Rezept beim Apotheker erhältlich.

Dosis vor dem selbstbestimmten Tod: während einer Periode von 24 Stunden alle 6 bis 8 Stunden eine Tablette a 10 mg oder ein Zäpfchen (auf Rezept) a 60 mg.





Es ist zu beachten, dass bei ungefähr zehn Prozent der Menschen als Nebenwirkung von Metoclopramid Schläfrigkeit auftritt. Wenn jemand nach der Einnahme des Antibrechmittels schläfrig wird, besteht die Gefahr, dass die Person die eigentliche Prozedur nicht ausführen kann. Während der Vorbereitungsphase ist es deshalb sinnvoll, die Reaktion auf Metoclopramid zu testen. Wenn sie schläfrig wird, sollte stattdessen auf Domperidon zurück gegriffen werden.

63

Manche Fachleute empfehlen Medikamente, die für die Vorbeugung von Bewegungs- und Reisekrankheiten vorgesehen sind, wie etwa Cinnarizin (Stugeron). Sie sind in vielen Apotheken erhältlich und sie wirken gegen Übelkeit, indem sie das Gleichgewichtsgefühl dämpfen. Aber sie wirken NICHT bei Übelkeit, die durch große Mengen an Medikamenten in Magen und Darm ausgelöst wird. Aus diesem Grund raten wir von allen Medikamenten ab, die gegen Reisekrankheiten wirken. Sie bieten nur unzureichenden Schutz gegen Erbrechen, das von Medikamenten ausgelöst wird. Ein weiterer Nachteil ist, dass sie oft zu Schläfrigkeit führen, die die richtige Durchführung des selbstbestimmten Sterbens gefährdet.

Es ist wichtig, mit der Einnahme von Metoclopramid oder Domperidon mindestens 24 Stunden vor dem geplanten selbstbestimmten Sterben zu beginnen. Alle 6 bis 8 Stunden sollte eine Tablette oder ein Zäpfchen genommen werden. Die letzte Tablette oder das letzte Zäpfchen sollte eine Stunde vor der geplanten Einnahme der tödlichen Pillen genommen werden.

Bis zu acht Stunden vor der Einnahme der tödlichen Medikamente kann man wie gewohnt essen. Danach ist es wichtig, nichts mehr zu essen, damit der Magen vor der Medikamenteneinnahme leer ist. Wenn man acht Stunden nichts isst, kann man davon ausgehen, dass der Magen leer ist. Die tödliche Medizin gelangt wegen des leeren Magens schneller in den Darm und von dort ins Blut. Die schnelle Passage durch den Magen trägt zu einer schnellen Erhöhung des Wirkstoffes im Blut bei.

Gegebenenfalls kann man eine halbe Stunde vor Einnahme der Medikamente eine leicht verdauliche Kleinigkeit essen, um den Magen zu aktivieren, aber eine vollständige Mahlzeit würde den Effekt des Fastens aufheben.





3.2.9 Alkohol: Trinken in Maßen

64

Manche Autoren empfehlen den Gebrauch von Alkohol bei einem selbstbestimmten Sterben. Alkohol verstärkt tatsächlich die Wirkung von tödlichen Medikamenten und Benzodiazepinen, aber leider ist die nötige Dosis nicht bekannt und wahrscheinlich sehr hoch. Man geht davon aus, dass die Wirkung erst bei einer großen Menge eintritt (fünf Schnapsgläser mit starken Spirituosen, also bis zu 250 ml). Wir sehen mindestens drei Gefahren im Gebrauch einer solchen Menge Alkohol. Erstens ist es eine Menge, welche die meisten Menschen ziemlich betrunken macht. Trunkenheit kann dazu führen, dass das geplante Sterben nicht mit der nötigen Sorgfalt durchgeführt wird. Zweitens – und das ist eine noch schlimmere Konsequenz – ist es würdelos und nicht human, betrunken zu sterben. Drittens kann Alkohol Erbrechen hervorrufen, obwohl man vorher Antibrechmittel eingenommen hat. Dieses Risiko besteht vor allem dann, wenn man Alkohol nicht gewöhnt ist. Unser Rat ist deshalb, nur soviel zu trinken, wie man verträgt und vorzugsweise erst, nachdem alle tödlichen Medikamente eingenommen wurden.

3.2.10 Die Vorbereitungsphase: Eine Zusammenfassung

Zur Verdeutlichung werden die Schritte der Vorbereitungsphase in mehr oder weniger chronologischer Folge zusammengefasst. Die Angaben in Klammern beziehen sich auf die jeweiligen Kapitelüberschriften oder den Inhalt der Kapitel.

1. *Entscheidungsfindung durch Beratung*: Die Person mit dem wohlüberlegten Wunsch zu sterben, trifft nach Beratung mit Vertrauten (wenn vorhanden) und möglichst auch mit einem Arzt oder einer geschulten Hilfskraft eine sorgfältig erwogene Entscheidung (3.2.4). Die Gespräche werden während der folgenden Schritte oft fortgesetzt. Es sollte bei diesen Gelegenheiten auch geklärt werden, wer während der Sterbephase anwesend sein wird. Die Person, die darum gebeten wird, muss für sich selbst entscheiden, ob sie wirklich dazu bereit ist, während des geplanten Sterbens anwesend zu sein.
2. *Wahl einer bestimmten Methode*: Die Person wählt eine der besprochenen Methoden, die einzunehmenden Schlaftabletten (3.2.7) und das Antibrechmittel (3.2.8).





3. *Die Beschaffung der Mittel:* Die notwendigen tödlichen Medikamente, mindestens ein lang wirkendes Benzodiazepin und die Antibrechmittel werden besorgt (3.4). Wenn das bevorzugte Medikament nicht erhältlich ist, kann man eines wählen, das leichter zu beschaffen ist.
4. *Die Aufbewahrung der Medikamente:* Die Medikamente werden an einem sicheren, für andere unzugänglichen Ort aufbewahrt (3.2.2).
5. *Die Verfassung einer Patientenverfügung (3.2.5) und die Modifizierung der Garantenpflicht (Appendix 4).* Durch diese Dokumente werden in Deutschland die Garanten an den Sterbewilligen des Patienten gebunden und sind sodann nicht mehr Garant des Lebens, sondern Garant des Sterbewillens (siehe Kapitel 6.1). In der Schweiz gibt es keine Garantenpflicht, und man benötigt also auch keine Modifizierung dieser Garantenpflicht.
6. *Die Benennung einer bevollmächtigten Person:* Sobald der Termin des geplanten Sterbens feststeht, wird die bevollmächtigte Person informiert (3.2.5).
7. *Die Entwöhnungsphase:* Wenn man einen Termin für die Ausführung des geplanten Sterbens festlegt, muss die Dauer der Entwöhnungsphase berücksichtigt werden. Entwöhnung ist im Falle von Barbituraten, Opiaten und Benzodiazepinen notwendig. Präzise Informationen über die Länge dieser Periode (etwa 5 Wochen), siehe Kapitel 3.2.6 und außerdem die Anweisungen, die sich auf die tödlichen Medikamente beziehen. Bei Chloroquin und Antidepressiva ist keine Entwöhnung nötig.
8. *Alkohol:* Jeder, der während der Einnahme der Medikamente Alkohol trinken will, sollte seine Reaktion auf Alkohol kennen (3.2.9). Der Gebrauch von Alkohol ist nicht notwendig für ein humanes Sterben mit Hilfe der in Kapitel 4 erwähnten Medikamentenkombinationen.





3.3 Die finale Phase: was man tun und wissen sollte

66 Nachdem alle Schritte der Vorbereitungsphase ausgeführt worden sind, ist es nicht ungewöhnlich, den Termin für die Durchführung des Planes zu verschieben, manchmal sogar auf unbestimmte Zeit. Die Gewissheit, dass der Tod in Reichweite ist, erleichtert es manchmal, bestimmte Leiden zu ertragen. Man sollte beachten, dass Medikamente bei richtiger Lagerung ungefähr zehn Jahre haltbar sind (3.2.2). Wenn irgendwann später die Entscheidung fällt, den Plan auszuführen, müssen die vorbereitenden Schritte noch einmal geprüft werden. Wenn zwischenzeitlich Schmerzmittel und Benzodiazepine eingenommen wurden, ist erneut eine Entwöhnung notwendig.

3.3.1 Die Einnahme der Medikamente

Zur grundlegenden Orientierung:

- Man sollte mindestens 24 Stunden zuvor, alle sechs bis acht Stunden eine Tablette eines Antibrechmittels einnehmen.
- Während der letzten acht Stunden vor der Einnahme der tödlichen Medikamente sollte man nichts oder nur wenig essen, damit der Magen leer ist.
- Man streue die Medikamente und das lang wirkende Benzodiazepin in eine (oder höchstens zwei) Schüsseln Apfelsmus, Pudding oder Joghurt.
- Man verrühre alles gut und benutze einen Löffel, um die Mixtur leicht herunter zu schlucken. Um Würgen zu vermeiden, sollte das ohne zu sprechen und ohne Unterbrechung geschehen.
- Die Mixtur wird einen bitteren Geschmack haben. Man kann diesen Geschmack mit einem oder zwei Gläsern Wasser oder Milch wegspülen. Mehr als zwei Gläser könnten zu Erbrechen führen.
- Man nehme zuletzt die schnell wirkenden Schlafmittel ein. Diese sind wichtig bei Gebrauch von Chloroquin. Wenn man sie gleichzeitig mit den anderen Mitteln einnimmt, besteht das Risiko, während der Einnahme der tödlichen Mittel, einzuschlafen.
- Direkt danach kann Alkohol getrunken werden, vorausgesetzt man weiß, dass man ihn verträgt.

Kleine Abweichungen von diesen grundlegenden Orientierungen sind je nach Umständen und persönlichem Empfinden möglich. Wer sehr viele Tabletten nehmen muss, kann sie zum Beispiel in einer Schale zerstampfen oder in einer Kaffeemühle zu Pulver zermahlen und das Pul-





ver in das Apfelmus, den Pudding oder den Joghurt rühren. Manche finden es einfacher, grosse Mengen von Tabletten zu schlucken, wenn sie in kleine Stückchen zerteilt sind. Die Wirkung wird dann sogar beschleunigt.

Chloroquin-Tabletten (4.2) sollte man jedoch nicht zerstoßen, denn dieses Medikament ist in Pulverform äußerst bitter und kann Würgen auslösen. Wir raten, den bitteren Geschmack durch konzentrierten Orangensaft oder einen Süßstoff zu neutralisieren.

67

Das Medikament Dextropropoxyphen (Kapitel 4.1) gibt es als Kapseln. Um die Wirkung zu beschleunigen, wird stark angeraten, die Kapseln aufzubrechen und dabei den Inhalt in einem Mörser zu zerstoßen. Das Pulver kann man zusammen mit den lang wirkenden Benzodiazepinen in den Pudding oder den Joghurt rühren.

Es ist nicht erforderlich, die Medikamente in Alkohol aufzulösen, wie es manchmal vorgeschlagen wird, zumal sich nicht alle Medikamente in Alkohol auflösen lassen. Der Vorteil des AuflöSENS ist die schnellere Wirkung des Medikaments. Ein Nachteil ist, dass es nicht einfach (und manchmal sogar unmöglich) ist, die Medikamente gut aufzulösen. Außerdem kann das Ergebnis von in Alkohol aufgelöSTEN Medikamenten eine widerlich schmeckende Lösung sein. Und ganz allgemein vertragen einige Menschen Alkohol einfach nicht gut.

Es gibt auch die Möglichkeit, die Medikamente in Wasser aufzulösen. Die Wirkung wird damit zwar beschleunigt, aber die Lösung kann einen ekelhaften Geschmack haben. Um die Löslichkeit und den Geschmack der Medikamente herauszufinden, kann man eine einzige Tablette in Wasser oder in Alkohol auflösen, aber man kann daraus nicht unbedingt schließen, wie das Ergebnis mit einer großen Menge an Tabletten sein wird.

Manchmal liest man, dass ein Getränk mit Kohlensäure die Darm-passage und die Aufnahme der Medikamente in den Körper beschleunigt. Dies halten wir für nicht richtig. Wenn jemand ein Getränk mit Kohlensäure bevorzugt, kann er das tun, aber wir empfehlen es nicht.

Medikamente, die mit einer harten Schale verkauft werden, können nicht zerstoßen werden. Das Einnehmen großer Mengen ist für viele Menschen einfacher, wenn die Medikamente in Pudding oder Joghurt gerührt werden, als wenn sie einzeln nacheinander geschluckt werden müssen.

Manchmal wird auch geraten, eine Test-Dosis einzunehmen, um festzustellen, wie man auf ein bestimmtes Medikament reagiert. Das hat jedoch wenig Sinn, denn es vermittelt keine Vorstellung davon, wie





man auf eine tödliche Dosis reagiert. Nur bei dem Antibrechmittel Metoclopramid raten wir zu einem Test um herauszufinden, ob die Pille Schläfrigkeit auslöst. Gegebenenfalls sollte man das andere Antibrechmittel ausprobieren (3.2.8).

68 **3.3.2 Die Haltung, in der die Medikamente eingenommen werden sollten**

Die Medikamente werden vorzugsweise in einer halb sitzenden Haltung eingenommen, entweder im Bett mit einem Kissen im Rücken oder in einem leicht nach hinten geneigten Stuhl mit Armlehnen. Es ist wichtig, dass man nicht aus dem Stuhl fallen kann, wenn man sehr tief schläft.

Wer nach der Einnahme der Medikamente lieber liegen möchte, sollte das tun. Die angegebene Dosis der verschiedenen Medikamente sorgt dafür, dass der Tod eintritt, vorausgesetzt die Medikamente werden nicht erbrochen und es finden keine lebensrettenden Maßnahmen statt.





3.3.3 Die finale Phase: Eine Zusammenfassung

In diesem Abschnitt werden in chronologischer Folge die zum humanen Sterben führenden Schritte zusammengefasst. Diese Zusammenfassung setzt voraus, dass alle Schritte der Vorbereitungsphase erfolgreich abgeschlossen wurden (siehe 3.2.10). Es genügt nicht, nur die Zusammenfassung zu lesen. Es ist unerlässlich, den gesamten Text dieses Kapitels sowie die Informationen über die tödlichen Medikamente zu lesen. Man achte darauf, dass einige Medikamente hinsichtlich ihrer Anwendung von den unten genannten allgemeinen Angaben abweichen (zum Beispiel sollten Chloroquin-Tabletten nicht zermahlen werden).

69

1. Die finale Phase kann erst beginnen, wenn die Entwöhnungsphase abgeschlossen ist (3.2.6).
2. Antibrechmittel (3.2.8): es sind 3 oder 4 Tabletten oder Zäpfchen notwendig. Man sollte etwa 24 Stunden zuvor mit einer Tablette oder einem Zäpfchen beginnen und alle 6 bis 8 Stunden jeweils eine weitere/s Tablette/Zäpfchen nehmen. Die letzte Tablette oder das Zäpfchen sollte eine Stunde vor den tödlichen Medikamenten genommen werden.
3. Wenn man die Medikamente zerstoßen zu sich nehmen will, sollte man das nicht in letzter Minute machen.
4. Am Tag des selbstbestimmten Sterbens sollten folgende Dinge für den gewählten Zeitpunkt zurechtgelegt werden:
 - die tödlichen Medikamente und die Schlafmittel;
 - eine kleine Schüssel Pudding oder Joghurt (dabei behält man etwas Pudding oder Joghurt in Reserve). Es ist leichter, eine große Menge Tabletten mit Pudding oder Joghurt einzunehmen als einzeln und nacheinander;
 - eine leicht verdauliche Kleinigkeit, die man gern vorher noch essen möchte;
 - Wasser oder Milch, um den unangenehmen Geschmack herunter zu spülen.
 - Alkohol, wenn er gewünscht und vertragen wird.
5. Für 8 Stunden nichts essen. Das Trinken von Wasser, Obstsaft oder Tee ist möglich.
 - Man sollte eine Stunde vor der Einnahme der Medikamente das letzte Antibrechmittel nehmen.
 - Man kann, wenn man es wünscht, kurz vorher noch eine Kleinigkeit essen, um den leeren Magen zu aktivieren.



6. Während dieser letzten 8 Stunden kann jemand ein mildes, ihm gewohntes Abführmittel einnehmen, um den Darm zu reinigen und zu verhindern, dass er sich nach dem Einschlafen entleert. Dies ist jedoch nicht zwingend.
7. Die bevollmächtigte Person ist anwesend, um auf den gewünschten Verzicht lebensrettende Maßnahmen zu bestehen. Eine schriftliche Patientenverfügung und die Modifizierung der Garantenpflicht sind abgefasst (3.2.5).
8. Die tödlichen Medikamente und die lang wirkenden Schlafmittel werden, eventuell fein zerstoßen, in den Pudding oder Joghurt eingerührt. Diese Mischung soll gleich ohne Unterbrechung und ohne unnötig zu sprechen gegessen werden, damit ein Würgen verhindert wird. Wenn Tabletten in der Schüssel übrig bleiben, sollte man sie mit etwas extra Pudding oder Joghurt zu sich nehmen. Den unangenehmen Geschmack kann man mit einem oder höchstens zwei Gläsern Wasser oder Milch herunterspülen. Man muss sicher stellen, dass alle Tabletten gegessen werden.
9. Wenn schnell wirkende Benzodiazepine (3.2.7) verwendet werden, nimmt man diese erst dann, wenn alle anderen Medikamente bereits geschluckt sind. Auch diese werden in Pudding oder Joghurt gerührt.
10. Alkohol sollte nur getrunken werden, wenn man ihn verträgt (3.2.9). Einige beginnen mit dem Trinken gern schon vor oder während der Einnahme der Medikamente. Das ist möglich, wenn man aus Erfahrung weiß, dass man dennoch die Kontrolle über sein Handeln behält.



3.4 Medikamente kaufen und sammeln

Es ist allgemein bekannt, dass Patienten Medikamente anders gebrauchen als vom Arzt vorgesehen. Viele Menschen nehmen nicht selten weniger ein als vorgeschrieben oder gebrauchen weitere Medikamente neben den verschriebenen. Der eigenständige Kauf von Medikamenten hat aus verschiedenen Gründen enorm zugenommen. An erster Stelle ist der Tourismus zu nennen. Etliche Medikamente sind in anderen Ländern rezeptfrei erhältlich. So kaufen Menschen, die zum Beispiel von ihrem Arzt ein bestimmtes Schlafmittel nicht verschrieben bekommen, dieses rezeptfrei in Apotheken, wenn sie in süd- oder osteuropäische Länder oder in ein Dritte-Welt-Land reisen. Manche bitten reisende Freunde, die Mittel zu schicken oder mitzubringen.

71

Psychiatrische Patienten, die selbst nicht reisen können, tauschen oft Medikamente untereinander aus und gelangen so in den Besitz des gewünschten Mittels.

Eine andere wichtige Bezugsquelle für rezeptfreie Medikamente ist das Internet. Die Behörden sind weitgehend machtlos, versuchen aber durch Abschreckung zu intervenieren. Zum Beispiel erlaubt das niederländische Medikamentengesetz Ärzten nicht mehr, Medikamente online an unbekannte Personen zu verkaufen. Diese Beschränkung kann jedoch nicht verhindern, dass es immer mehr Möglichkeiten gibt, innerhalb der gesetzlichen Grenzen Medikamente rezeptfrei zu erhalten.

Berichten zufolge sind in den Medikamenten, die man in einem Dritte-Welt-Land oder übers Internet gekauft hat, nicht immer die chemischen Substanzen enthalten, die auf der Packung genannt werden. Wir haben darüber Informationen eingeholt und festgestellt, dass es bei Lifestyle-Mitteln wie Prozac in der Tat Grund zu zweifeln gibt. Auf den Schwarzmärkten dieser Welt, aber auch im Internet, gibt es einen regen Handel mit chemischen Stoffen, die eher einem bestimmten Lebensstil als der Behandlung von Krankheiten dienen. Manchmal täuschen die Verpackungen dieser Mittel vor, dass es sich um echte Medikamente handelt. Kauft man jedoch die genannten Medikamente in einer offiziellen Apotheke eines Dritte-Welt-Landes, gibt es wenig Grund, den Inhalt der Packungen anzuzweifeln. In westlichen Ländern braucht man das nicht in Frage zu stellen.

Sollte man dennoch an dem Inhalt einer Medikamentenpackung zweifeln, kann man einen Apotheker bitten, im Labor einige Tabletten





aus der Packung untersuchen zu lassen. Diese Untersuchung kostet allerdings Zeit (mindestens zwei Wochen) und Geld (100 Euro oder mehr, je nach chemischer Substanz). Die chemische Untersuchung der wirksamen Dosis pro Tablette ist noch viel aufwendiger und manchmal sogar unmöglich.

72

Auf moralisch heiklen Gebieten wie der Sexualität oder dem Sterben haben Menschen oft ihre Abhängigkeit von der Bereitschaft des Arztes erlebt, bestimmte Medikamente zu verschreiben. Manchmal entwickelt sich erst allmählich ein Interesse an bestimmten Medikamenten, und man beginnt nach Wegen zu suchen, wie man das gewünschte Mittel bekommen kann. Meistens erfährt man von anderen, wie und wo das eine oder andere Mittel erhältlich ist.

In den Niederlanden wurde in den Jahren 1999 bis 2003 untersucht, wie Menschen die Mittel für einen in eigener Regie durchgeführten Freitod gesammelt haben.⁶

*Die Beschaffung der tödlichen Mittel in den Niederlanden
(78 Fälle in der Periode 1999-2003)*

Vom Arzt / Apotheker im Ausland	35%
Vom Arzt, der über die Absicht des Patienten Bescheid wusste	22%
Von Freunden oder Verwandten	16%
Auf dem Schwarzmarkt, im Internet oder mit gefälschtem Rezept	11%
Unbekannt	16%
Insgesamt	100%

Es hat sich herausgestellt, dass im untersuchten Zeitraum die Mittel häufiger bei einem Arzt oder Apotheker im Ausland beschafft wurden als übers Internet. Das liegt daran, dass vor allem ältere Menschen an der Beschaffung dieser Mittel interessiert sind. Sie sind zwar reisefreudig, jedoch seltener im Internet unterwegs.

Wie aus der Tabelle ablesbar, war in einem von fünf Fällen ein behandelnder Arzt bereit, tödliche Mittel in kleinen Dosen zu verschreiben. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass die Ärzte in ausweglosen Fällen, in denen der Patient die Medikamente unmöglich selbst sammeln kann, dazu bereit sind. Ärzte leisten in diesen Fällen keine offene Hilfe und übernehmen keine Verantwortung für das

6. Chabot 2007, Kapitel 6.





Gelingen. Sie kennen meistens auch nicht den Zeitpunkt der Selbsttötung und sind während der Durchführung nicht anwesend. Der Tod wird von ihnen dann manchmal als natürlich und manchmal als Freitod gemeldet. Nur wenige Ärzte trauen sich, über ihr Handeln in diesen schwierigen Situationen Auskunft zu geben, mit dem Ergebnis, dass diese Praxis verborgen bleibt.

73

Solange jemand in der Lage ist, innerhalb von Europa zu reisen, ist es nicht notwendig, Ausreden zu erfinden, um tödliche Kombinationen von Medikamenten zu sammeln. Das hängt mit dem Gesetz zur Abgabe von Medikamenten zusammen, das innerhalb der EU von Land zu Land verschieden ist. In den Niederlanden, in Deutschland und in der Schweiz gibt es Gesetze, die Apotheken dazu verpflichten, viele der hier besprochenen Medikamente ausschließlich auf Rezept abzugeben. Das Medikamentenabgabe-Gesetz wird in manchen Ländern der EU weniger streng eingehalten als in Deutschland. In vielen Dritte-Welt-Ländern gibt es kaum Gesetze, die den freien Verkauf von Medikamenten beschränken.

In verschiedenen europäischen Ländern verkaufen offensichtlich manche Apotheken Medikamente an Touristen, wenn diese den richtigen Namen kennen, unter dem das Mittel in dem entsprechenden Land bekannt ist. Über die in Kapitel 4 besprochenen Medikamente wurde uns berichtet, dass Chloroquin und Antidepressiva in Süd- und Osteuropa nicht selten rezeptfrei verkauft werden. Auch Diazepam oder Flurazepam (lang wirkende Benzodiazepine) sind dort ohne Rezept zu bekommen. Es wird selten nachgefragt, wofür jemand diese Medikamente verwenden will. Manchmal wird auch Dextropropoxyphen (siehe Kapitel 4.1) ohne Rezept an Touristen verkauft. Offensichtlich 'shoppen' manche Menschen von einer Apotheke zur nächsten, bis sie alles zusammen haben.

Das ist nichts Neues auf Gebieten, die im Allgemeinen zur Privatsphäre des Menschen gehören (Sexualität und Sterben). Bei sorgfältig vorbereitetem Sterben wird eben nur selten offen darüber gesprochen, wie man sich die nötigen Mittel beschafft hat. Das steht in deutlichem Gegensatz zu der Beschaffung von Mitteln, die möglicherweise das erotische Erleben fördern oder die Fortpflanzung regulieren. Darüber sprechen viele Menschen in modernen Gesellschaften offen, nicht nur in der Schule oder auf der Straße, sondern auch in den Medien.

Es folgen einige Beispiele: Es wurde uns berichtet, dass man als Tourist die gewünschten Medikamente erhielt, indem man einen Zettel vorzeigte, auf dem der Handelsname stand, unter dem das Mittel





74

bekannt ist. Dazu hatte man die Milligramm pro Tablette notiert und die gewünschte (kleine) Menge. Der Apotheker, dem man den Zettel vorlegte, hatte die Medikamente oft nicht vorrätig. Er bestellte sie jedoch beim Großhandel und man konnte am Tag darauf die Mittel abholen. Unsere Informanten teilten uns mit, dass sie kontrolliert hatten, ob das Medikament eingeschweißt war und auf der Packung Name und Dosierung des Mittels genannt waren.

Andere haben Benzodiazepine, Chloroquin oder eines der besprochenen Antidepressiva bei einer Internet-Apotheke bestellt. Die Firmen hinter der Internet-Adresse befinden sich oft außerhalb der EU. Es stellte sich heraus, dass die genannten Mittel nicht selten mit der Post geschickt werden. Bei Dextropropoxyphen (siehe Kapitel 4.1) wurde beschrieben, dass es manchmal Mühe kostet, dieses Mittel übers Internet geliefert zu bekommen. Der Grund ist, dass Dextropropoxyphen international unter das Opium-Gesetz fällt, wodurch der Verkauf ohne Rezept in EU-Ländern strafbar ist. Die Mittel aus Kapitel 4.2 und 4.3 fallen jedoch nicht unter das Opium-Gesetz.

Wenn Menschen zu krank oder behindert waren, um selbst zu reisen, erklärten sich manchmal Verwandte oder Freunde, mit denen der Todeswunsch ausführlich besprochen worden war, bereit, die gewünschten Medikamente im Ausland zu kaufen. Sie haben die Mittel dann mit der Post geschickt und keinen Absender angegeben.

Wenn ein Apotheker im Ausland das Mittel nicht ohne Rezept verkaufen wollte, sind einige Touristen zu einem örtlichen Arzt gegangen und haben behauptet, sie hätten versäumt, ausreichend Medikamente mitzunehmen. Mit dem ausgestellten Rezept gingen sie dann zur Apotheke.

Die Autoren dieses Buches betonen, dass sie diese und andere Schleichwege nicht empfehlen. Andererseits sollte man die Existenz dieser Wege auch nicht verheimlichen. Informationen zu verbreiten ist keine Straftat. Darüber hinaus führt der Zugang zu einem tödlichen Mittel noch nicht zur Selbsttötung. Genauso wenig wie ein Strick im Haus konsequent dazu führt, dass man sich erhängt.

Personen, die mit Sterbehilfe-Gesellschaften zusammenarbeiten, kennen meistens auch Internet-Adressen, bei denen man das gewünschte Mittel bestellen kann. Diese Adressen ändern sich regelmäßig, sodass es keinen Sinn hat, sie in diesem Buch zu nennen. Auch andere konkrete Informationen über das Sammeln von Medikamenten kann man manchmal von Mitarbeitern der Sterbehilfe-Gesellschaften erhalten.





3.5 Anonyme Meldung von Sterbefällen

Dieses Buch wurde durch eine Vielzahl von Augenzeugenberichten über humanes und selbstbestimmtes Sterben ermöglicht. Die Autoren möchten allen danken, die zu den in diesem Buch enthaltenen Erkenntnissen beigetragen haben.

75

Wir hoffen, die heutigen Erkenntnisse mit weiteren persönlichen Berichten ergänzen zu können. Dazu ist am Ende des Buches ein Fragebogen aufgenommen (Appendix 3), der ausgefüllt bei einem der Mitautoren eingereicht werden kann. Der Bogen kann anonym verschickt werden, damit die Identität des Verstorbenen und der Person, die es ausfüllt, geschützt ist. Ist ein Versuch sorgfältig vorbereiteten Sterbens mit Hilfe einer der vorgestellten Methoden nicht erfolgreich verlaufen, ist es wichtig, dies in einer nächsten Ausgabe auszuwerten und zu berücksichtigen, damit in Zukunft Fehler vermieden werden können. Es ist empfehlenswert, dass anwesende Zeugen den Fragebogen zuvor gut durchlesen, damit sie vorher wissen, welche Punkte von besonderer Bedeutung sind. Bitte senden Sie den Fragebogen mit der Post an diesen Mitautor unseres Buches:

Russel D. Ogden
207 Osbourne Avenue
New Westminster, BC
V3L 1Y7 Canada





KAPITEL 4

Medikamente, die in Kombination mit Schlafmitteln zu einem humanen Sterben führen

76

In diesem Kapitel behandeln wir Medikamentenkombinationen, deren Einnahme mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Tode führt. Die Autoren sind der Überzeugung, dass jemand, der freiwillig aus dem Leben scheiden will, diese Medikamente selbständig einnehmen sollte und dadurch die Verantwortung für sein Ableben übernimmt. Es ist möglich, dass während der Vorbereitungsphase Hilfe von anderen erforderlich ist, zum Beispiel bei der Beschaffung der Medikamente, wenn der Sterbewillige eine tödliche Krankheit hat, invalide oder allgemein sehr geschwächt ist.

Für jede der vier Medikamentenkategorien (4.1-4.4) werden folgende Punkte besprochen.

- Todesursache
- Verfügbarkeit des Medikaments
- Tödliche Dosis
- Toleranz und Entwöhnung
- Notwendiges Schlafmittel
- Einnahme des Medikaments
- Dokumentierte Fälle
- Zusammenfassung

4.1 Opiate¹

Dieses Kapitel behandelt vier Opiate, die für humanes, selbstbestimmtes Sterben verwendet werden können. Alle sind kontrollierte, auf Rezept erhältliche Substanzen. In einigen Ländern oder über das Internet sind sie allerdings auch ohne Rezept erhältlich.

- Dextropropoxyphen als Kapseln;
- Morphin als Tablette oder als Ampulle für Injektionen;
- Methadon als Tablette;
- Fentanyl als Hautpflaster.

1. Der pharmakologisch korrekte Begriff 'Opioide' wird hier durch den geläufigeren Begriff 'Opiate' ersetzt.





Andere Opiate werden an dieser Stelle aus verschiedenen Gründen nicht erörtert. Zum Beispiel bleibt Heroin unerwähnt, weil es in Tablettenform eingenommen für humanes, selbstbestimmtes Sterben unzuverlässig ist. Eine Injektion von Heroin ist besonders unzuverlässig, weil es auf dem Schwarzmarkt verdünnt verkauft wird und deshalb seine Konzentration meist nicht bekannt ist. Für jemanden, der es nicht regelmäßig anwendet, ist es unmöglich festzustellen, welche Dosis es hat. Wie Drogenabhängige Heroin zu rauchen, ist kein wirkungsvolles Mittel für selbstbestimmtes Sterben, weil es schläfrig macht, bevor man eine genügend hohe Dosis inhaliert hat.

77

Das Opiat Sufentanyl wird hier nicht behandelt, weil es auch für Ärzte schwer zu beschaffen ist.

Todesursache

Bei der Verwendung von Opiaten tritt der Tod durch Atemstillstand ein.

Verfügbarkeit der Medikamente

Dextropropoxyphen (Kapseln a 150 mg) wird in den Niederlanden, in Belgien und in Spanien gegen chronische Schmerzen verschrieben (Rheumatismus, Osteoporosis, Krebs mit Metastasen) oder über das Internet vertrieben. Es ist weniger schwer zu beschaffen als Barbiturate. Die Erfahrungen zeigen, dass 4,5 g Dextropropoxyphen (30 Kapseln a 150 mg) für eine Person, die 'clean' ist, tödlich sind, vorausgesetzt, sie werden mit mindestens 500 mg Flurazepam oder Diazepam kombiniert. Wir halten es nicht für notwendig, ein zweites Benzodiazepin zu verwenden, aber in der Praxis hat sich der Zusatz von 500 g Oxazepam als wirkungsvoll erwiesen (siehe die dokumentierten Fälle).

Morphin. Nur 20-40% der eingenommenen Tabletten wird über den Darm ins Blut aufgenommen. Man kann also nicht mit Sicherheit sagen, bei welcher oralen Dosis die Konzentration im Blut genügend hoch ist, um einen Atemstillstand hervorzurufen. Auf Grund dieser Unsicherheit wurde Morphin in der vorigen Ausgabe des wozz-Buchs nicht weiter erörtert. Jedoch liegen uns Berichte vor, dass 1000 mg Morphin in Tablettenform bei einer Person, die clean ist, tödlich sind. Wenn 20% dieser Dosis ins Blut kommt, würde das ca. 200 mg Morphin als Injektion entsprechen.

Wenn eine drogenfreie Person sich selbst eine Injektion in einen Beinmuskel setzen würde, wären 200 mg Morphin tödlich. An sich ist





das nicht schwierig, aber manche Personen schrecken davor zurück, sich selbst eine Spritze zu geben. Bei einer Injektion in ein Blutgefäß würden bei einer Person, die clean ist, 200 mg sehr schnell tödlich wirken. Eine Injektion in ein Blutgefäß ist jedoch schwieriger. Ein Helfer würde eine Straftat begehen, wenn er eine tödliche Injektion durchführt.

Methadon wird als Tablette a 5 mg und als Trunk a 2 mg pro Milliliter verkauft. Es wird zur Behandlung starker Schmerzen und als Ersatzdroge zur Behandlung von Drogenabhängigen verschrieben. Letzteres ist der Grund dafür, dass Methadon in einigen Ländern weitgehend als Straßendroge verkauft wird. Opiumabhängige Personen, die als Ersatz Methadon erhalten, können etwas Methadon aufheben, um es zu verkaufen und dafür andere Drogen zu beschaffen. Trotzdem ist Methadon nicht für jeden einfach zu bekommen, und unerfahrene Käufer können auf dem Schwarzmarkt leicht hinters Licht geführt werden. Man riskiert den Kauf einer gefälschten Substanz, die Methadon nur ähnlich ist. Die Beschaffung von Medikamenten auf der Straße kann sogar schwieriger und entmutigender sein als die tödlichen Medikamente von einem Arzt zu bekommen.

Auf Grund der toxikologischen Literatur, gehen wir davon aus, dass 1 g eine tödliche Dosis ist.² Es wird einige Zeit dauern, die nötige Menge zu beschaffen, da es sich um 200 Tabletten a 5 mg handelt.

Methadon muss mit mindestens einem lang wirkenden Benzodiazepin (3.2.7) kombiniert werden, weil es allein keinen ausreichend langen und tiefen Schlaf hervorruft.

Andernfalls könnte das Erstickten einsetzen, während man noch mehr oder weniger bei Bewusstsein ist.

Fentanyl ist nur als Hautpflaster erhältlich. Die Pflaster variieren in der Abgabe zwischen 12,5, 25, 50, 75 oder 100 Mikrogramm Fentanyl pro Stunde. Dadurch kann in einem Zeitraum von zwei bis drei Tagen, 12,5, 25, 50, 75 oder 100 Mikrogramm Fentanyl pro Stunde über die Haut in den Blutkreislauf abgegeben werden. Dieses Medikament wird zur Behandlung chronischer Schmerzen und in der palliativen Pflege von Krebspatienten angewandt. Es ist schwer erhältlich. Die Autoren empfehlen als tödliche Dosis 500 Mikrogramm. Duragesic-Hautpflaster mit einer Gesamtdosis von 500 Mikrogramm sollten gleichzeitig auf





einem Stück gut durchbluteter haarfreier Haut angebracht werden. Normalerweise ist der Unterleib ein guter Platz, um die Pflaster zu befestigen.

Nach der Anwendung von 500 Mikrogramm Fentanyl-Hautpflaster kann es sein, dass man erst nach *einigen Stunden* einschläft. Deshalb ist die Einnahme von mindestens 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins notwendig, um innerhalb von 30-60 Minuten (3.2.7) einen tiefen Schlaf zu erreichen. Wenn man das Benzodiazepin nicht einnimmt, kann es vor dem Einschlafen zum Ersticken kommen. Begleiter sollten sich darüber im Klaren sein, dass es 36 Stunden dauern kann, bis der Tod durch Atemstillstand eintritt, also wesentlich länger als bei den drei anderen Opiaten. Es ist wichtig, dass während der ersten 36 Stunden keine lebensrettenden Maßnahmen eingeleitet werden.

79

Es wurden einige Fälle berichtet, in denen Wärme im Bereich des Hautpflasters die Aufnahmefähigkeit beträchtlich erhöht. Man kann die Aufnahme erleichtern, indem man das Hautpflaster mit einem kleinen Stück Kunststoffolie abdeckt, sodass der Körper es erwärmt. Ein Pflaster mit 100 Mikrogramm wäre theoretisch tödlich, wenn man es erwärmt, aber genaue Daten darüber sind nicht vorhanden (siehe die dokumentierten Fälle). Aus diesem Grund warnen die Autoren davor, eine geringere Dosis als die empfohlenen 500 Mikrogramm zu benutzen.

Toleranz und Entwöhnung

Alle Opiate führen zu einem hohen Maß an Toleranz. Deshalb sind sie für den regelmäßigen Nutzer nicht tödlich. Wenn man irgendein anderes Opiat (z. B. Morphin) in den letzten fünf Wochen vor dem geplanten Sterben als Schmerzmittel benutzt hat, sollte man beachten, dass das Risiko, mit Opiaten zu scheitern, hoch ist. Auch mit einer stark erhöhten Dosis kann die Selbsttötung immer noch scheitern, weil die chemische Reaktionen der Person sich durch Toleranz geändert haben. Dadurch wird die Konzentration des Medikaments im Blut sehr schnell abgebaut und reicht nicht, einen Atemstillstand zu bewirken.

Pharmakotherapeutische Nachschlagewerke liefern Informationen darüber, ob ein Schmerzmittel als Opiat klassifiziert wird oder nicht. Man kann diese Informationen auch von einer vertrauenswürdigen Datenbank wie Medline Plus im Internet bekommen:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/druginformation.html> (Englisch)

Die Standardempfehlung zur Entwöhnung trifft auf alle diese Medikamente zu (3.2.6). Mindestens fünf Wochen vor dem selbstbe-



80

stimmten Sterben muss man innerhalb von zwei Wochen die Dosis auf Null reduzieren. Danach darf man für mindestens drei Wochen das Medikament nicht mehr einnehmen. Bei allen Opiaten dauert es 2+3=5 Wochen, bevor man clean ist. Wie alle regelmäßigen Nutzer wissen, kann es mit sehr unangenehmen Symptomen verbunden sein, Opiate abrupt abzusetzen. Es ist deshalb vorzuziehen, den Gebrauch der Medikamente über einige Wochen allmählich zu reduzieren.

Wenn es nicht möglich ist, mit dem Gebrauch von Opiaten mindestens drei Wochen vor dem geplanten Sterben ganz aufzuhören, muss ein Medikament, das nicht zu den Opiaten gehört, verwendet werden, denn selbst das Doppelte oder Dreifache der empfohlenen Dosis garantiert nicht den Erfolg bei jemandem, der aufgrund regelmäßiger Einnahme tolerant gegenüber Opiaten geworden ist.

Notwendige Schlafmittel (Benzodiazepine)

Die beschriebenen Opiate haben eine einschläfernde Wirkung. Aber keines von ihnen sorgt für einen ausreichend *langen* und *tiefen* Schlaf. Deshalb ist die Kombination mit mindestens einem lang wirkenden Benzodiazepin notwendig, vorzugsweise 500 mg Flurazepam oder Diazepam. Dadurch wird vermieden, dass die Person die durch die Opiate ausgelösten Vergiftungserscheinungen noch erlebt. Es gibt Hinweise, dass 500 mg Flurazepam oder 500 mg Diazepam die tödliche Wirkung (Atemstillstand) von Dextropropoxyphen fördert. Wenn jemand regelmäßig Benzodiazepine verwendet, ist eine Entwöhnung von allen Benzodiazepinen unerlässlich (3.2.6).

Die Einnahme der Medikamente

Für alle genannten Opiate ist es notwendig, ein Antibrechmittel einzunehmen, beginnend 24 Stunden vor dem geplanten Sterben. Das trifft auch beim Gebrauch von Fentanyl-Hautpflaster zu, weil ein lang wirkendes Benzodiazepin eingenommen werden muss.

Dextropropoxyphen ist in einigen Ländern als Kapseln mit Granulat erhältlich. Dieses Granulat gibt das Medikament mit einiger Verzögerung ab. Indem man die Kapseln öffnet und das Granulat in einem Mörser zerstößt, kann man diese Verzögerung reduzieren. Das Pulver wird beim einnehmen in Joghurt oder Pudding gerührt. Wir empfehlen, das Granulat oder die Tabletten im voraus zu zerstoßen und trocken zu lagern.



Dokumentierte Fälle

Dextropropoxyphen

Es liegen der Stiftung w o z z 85 dokumentierte Fälle von Personen vor, die Dextropropoxyphen benutzt haben, 82 von ihnen starben. Diese Fälle wurden uns über den Fragebogen für anonyme Meldungen von Sterbefällen gemeldet (siehe Appendix 3). Wir werden erst die drei gescheiterten Fälle und anschließend einen fast gescheiterten Fall betrachten.

81

Ein geplanter und gescheiterter Tod wurde von einer Frau berichtet, die Krebs mit Metastasen hatte und auf eine Chemotherapie nicht mehr reagierte. Wir nehmen an, dass das Misslingen durch die Toleranz gegenüber einem von ihr gebrauchten Opiat-Schmerzmittel verursacht wurde. Eine Entwöhnungsphase wurde nicht eingehalten. Aufgrund dieser ihr unbekanntes Toleranz führte die Einnahme von Dextropropoxyphen nicht zum Tod.

Ein zweiter Fehlschlag trat mit einer Substanz auf, die von einem Apotheker im Ausland geliefert wurde, wo die Person einen Urlaub verbrachte. Die Kundin bat den Apotheker um Dextropropoxyphen und erklärte, sie hätte vergessen, genug davon von Zuhause mitzunehmen. Der Apotheker bat die Frau, am nächsten Morgen wiederzukommen. Dann übergab er ihr 20 Kapseln, aber nicht in der originalen Durchdrückverpackung. Das selbstbestimmte Sterben scheiterte. Wir gehen davon aus, dass die Frau kein Dextropropoxyphen erhalten hatte.

Ein dritter Fehlschlag ereignete sich bei einem jüngeren Mann. Er hatte 28 Kapseln Dextropropoxyphen in Originalverpackung in einer Apotheke im Ausland gekauft. Diese Kapseln kombinierte er mit 600 mg Nitrazepam, das nicht eines der von uns empfohlenen lang wirkenden Benzodiazepinen ist. Er wachte nach 72 Stunden auf. Wir gehen davon aus, dass eine Kombination mit 500 mg Flurazepam oder Diazepam sicher gewirkt hätte.

Beinahe gescheitert wäre der Suizid-Versuch eines 75-jährigen Mannes mit der Diagnose Alzheimerkrankheit in einer ersten Phase. Es wurde ihm entsprechende Medizin verschrieben. Er nahm 30 Kapseln Dextropropoxyphen zusammen mit 500 mg Oxazepam und 75 mg Midazolam (ein kurz wirkendes Benzodiazepin) ein. Erst nach 50 Stunden hörte der Mann auf zu atmen. Das lange Warten war für die Angehörigen eine schreckliche Erfahrung.

Unsere Erklärung für das beinahe Scheitern des Versuchs, ist, dass es vielleicht eine Interaktion gegeben hat zwischen den Medikamen-





ten, die der Patient gegen Alzheimer einnahm einerseits und dem Dextropropoxyphen andererseits. Möglicherweise wurde letzteres Medikament durch diese Interaktion schneller im Körper abgebaut, was zur Folge hatte, dass der Blutspiegel nicht genügend hoch wurde, um einen Atemstillstand hervorzurufen.

82 Es sind nicht alle Interaktionen zwischen Medikamenten bekannt. Deshalb empfehlen wir, eine Woche vor dem geplanten Sterben, nur die Medikamente einzunehmen, die unverzichtbar sind. Bei manchen Medikamenten ist es gefährlich, sie nicht mehr zu nehmen, wie zum Beispiel beim Gebrauch von Insulin oder Herzmitteln. Manchmal ist es möglich, den Arzt zu fragen, welche Medikamente man innerhalb einer Woche ohne negative Folgen absetzen könnte und bei welchen das nicht anzuraten ist. Wenn man es selbst nicht weiss und den Arzt nicht fragen möchte, ist es besser, die vorgeschriebene Medizin weiterhin einzunehmen.

Die weiteren 81 Fälle, die alle zum Tod führten, unterteilen wir in sechs Fälle, die wir im Folgenden analysieren und 75 Fälle, in denen die empfohlene Dosis eines lang wirkenden Benzodiazepins verwendet wurde. 48 von diesen 75 Personen haben außerdem als weiteres Benzodiazepin 500 mg Oxazepam verwendet. Auch wenn wir ein zweites Benzodiazepin nicht für notwendig erachten, kann es als zusätzliches Mittel hilfreich sein, um das Sterben zu beschleunigen.

Leider wurde nur bei einem Viertel der 75 Fälle die Sterbedauer angegeben. In den Fällen, wo die Sterbedauer notiert und das selbstbestimmte Sterben nach den Empfehlungen dieses Kapitels durchgeführt wurde, variierte die Sterbedauer zwischen 75 Minuten und 17 Stunden.

Zwei alte Personen von ungefähr 90 Jahren nahmen 20 Kapseln Dextropropoxyphen zusammen mit 300 mg Diazepam ein. Die eine starb nach 14 Stunden, die andere erst nach 17 Stunden. Im Nachhinein halten wir die Dosis von beiden Medikamenten für unzureichend, um einen sicheren Tod zu gewährleisten. Wir empfehlen jetzt mindestens 30 Kapseln (4,5 g oder 4500 mg) einzunehmen, zusammen mit mindestens 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins.

Die übrigen sechs Personen sind alle gestorben, obwohl sie weniger als die empfohlene Dosis von 4,5 g oder 4500 mg Dextropropoxyphen eingenommen hatten. Diese Fälle werden hier gesondert betrachtet:

- Eine Person nahm Dextropropoxyphen und ein Barbiturat (Cyclobarbital 600 mg) statt eines Benzodiazepins. Wir halten 600 mg





Barbiturate nicht für ausreichend, um einen genügend langen und tiefen Schlaf zu garantieren; 1200 mg Barbiturate würden für diesen Zweck sicher sein.

- Eine Person nahm Dextropropoxyphen mit Morphin (MS Contin) statt eines Benzodiazepins und starb sieben Tage später auf der Intensivstation. Wegen des Verzichts auf ein lang wirkendes Benzodiazepin hätte dieser Suizidversuch auch scheitern können.
- Zwei Personen nahmen Dextropropoxyphen mit Hydroxyzin. Hydroxyzin ist ein Antihistaminikum mit leicht beruhigenden Eigenschaften. Eine Person starb nach 17 Stunden, im anderen Fall ist die Sterbedauer nicht bekannt. Wir raten stark vom Gebrauch von Hydroxyzin als Schlafmittel ab. Es führt nicht zu einem lang anhaltenden (mehr als 12-stündigen) tiefen Schlaf.
- Eine Person kombinierte Dextropropoxyphen mit Oxazepam und dem Analgetikum Tramadol. Mit dieser Kombination riskiert man, schmerzhaftes Sterben bewusst mitzerleben, weil Oxazepam kein lang wirkendes Benzodiazepin ist. Tramadol ist kein Beruhigungsmittel.
- Eine Person starb durch die Einnahme von Dextropropoxyphen mit einer unbekanntem Kombination von Schlafmitteln.

83

Die Autoren warnen davor, weniger als die empfohlene Dosis Dextropropoxyphen einzunehmen: mindestens 4500 mg, was 30 Kapseln a 150 mg entspricht.

Methadon

Es liegen keine Berichte über geplantes Sterben mit Methadon vor. Für die Annahme, dass die empfohlene Dosis dieser Substanz in Kombination mit 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins tödlich ist, sprechen toxikologische Befunde. So lange uns von keinen aktuellen Fällen berichtet wurde, können wir jedoch nicht sicher sein, dass unsere Annahme richtig ist.

Morphin

Wir verfügen über mündliche Berichte aus den USA bezüglich des geplanten Sterbens mit 1000-1500 mg oral eingenommenem Morphin. Allerdings wurden uns keine Einzelheiten über den Sterbevorgang mitgeteilt, wie wir sie auf Grund des Fragebogens (siehe Appendix 3) zu ermitteln suchen.



Fentanyl

Fentanyl-Hautpflaster sind seit 1995 auf dem Markt. In der toxikologischen Literatur haben wir zwei dokumentierte Fälle mit Fentanyl gefunden.

- 84 Eine Person benutzte zwei Pflaster mit einer Abgabe von je 75 Mikrogramm pro Stunde (insgesamt 150 Mikrogramm pro Stunde), sowie Diazepam und Kokain.³ Die Autoren gehen davon aus, dass der Tod wahrscheinlich aufgrund der Überdosis Fentanyl eintrat. Allerdings halten wir die Dosis von 150 Mikrogramm für zu gering, als dass sie mit Sicherheit zum Tode führen könnte.

Die andere Person benutzte drei Pflaster mit einer Abgabe von 100 Mikrogramm pro Stunde (insgesamt 300 Mikrogramm pro Stunde).⁴ Die Autoren nehmen an, dass in diesem Fall (eine 83-jährige Frau) der Stoffwechsel verlangsamt wurde und dieser Umstand zum Tod beigetragen hat. Wir haben keine weiteren Berichte über den Gebrauch von Fentanyl für geplantes Sterben erhalten.

Interessant sind die Berichte der Lebensmittel- und Medikamentenbehörde der USA (US Food and Drug Administration), die von mehr als hundert Fentanyl-Toten pro Jahr berichten. Keineswegs handelt es sich in all diesen Fällen um beabsichtigtes Sterben. Die Mehrzahl sind tödliche Unfälle. Dennoch werfen diese Unfälle ein Licht auf die Eigenschaften von Fentanyl-Hautpflastern: Personen, die eine verschriebene Dosis Fentanyl verwendeten, starben während sie Fieber hatten, in die Sauna gingen, eine elektrische Wärmedecke benutzten oder eine heiße Komresse darauf liegen hatten. Eine höhere Temperatur der Haut unter dem Pflaster, kann die Aufnahme von Fentanyl ins Blut sehr stark beschleunigen und zu einer Konzentration im Blut führen, der Atemstillstand zur Folge hat. Wir weisen jedoch nochmals darauf hin, dass man die empfohlene Dosis von 500 Mikrogramm, kombiniert mit einem lang wirkenden Benzodiazepin, einhalten sollte.

Zusammenfassung

Wie die toxikologische Literatur ausweist, sind Dextropropoxyphen, Morphin, Methadon und Fentanyl in der empfohlenen Dosis fast immer tödlich, *vorausgesetzt, dass:*

- a. vorher drei Wochen lang keine Opiate und keine Benzodiazepine eingenommen wurden;
- b. diese Medikamente mit mindestens 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins kombiniert werden.

3. Kramer 1998

4. Edinboro 1997



4.2 Chloroquin

Chloroquin wird als Medizin gegen Malaria oder zur Behandlung von Gelenkrheumatismus verwendet. Es wird auf den Markt gebracht als:

- Chloroquin-Salz, mit Sulfat oder Phosphat;
- Hydroxychloroquin.

85

Todesursache

Der Tod tritt durch Herzstillstand ein.

Verfügbarkeit der Medikamente

In den Ländern der Europäischen Union kann Chloroquin in vielen Apotheken rezeptfrei gekauft werden, so zum Beispiel in Spanien und Portugal. Außerhalb Westeuropas ist es in allen Ländern, in denen Malaria auftritt, aber auch in anderen Ländern, rezeptfrei erhältlich.

In Deutschland und der Schweiz ist Chloroquin schwieriger zu beschaffen. Es kann Personen verweigert werden, die lediglich angeben, dass sie in die Tropen reisen werden, weil der Malaria-Erreger in vielen Regionen resistent gegenüber Chloroquin ist. Es werden dann andere Medikamente von den Gesundheitsbehörden und Ärzten verschrieben oder von Apothekern empfohlen. Um Chloroquin zu erhalten, sollte man vorgeben, in ein Land zu reisen, wo der Malaria-Erreger noch auf Chloroquin reagiert. Da sich die Liste dieser Länder jedes Jahr ändert, ist es sinnlos, hier auf Einzelheiten einzugehen. Chloroquin wird von Ärzten im Allgemeinen nur in Kombination mit einem anderen Antimalaria-Medikament verschrieben (Proguanil, Doxycyclin, Mefloquin). Die anderen Antimalaria-Medikamente sind für selbstbestimmtes Sterben jedoch nicht geeignet. Reisenden wird manchmal eine Notdosis Chloroquin gegeben, die eingenommen werden soll, wenn das Medikament erster Wahl in diesen Ländern unzureichenden Schutz bietet.

Tödliche Dosis

Tödliche Dosis

Chloroquin gibt es in drei chemischen Substanzen, die nicht dieselbe tödliche Dosis haben. Die Autoren halten aus toxikologischen und pharmazeutischer Gründen folgende Mengen für die tödliche Dosis:

- 17,5 g Chloroquin-Phosphat (entspricht 70 Tabletten Resochin-Tabletten a 250 mg)
- 11 g Chloroquin-Sulfat (entspricht 110 Nivaquin-Tabletten a 100 mg)
- 12 g Hydroxychloroquin (entspricht 60 Plaquenil- oder Quensil-Tabletten a 200 mg).

Bei der Berechnung der tödlichen Dosis muß man genau darauf achten, welche chemische Substanz in dem Medikament und wieviel Milligramm in einer Tablette enthalten sind.





Toleranz und Entwöhnung

Chloroquin führt nicht zu einer Toleranz. Menschen, die in einer Malaria-Zone leben und regelmäßig Chloroquin verwenden, brauchen vor einem geplanten Sterben nicht damit aufzuhören.

- 86 Wenn Chloroquin für selbstbestimmtes Sterben genutzt wird, ist die Einnahme von Schlafmitteln notwendig (siehe unten). Für dieses Schlafmittel gilt die Standardempfehlung für die Entwöhnung (3.2.6).

Notwendige Schlafmittel

Mit Chloroquin bleibt das Bewusstsein klar. Aus diesem Grund ist im Falle selbstbestimmten Sterbens die Kombination mit Schlafmitteln notwendig, damit man weder die giftige Wirkung auf das Herz noch die als Nebenwirkungen einer Überdosis Chloroquin möglichen Muskelkontraktionen und epileptischen Anfälle bewusst erlebt.

Laut *Departing Drugs* (1993) sollte Chloroquin nicht mit Diazepam kombiniert werden. Es heisst dort: 'Benzodiazepine (insbesondere Diazepam) können die tödliche Wirkung von Chloroquin zum Teil aufheben und sind deshalb weniger geeignet'.⁵ Wir sind jedoch anderer Meinung.

Der Hintergrund dieser Aussage in *Departing Drugs* ist wahrscheinlich der, dass in Fällen, in denen eine Überdosis Chloroquin eingenommen wurde, im Krankenhaus mit Diazepam als Gegenmittel behandelt wird. Die Autoren von *Departing Drugs* schließen daraus, dass Diazepam und alle anderen Benzodiazepine ungeeignet sind, wenn man mit Chloroquin sein Leben beenden will. Diazepam wird in der Tat verwendet, um einer Chloroquin-Vergiftung entgegen zu wirken. Aber man kann daraus nicht schließen, dass Diazepam ein Gegenmittel für die tödliche Wirkung von Chloroquin auf das Herz ist. Diazepam wurde unseres Erachtens von Ärzten in Notfällen gegen eine Chloroquin-Vergiftung eingesetzt, weil es Muskelkontraktionen und epileptische Anfälle unterdrückt. Sie sind jedoch kein Gegenmittel für die tödliche Wirkung von Chloroquin auf das Herz.⁶

Kürzlich wurden uns von einem Arzt 25 Fälle vorgelegt, bei denen 60-80 Resochin-Tabletten in Kombination mit einer hohen Dosis (1000 mg) Diazepam in allen Fällen innerhalb von vier Stunden zum Tod

5. "The benzodiazepines (particularly diazepam) could negate some of the lethal effect of chloroquine and so are less suitable" (Docker 1993 p. 22).

6. Demazière 1992, Clemessy 1996a, Clemessy 1996b, Buckley 1996.





fürten. Es traten keine epileptischen Anfälle auf (siehe die dokumentierten Fälle unten). Die praktische Erfahrung bestätigt unsere Vermutung, dass Diazepam die tödliche Wirkung von Chloroquin auf das Herz nicht beeinträchtigt.

Manchmal wird ein Schlafmittel mit einer anderen chemischen Struktur als Benzodiazepin empfohlen, wie Zopiclon oder Zolpidem. Mit Zopiclon kann der Schlaf sehr langsam eintreten. Nach der Einnahme kann es länger als eine Stunde dauern, bis man tief schläft. Darüber wurde der WOZZ in zwei Fällen berichtet. Das bedeutet, dass das Risiko von schmerzhaften Muskelkontraktionen besteht, während man noch bei Bewusstsein ist. Sowohl für die betreffende Person als auch für die Anwesenden ist das eine beängstigende Erfahrung. Wir raten deshalb vom Gebrauch von Zopiclon und Zolpidem ab.

87

Wir empfehlen den Gebrauch einer Kombination von schnell und lang wirkenden Benzodiazepinen, um einen tiefen und lang anhaltenden Schlaf zu erreichen, wenn Chloroquin für beschleunigtes Sterben eingesetzt wird. Lang wirkendes Benzodiazepin sorgt zwar für einen tiefen Schlaf, aber manchmal dauert es eine Stunde, bis es wirkt, sodass man noch nicht tief schläft, wenn durch Chloroquin Muskelkontraktionen hervorgerufen werden. Um schnell in einen tiefen Schlaf zu fallen, sollten Chloroquin und ein lang wirkendes Benzodiazepin mit einem weiteren, schnell wirkenden Benzodiazepin kombiniert werden (3.2.7).

Die Einnahme der Medikamente

Antibrechmittel sind unentbehrlich, und die erste Wahl ist Metoclopramid (siehe 3.2.8).

Chloroquin ist so bitter, dass es zu Würgen oder Erbrechen führen kann. Am besten ist es, die Tabletten nicht zu zerstoßen, sondern den bitteren Geschmack zu überdecken, indem man die Tabletten mit einem Süßstoff in Pudding oder Joghurt einnimmt. Der bittere Geschmack kann dann mit etwas Wasser oder Milch heruntergespült werden. Es ist ratsam, nicht zu viel zu trinken, weil das ebenfalls Erbrechen hervorrufen kann.

Die lang wirkenden Benzodiazepine müssen gleichzeitig mit dem Chloroquin eingenommen werden. Es empfiehlt sich, die schnell wirkenden Benzodiazepine zuletzt einzunehmen um zu vermeiden, dass man während der Einnahme des Medikaments einschläft. Mit einem sehr schnell wirkenden Benzodiazepin wie Midazolam riskiert man, innerhalb von fünf Minuten einzuschlafen, bevor sämtliche Medikamente eingenommen worden sind (3.2.7).





Dokumentierte Fälle

37 Fälle geplanten Sterbens mit Chloroquin sind dokumentiert, alle waren erfolgreich.

88

- 25 Personen nahmen 60-80 Resochin-Tabletten und 1000 mg Diazepam ein. Der Tod trat nach 2 bis 4 Stunden ein. Einige Personen hatten außerdem 1000 mg eines Beta-Blockers (Metoprolol) eingenommen, in der Annahme, damit die tödliche Wirkung von Chloroquin auf das Herz zu verstärken. Aus toxikologischer Sicht ist das zwar möglich, aber nicht gewiss.⁷ Die Autoren empfehlen Metoprolol deswegen nicht. Diese 25 Fälle bestätigen, dass eine hohe Dosis Diazepam die tödliche Wirkung von Chloroquin auf das Herz nicht aufhebt.

Die anderen 12 Fälle im Überblick:

- Eine Person nahm 14 g Chloroquin-Sulfat ein;
- 5 weitere Personen nahmen je 10g Chloroquin-Sulfat ein;
- Eine Person nahm 8 g Chloroquin-Base ein;
- 5 Personen nahmen eine unbekannte Dosis ein.

Bei 5 Personen trat der Tod nach 2 bis 3 Stunden ein. In den anderen Fällen ist die verstrichene Zeit bis zum Tod nicht dokumentiert, weil niemand anwesend war.

Die benutzten Schlaftabletten:

- 25 Personen nahmen 1000 mg Diazepam mit 60-80 Resochin-Tabletten
- 5 Personen nahmen Zopiclon als Schlafmittel ein; 2 davon nahmen 300 mg. Bei den anderen war die Dosis nicht bekannt. Bei 2 Personen, die Zopiclon einnahmen, dauerte es länger als eine halbe Stunde, bis sie einschliefen. Eine davon erlebte bei vollem Bewusstsein durch Chloroquin ausgelöste schmerzhafte Muskelkontraktionen. Für die anwesenden Verwandten war das eine äußerst bestürzende Erfahrung. Die Autoren plädieren deshalb gegen den Gebrauch von Zopiclon.
- eine Person nahm 6 Tabletten Vesparax (1200 mg Barbiturate enthaltend) als Schlafmittel, zusammen mit 60 mg Midazolam ein. Das führte zu einem lang anhaltenden tiefen Schlaf ohne jede Muskelkontraktion.

7. Es gibt Hinweise, dass Beta-Blocker und Chloroquin eine entgegengesetzte Wirkung auf die Kaliumkanäle in der Zellmembran haben. Deswegen kann ein Beta-Blocker auch die giftige Wirkung von Chloroquin auf das Herz vermindern.





- Zwei Personen nahmen 3 Tabletten Vesparax als Schlafmittel ein; der Tod trat ohne unangenehme Nebenwirkungen ein. Wir halten das jedoch für riskant, weil 3 Tabletten Vesparax (3 x 200 mg = 600 mg Barbiturate) für einen lang anhaltenden Schlaf zu wenig sind. Die Einnahme von 6 Tabletten Vesparax (1200 mg Barbiturate) ist eine bessere Garantie.
- Zwei Personen nahmen eine große Menge Temazepam ein (genaue Dosis unbekannt). Sie starben allein, deshalb ist nicht bekannt, ob Nebenwirkungen aufgetreten sind. Temazepam ist kein lang wirkendes Benzodiazepin. Das Risiko besteht, daß seine einschläfernde Wirkung nachläßt, während die Vergiftungswirkung durch Chloroquin auf das Herz noch nicht tödlich ist.
- Eine Person nahm 4 g Hydroxin als Schlafmittel ein – ein Antihistaminikum mit beruhigender Wirkung. Antihistaminika garantieren keinen lang anhaltenden und tiefen Schlaf, so dass man aufwachen und die giftige Wirkung des Chloroquins miterleben könnte, was einen grausamen Tod bedeutet.
- Bei einer Person ist nicht bekannt, welche Schlafmittel eingenommen wurden.

89

Zusammenfassung

In vielen Ländern wird Chloroquin rezeptfrei in Apotheken und Drogerien verkauft. Darum ist Chloroquin eines der am leichtesten zu beschaffenden tödlichen Medikamente für ein humanes, selbstbestimmtes Sterben. Auch über das Internet kann man Chloroquin bestellen.

Chloroquin gibt es in drei chemischen Substanzen, die nicht dieselbe tödliche Dosis haben:

- Chloroquin-Phosphat: 17,5 g ist tödlich (entspricht 70 Tabletten Resochin-Tabletten a 250 mg)
- Chloroquin-Sulfat: 11 g ist tödlich (entspricht 110 Nivaquin-Tabletten a 100 mg)
- Hydroxychloroquin: 12 g ist tödlich (entspricht 60 Plaquenil- oder Quensil-Tabletten a 200 mg).

Man muss genau darauf achten, welche chemische Substanz in dem Medikament und wieviel Milligramm in einer Tablette enthalten sind.

Alle Chloroquin Präparate sollen mit einem (sehr) lang und einem schnell wirkenden Benzodiazepin eingenommen werden (3.2.7).





4.3 Trizyklische Antidepressiva

90 In diesem Kapitel besprechen wir Medikamente aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva, die für humanes Sterben verwendet werden können. Es gibt weitere Antidepressiva, z. B. der Gruppe ssri (wie Prozac), die in hohen Dosen manchmal tödlich wirken, aber wir schließen aus der toxikologischen Literatur, dass deren tödliche Wirkung unsicher ist.

Es gibt acht trizyklische antidepressive Medikamente, in alphabetischer Folge:

- Amitriptylin*: Tabletten a 10, 25, 50 und 75 mg
- Clomipramin*: Tabletten a 10, 25 und 75 mg
- Desipramin: Dragee a 25 mg
- Dosulepin: Kapseln a 25 mg, Dragee a 75 mg
- Doxepin: Kapseln a 10, 25, 50, 75 und 100 mg
- Imipramin*: Tabletten a 10 und 25 mg
- Nortriptylin*: Tabletten a 10, 25 und 50 mg
- Trimipramin: Tabletten a 25 mg

Die vier mit * vermerkten Medikamente werden in vielen Ländern regelmäßig von Ärzten verschrieben.

Todesursache

Der Tod tritt durch Herzrhythmusstörung ein, möglicherweise in Kombination mit Atemstillstand.

Verfügbarkeit der Medikamente

Im Falle andauernder depressiver Beschwerden verschreiben Ärzte oft als erstes ein Antidepressivum einer anderen Gruppe: ssri-Antidepressiva (z. B. Prozac oder Seroxat). Die Indikation für ihren Einsatz sind: schnelle Ermüdung, Niedergeschlagenheit, Schlaflosigkeit, Lustlosigkeit oder Appetitlosigkeit. Wenn sich keine Verbesserung zeigt, die Symptome zunehmen oder wenn der Patient unangenehme Nebenwirkungen der ssri-Antidepressiva feststellt, wird der Arzt in der Regel ein Antidepressivum aus der Gruppe der trizyklischen Antidepressiva verordnen, insbesondere Amitriptylin, Clomipramin oder Nortriptylin. Amitriptylin wird auch gegen Schlaflosigkeit und chronische Schmerzen verschrieben. Obwohl sie nur auf Rezept erhältlich sind, sind diese Antidepressiva relativ leicht zu beschaffen, auch über das Internet.





Tödliche Dosis

Für alle trizyklischen Antidepressiva empfehlen wir eine Dosis von 6 g. Die Kombination mit Benzodiazepin für einen langen und tiefen Schlaf ist notwendig (siehe unten). Trizyklische Antidepressiva verlangsamen den Verdauungsprozess und damit auch ihre eigene Aufnahme. Der Tod sollte normalerweise 12 bis 24 Stunden nach der Einnahme dieser tödlichen Medikamente eintreten.⁸ Man sollte jedoch wissen, dass das Sterben manchmal auch 24 bis 48 Stunden dauert. Damit selbstbestimmtes Sterben gelingt, ist es unabdingbar, dass in den ersten 48 Stunden keine lebensrettenden Maßnahmen eingeleitet werden.

91

Toleranz und Entwöhnung

Trizyklische Antidepressiva führen nicht zu Toleranz. Wenn sie vor einem geplanten Sterben eingenommen wurden, ist es nicht nötig, damit aufzuhören und eine Entwöhnungsphase zu durchlaufen.

Notwendige Schlafmittel

Antidepressiva führen nicht zu einem tiefen und lang anhaltenden Schlaf. Die Kombination mit Benzodiazepin ist notwendig, um sicherzustellen, dass die Vergiftungssymptome, die dem Tod vorausgehen, unterdrückt und nicht miterlebt werden. Zu den Symptomen gehören epileptische Anfälle und erhöhte Temperatur.

Wir empfehlen deshalb, zusammen mit diesen Antidepressiva mindestens ein lang wirkendes Benzodiazepin in der angegebenen Dosis einzunehmen (3.2.7). Ein schnell wirkendes Benzodiazepin kann man zusätzlich nehmen, es ist aber nicht notwendig. Wir erinnern daran, dass für die Verwendung von Benzodiazepinen eine vorhergehende Entwöhnung absolut notwendig ist (siehe Kapitel 3.2.6).

Die Einnahme der Medikamente

Manchmal muss eine sehr große Menge an Tabletten eingenommen werden. 6 g Antidepressivum wären 240 Tabletten a 25 mg. Es ist deshalb ratsam, sie fein zu zermahlen und mit Pudding oder Joghurt zu verrühren.

Manchmal werden Kapseln oder Dragees verschrieben. Erstere können geöffnet und ihr Inhalt verstreut werden. Dragees können nicht zerrieben oder geöffnet werden, sie müssen mit Joghurt oder Pudding

8. Smith 1995



im Ganzen geschluckt werden. Alle Antidepressiva sollen mit einem (sehr) lang wirkenden Benzodiazepin eingenommen werden. Wenn auch ein schnell wirkendes Benzodiazepin eingenommen wird, besteht die Gefahr, dass man während der Einnahme der Medikamente einschläft. Aus diesem Grund sollte das schnell wirkende Benzodiazepin zuletzt eingenommen werden, *nachdem* alle Antidepressiva und die lang wirkenden Benzodiazepine eingenommen wurden. Wie bereits für andere Medikamente beschrieben, ist die Einnahme von Antibrechmitteln im Laufe von 24 Stunden vor dem beschleunigten Tod unerlässlich (3.2.8).

Dokumentierte Fälle

Der WOZZ ist nur von einem selbstbestimmten Tod berichtet worden, bei dem 4 g Amitriptylin und nur 120 mg Flurazepam eingenommen wurden. Obwohl weitere Fälle bekannt sind, in denen weniger als 6 g tödlich wirkten, empfehlen die Autoren sicherheitshalber den Gebrauch von 6 g.

Die niedrige Dosis von 120 mg Flurazepam wurde in diesem Fall wohl durch die beruhigende Wirkung von Amitriptylin kompensiert. Bei den anderen genannten Antidepressiva kann eine unzureichende Dosis Schlafmittel dazu führen, dass die Person die Vergiftungssymptome bewusst erlebt, was niemandem zu wünschen ist.

Zusammenfassung

Toxikologisch ist erwiesen, dass trizyklische Antidepressiva bei einer Dosis von 6 g tödlich wirken. Für ein humanes Sterben sollten sie mit mindestens 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins eingenommen werden.

In vielen Ländern sind trizyklische Antidepressiva nicht schwer zu beschaffen. Man kann sie über das Internet bestellen, oder oft auch rezeptfrei bei Apotheken in süd- und osteuropäischen Ländern erhalten.



4.4 Barbiturate

Verfügbarkeit

In Deutschland und in der Schweiz sind fast alle Barbiturate aus dem Handel gezogen. Wir erwähnen diese Medikamente deshalb, weil in den achtziger und neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts gerade mit Barbituraten viele Erfahrungen für eine würdige Lebensbeendung gesammelt wurden. Für ein würdevolles Sterben ohne ärztliche Beihilfe sind Barbiturate heutzutage praktisch ohne Bedeutung, weil diese Mittel ohne Rezept für Laien fast nicht mehr erhältlich sind. Die in den Abschnitten 4.1 – 4.3 aufgeführten Medikamente sind jedoch ein adäquater Ersatz für die Barbiturate.

93

Zu den Barbituraten gehören, in alphabetischer Folge: Amobarbital, Brallobarbitol, Butobarbital, Cyclobarbitol, Phenobarbital (auch: Fenobarbital), Pentobarbital, Secobarbital.

Alle Barbiturate sind kontrollierte Substanzen und rezeptpflichtig. Das bekannteste Mittel ist Vesparax. Es ist eine Mischung aus den zwei Barbituraten Secobarbital (150 mg) und Brallobarbitol (50 mg) und enthält dazu das Antihistamin Hydroxyzin (50 mg). Insgesamt enthält Vesparax $150+50=200$ mg Barbiturate pro Tablette. Vesparax ist in der Schweiz aus dem Handel gezogen worden. In einigen anderen Ländern, wie Deutschland, Belgien und Italien, ist es noch erhältlich.

Nembutal (Pentobarbital in flüssiger Form) ist manchmal bei einem tierärztlichen Lieferanten erhältlich.

Das einzige Barbiturat, das in den meisten europäischen Ländern unter verschiedenen Handelsnamen noch verschrieben wird, ist Phenobarbital. Es ist in Tabletten a 25, 50 oder 100 mg erhältlich. Ärzte verschreiben es als Mittel gegen Epilepsie.

Mit den meisten Barbituraten tritt der Tod gewöhnlich innerhalb von 12 Stunden ein (siehe Kapitel 9). Phenobarbital aber wirkt langsamer, und es kann bis zu drei Tage dauern, bis der Tod eintritt. Es ist deshalb unerlässlich, dass gleichzeitig ein lang wirkendes Benzodiazepin eingenommen wird: mindestens 500 mg (besser 1000 mg) Diazepam oder Flurazepam. Wir haben Berichte von gescheiterten Versuchen mit Phenobarbital erhalten. In diesen Fällen wurde kein lang wirkendes Benzodiazepin eingenommen. Es ist nötig, dass während dieser drei Tage lebensrettende Maßnahmen (künstliche Ernährung und Beatmung) unterbleiben.

Aus den USA sind uns Fälle bekannt, wo von (Zulieferanten von) Tierärzten in Mexiko gekauftes Nembutal (Pentobarbital) für eine



sanfte Tötung von Tieren gebraucht wird.⁹ Auch die Tiermedizin in Deutschland verwendet dazu Barbiturate, sie werden jedoch ausschließlich an Tierärzte geliefert.

Todesursache

- 94 Der Tod tritt durch eine Kombination von Atem- und Herzstillstand ein.

Tödliche Dosis

In der Schweiz, den Niederlanden und Oregon verordnen Ärzte, die Beihilfe zur Selbsttötung leisten, eine Dosis von 9-15 g Pentobarbital oder Secobarbital. Wir halten 9-15 g für eine sehr effektive Dosis, jedoch bereits 6 g für ausreichend. Denn nach Einnahme von 6 g ist noch nie jemand aufgewacht, vorausgesetzt er hat während 3 Wochen keine Barbiturate eingenommen und er hat sich nicht erbrochen. Wegen der ohnehin bereits großen Schwierigkeiten, Barbiturate zu beschaffen, ist es wichtig zu wissen, dass 6 g ausreichen.

Departing Drugs empfiehlt 3,5 g als tödliche Dosis von Secobarbital.¹⁰ Wir wissen nicht, ob dies in jedem Fall genügt, und denken, dass sicherheitshalber eine Dosis von 6 g Barbiturate eingenommen werden sollte. 6 g als tödliche Dosis empfehlen wir für *alle* Barbiturate. Die empfohlene Menge der nötigen Tabletten ist dann wie folgt:

Vesparax: 30 Tabletten.

Phenobarbital: Erhältlich als Tabletten a 100, 50 oder 25 mg. Mindestens 60 Tabletten a 100 mg, 120 Tabletten a 50 mg oder 240 Tabletten a 25 mg. Die Kombination mit einem lang wirkenden Benzodiazepin (Kapitel 3.2.7) ist notwendig.

Einige Experten bezweifeln die tödliche Wirkung von 6 g Phenobarbital. Leider wurde bei Personen, die einen Suizidversuch mit Phenobarbital überlebt haben, die Blutkonzentration von Phenobarbital nicht dokumentiert. Aus toxikologischer und klinischer Sicht sind wir fast sicher, dass eine Dosis von 6 g für eine Person mit einem Körpergewicht von 70 kg, kombiniert mit mindestens 500 mg Diazepam oder Flurazepam tödlich ist, solange keine künstliche Flüssigkeits- oder Sauerstoffzufuhr erfolgt. Personen, die den Sterbevorgang begleiten wollen, sollten darauf vorbereitet sein, dass es ca. 72 Stunden dauern kann, bis der Tod eintritt.

9. Nitschke 2006

10. Docker 1993



Sterbedauer

Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, dass der Tod nach Einnahme von 9 g der am häufigsten gebrauchten Barbiturate wie Secobarbital und Pentobarbital in der Regel innerhalb von zwei Stunden eintritt (siehe Kapitel 5). Es kann vorkommen, dass der Tod erst innerhalb von 24 Stunden eintritt, doch dauert das Sterben selten noch länger. In Oregon war die durchschnittliche Sterbezeit mit 9-10 g Barbituraten in 246 Fällen 25 Minuten, mit einer Spanne von 5 Minuten bis 48 Stunden (laut des Oregon Department of Human Services, 2006). Es gab einen Fehlschlag, dessen Grund wir in Kapitel 5 besprechen. Insgesamt zeigt sich, dass sich die mittlere Sterbedauer mit 9 g statt 6 g etwas verkürzt.

95

Wenn eine Person die empfohlene Dosis von mindestens 6 g einnimmt und keine lebensrettenden Maßnahmen eingeleitet werden, so wird diese, ohne das Bewusstsein wiederzuerlangen, mit Sicherheit sterben.

Toleranz und Entwöhnung

Alle Barbiturate führen zu Toleranzen. Jeder, der regelmäßig eines dieser Medikamente verwendet, muss zuerst mit deren Einnahme aufhören. Für den gesamten Zeitraum der Entwöhnung ist die Standardempfehlung von 2 Wochen Reduzierung und 3 Wochen ohne Barbiturate anzuwenden. Mindestens zwei Wochen sind nötig, um die Dosis bis auf Null zu reduzieren, und anschließend dauert es mindestens drei Wochen bis die Toleranz vollständig abgeklungen ist. Erst nach dieser Periode kann man sicher sein, dass die Barbiturate tödlich wirken.

Es ist von größter Bedeutung, dass jeglicher Gebrauch von Benzodiazepinen ebenfalls beendet wird, wenn das selbstbestimmte Sterben mit Barbituraten geplant ist. Der Grund dafür ist technisch-pharmakologischer Natur.¹¹ Auf die Entwöhnung von Benzodiazepinen trifft dieselbe Standardempfehlung von 2 Wochen Reduzierung und 3 Wochen ohne Benzodiazepine zu. Die Phase der Reduktion kann auch verlängert werden. Manche Menschen bevorzugen eine Periode von 4 Wochen Reduzierung für eine behutsame Umstellung des zentralen Nervensystems.

Die Entwöhnung von Phenobarbital weicht von der Standardempfehlung ab. Epilepsie-Patienten nehmen dieses Medikament regel-

11. Wahrscheinlich tritt eine sich überkreuzende Toleranz zwischen Barbituraten und Benzodiazepinen auf, da beide auf die GABA-Rezeptoren wirken.





96

mäßig, weshalb in ihrem Fall Toleranz vorauszusetzen ist. Jeder, der dieses Medikament einsetzen möchte, darf es mindestens vier Wochen lang nicht einnehmen. Die gesamte Entwöhnungsperiode für Phenobarbital dauert deshalb mindestens sechs Wochen: zwei Wochen Reduktion und vier Wochen Abstinenz. Während dieser sechs Wochen kann es zu einem epileptischen Anfall kommen. Das ist ein ernst zu nehmender Nachteil, der mit einem Neurologen besprochen werden sollte, um rechtzeitig zu einem Antiepileptikum ohne Barbiturate und ohne Benzodiazepine zu wechseln.

Notwendige Schlafmittel

Für selbstbestimmtes Sterben muss Vesparax oder ein anderes Barbiturat nicht zwingend mit Benzodiazepinen kombiniert werden. Es ist dennoch wahrscheinlich, dass der Tod in Kombination mit einem Benzodiazepin schneller eintreten wird. Bis jetzt wurden damit jedoch nur wenige Erfahrungen gemacht.

Wenn Phenobarbital gebraucht wird, ist die Kombination mit 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins wie Flurazepam oder Diazepam absolut notwendig (vgl. oben).

Die Einnahme der Medikamente

Die Medikamente sollten entsprechend der in Kapitel 3.3 gegebenen Richtlinien eingenommen werden. Bei flüssigem Pentobarbital (Nembutal) kann man es mit Pfirsich- oder Aprikosennektar mischen, um den Geschmack zu überdecken.

Dokumentierte Fälle, bei denen keine ärztliche Hilfestellung gegeben wurde

In den dokumentierten Fällen von Suiziden mittels Barbituraten hat es keine Rezepte oder andere ärztliche Unterstützung gegeben. Unter diesen Umständen besteht immer das Risiko, dass lebensrettende Maßnahmen eingeleitet werden, wenn jemand noch lebend angetroffen wird.

Die Autoren haben Augenzeugenberichte von 42 Fällen geplanten Sterbens durch Barbiturate ohne ärztliche Hilfe erhalten:

- 22 mit flüssigem Pentobarbital (Nembutal), 18 mit Vesparax, das Jahre zuvor beschafft worden war. In einem Fall wurde Butobarbital eingenommen und einmal Phenobarbital.
- Vier der 18 Vesparax-Fälle hatten dieses in Kombination mit anderen tödlichen Medikamenten eingenommen.





Es folgen einige Aspekte dieser 42 Fälle:

- 22 Personen haben 6-12 g flüssiges Pentobarbital zu sich genommen, oft nach der Einnahme von 160-360 mg Propranolol (einem Beta-Blocker). Im Durchschnitt kam der Schlaf in weniger als 6 Minuten. Die Durchschnittsdauer bis zum Tod betrug 67 Minuten (mit einer Spanne von 15 Minuten bis 5,5 Stunden).

97

Die Autoren sehen keine überzeugenden toxikologischen Argumente für die Kombination von Pentobarbital mit einem Beta-Blocker wie Propranolol, es liegen allerdings auch keine empirischen Daten gegen ihre Verwendung vor. Aus klinisch-pharmazeutischer Sicht kann eine Überdosis an Beta-Blockern bei einigen Menschen Herzflimmern auslösen, während es andere Menschen davor bewahrt. Wir wissen jedoch, dass nach der Einnahme von 6 g Barbiturat noch niemand wieder aufgewacht ist, vorausgesetzt es gab kein Erbrechen, kein Durchfall und es wurden keine lebensrettenden Maßnahmen eingeleitet. Wenn man die Absicht hat, das Sterben zu beschleunigen, würden wir empfehlen, entweder mehr als 6 g an Barbituraten einzunehmen oder 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins (Flurazepam oder Diazepam) zusätzlich einzunehmen.

- 12 Personen nahmen mindestens 30 Tabletten Vesparax (einige von ihnen bis zu 60 Tabletten) mit einer Gesamtmenge von 6-12 g Barbiturate. Der Zeitraum bis zum Tod variierte zwischen 20 Minuten und, in einem Fall, 36 Stunden. Einige Personen hatten dieses Medikament mit Benzodiazepinen kombiniert. Wir möchten betonen, dass auch eine größere Menge Benzodiazepine nicht dazu verführen sollte, weniger als die empfohlenen 6 g Barbiturate einzunehmen.
- 3 Personen nahmen weniger als 6 g Barbiturate ein, schluckten aber auch 3 g Dextropropoxyphen (ein in Kapitel 4.1 besprochenes tödliches Opiat). Eine Person nahm 4 g, eine andere 5 g Barbiturate ein, beide starben. Weil die Barbiturate in beiden Fällen mit einer fast tödlichen Dosis Dextropropoxyphen kombiniert wurden, konnte die empfohlene Mindestmenge von 6 g ohne Risiko unterschritten werden.
- Eine Person (82-jährig) nahm 37 Butobarbital-Tabletten mit einem Gramm Barbiturate (in Vesparax) und starb nach 4,5 Stunden. Die Gesamtmenge der Barbiturate entsprach den 6 g, die wir empfehlen.
- Eine Person starb nach der Einnahme von 3 g Barbituraten (in Vesparax) mit 225 mg Dextromoramid (Palfium), einem Opiat, das bei einer Dosis von 2000 mg tödlich ist. Wir halten diese Mengen beider Medikamente für einen sicheren Tod für nicht ausreichend.



98

- Eine Person (ca. 85-jährig) nahm nur 3 g Barbiturate (in Vesparax) und starb 36 Stunden später. Es fand keine künstliche Flüssigkeitszufuhr statt. Dieses selbstbestimmte Sterben hätte angesichts der kleinen Menge Barbiturate durchaus misslingen können.
- Eine Person starb, nachdem sie 4,5 g Phenobarbital zusammen mit unbekannt anderen Substanzen eingenommen hatte. Die Sterbedauer ist unbekannt. Wir halten mindestens 6 g Phenobarbital mit zusätzlich 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins für notwendig.
- Eine Person nahm 13 g Barbiturate, die 25 Jahre zuvor beschafft worden waren (1981). Die Tabletten waren an einem trockenen und dunklen Ort aufbewahrt worden (siehe Kapitel 3.2.2). Doch selbst unter diesen Bedingungen dürfte ihre Wirksamkeit nachgelassen haben. In diesem Fall (eine 87-jährige Frau, nicht ernsthaft erkrankt) dauerte das Sterben 40 Stunden. Nach 17 Stunden wurde sie in ein Krankenhaus eingeliefert. Ihr Freund (eine bevollmächtigte Person) und eine gültige Patientenverfügung, die jegliche lebensrettende Maßnahme verbot, verhinderten, dass die Ärzte künstliche Ernährung oder Beatmung einsetzten. Die Frau starb nach 23 Stunden im Krankenhaus.

Wenn ein Barbiturat länger als zehn Jahre aufbewahrt wird, sind 6 g davon keine sichere tödliche Dosis mehr. In dem Fall raten wir, die Dosis um 20 Prozent pro zusätzlichem Jahr zu erhöhen. Allerdings gibt es keine Garantie, dass der Tod eintritt, wenn das Medikament weit länger als zehn Jahre aufbewahrt wird.

Zusammenfassung

Barbiturate sind wirkungsvolle Mittel für ein selbstbestimmtes Sterben in tiefem Schlaf. Aber in vielen Ländern ist es fast unmöglich, diese Substanzen zu bekommen. In der Tabelle im Umschlag dieses Buches sind die Namen genannt, unter denen sie in einigen Ländern noch erhältlich sind.

Phenobarbital ist als Mittel gegen Epilepsie auf Rezept erhältlich, man muss aber drei Dinge unbedingt beachten:

1. Während einer Periode von vier Wochen vor dem gewünschten Sterbetermin darf kein Phenobarbital eingenommen werden;
2. Die Verwendung muss in Kombination mit 500 mg eines lang wirkenden Benzodiazepins stattfinden;
3. Es muss sichergestellt sein, dass für mindestens drei Tage keine lebensrettenden Maßnahmen unternommen werden.



KAPITEL 5

Beihilfe zur Selbsttötung und ärztliche Tötung auf Verlangen: Erfahrungen in der Schweiz, Oregon (USA), den Niederlanden und Belgien

99

5.1 Einleitung

In den vorhergehenden Kapiteln besprochen wir Medikamentenkombinationen, die man selbst beschaffen und einnehmen kann, um in eigener Verantwortung sein Leben zu beenden. In manchen Fällen ist ein Patient jedoch so hinfällig, dass er nicht mehr imstande ist, die nötigen Handlungen auszuführen. Wenn jemand gelähmt ist oder nicht mehr schlucken kann, ist die Hilfe eines Arztes unumgänglich.

In Ländern, in denen diese Hilfe gestattet ist, konnten Erfahrungen mit den technischen Aspekten der Durchführung gesammelt und ausgewertet werden. Es handelt sich um den deutschsprachigen Teil der Schweiz, die Niederlande, Oregon (USA) und Belgien.¹ In Luxemburg sollte im Laufe des Jahres 2008 ein Gesetz verabschiedet werden, das ärztliche Hilfe bei selbstbestimmter Lebensbeendigung unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Zum jetzigen Zeitpunkt stehen jedoch noch keine Daten über die praktische Durchführung dieses Gesetzes zur Verfügung.

Nicht alle Ärzte wissen, welche Medikamente sie solchen Patienten verabreichen dürfen. Aus diesem Grund werden hier speziell für Ärzte die technischen Einzelheiten aufgeführt. Für nicht medizinisch geschulte Leser werden einige dieser Absätze deshalb schwerer zu begreifen sein.

Abschnitt 5.2 enthält eine Zusammenfassung der Einzelheiten bezüglich der oralen Einnahme von Mitteln, die bei aktiver Sterbehilfe innerhalb der gesetzlichen Grenzen in der Schweiz, den Niederlanden und Oregon angewendet werden.

Abschnitt 5.3. behandelt intravenöse Methoden. Es gibt dazu keine Daten aus Oregon, weil diese Methode dort gesetzwidrig ist. Wir verfügen jedoch über Daten aus Belgien.

1. Für eine historisch-soziologische Übersicht der Rechtsentwicklung in den Niederlanden, Belgien, der Schweiz und Deutschland von den 1960er Jahren bis heute, siehe Fittkau 2006.



Die Schweiz ist insofern ein Ausnahmefall, als dort außer Ärzten auch Nicht-Ärzte im Rahmen des Gesetzes Sterbehilfe leisten dürfen (siehe Kapitel 6.2). Auch in der Schweiz muss das Medikament in allen Fällen von einem Arzt verschrieben werden. Dieser braucht den Sterbeprozess jedoch nicht selbst zu begleiten. Er darf das Rezept einem Mitarbeiter einer Sterbehilfe-Gesellschaft übergeben. Dieser übernimmt dann die Begleitung des Sterbewilligen. Der Sterbehelfer ist anwesend bei der Lebensbeendung und meldet den Tod anschließend der zuständigen Behörde.²

5.2 Lebensbeendung durch oral eingenommene Barbiturate in Anwesenheit eines ehrenamtlichen Sterbehelfers oder eines Arztes

Schweiz

Bosshard u. a. (2003) haben 748 Sterbefälle, die durch die Schweizer Sterbehilfe-Gesellschaft *Exit Deutsche Schweiz* in einem Zeitraum von elf Jahren (1990-2001) begleitet wurden, analysiert.³ Von den 748 Fällen wurden 276 in den offiziellen Sterbeverzeichnissen der Stadt Zürich nachgeprüft. Insgesamt 261 der 276 Betroffenen nahmen 10-12 g Pentobarbital ein. Das ist fast das Doppelte von dem, was wir in Kapitel 4.4 empfehlen. Wie wir dort anführen, ist niemand wieder aufgewacht, nachdem er 6 g eines Barbiturates eingenommen hat, wenn er keine Toleranz dagegen ausgebildet hatte oder es nicht erbrechen musste. Wenn ein Patient 10-12 g Pentobarbital nimmt, stirbt er wahrscheinlich schneller als mit 6 g.

In der Mehrzahl der Fälle war der verschreibende Arzt beim selbstbestimmten Sterben nicht anwesend. Stattdessen war ein Mitarbeiter von *Exit Deutsche Schweiz* dabei und meldete, entsprechend der üblichen Praxis, den Tod den Behörden. Im Zeitraum von 1997 bis 2000 wurden die Barbiturate in 31% der Fälle vom Hausarzt und in 52% der Fälle von einem für die Sterbehilfe-Gesellschaft arbeitenden Arzt verschrieben.

2. Die Beschreibung in diesem Kapitel hat als Grundlage eine Untersuchung von Dr. med. und Rechtsmediziner Georg Bosshard (2003) unter ehrenamtlichen Mitarbeitern des Vereins *Exit Deutsche Schweiz*. Das Vorgehen bei anderen schweizer Sterbehilfe-Gesellschaften, wie *ADMD Suisse Romande*, wird außer Betracht gelassen, weil keine Erhebungen vorliegen.

3. Bosshard 2003



In den verbleibenden 17% der Fälle ist nicht bekannt, wer die Barbiturate verschrieben hat. Der Tod trat in 88% der Fälle innerhalb einer Stunde ein (siehe Tabelle 5-1, Daten von Bosshard, 2003).

Tabelle 5-1: Zeitraum zwischen der oralen Aufnahme von 10 bis 12 g Pentobarbital und dem Eintritt des Todes (261 Fälle)

101

0-15 min	70	(27%)
16-30 min	115	(44%)
31-60 min	44	(17%)
1-2 h	11	(4%)
2-12 h	20	(8%)
>12 h	1	(0,4%)
insgesamt	261	(100%)

Die durchschnittliche Sterbezeit lag bei 25 Minuten (Bereich 11 Minuten bis 6,5 Stunden). Statt Pentobarbital wurden in 15 Fällen 10-15 g Secobarbital verschrieben. Ein Antibrechmittel wurde zuvor in allen Pentobarbital- und Secobarbital-Fällen eingenommen. Alle 276 Personen starben an einer Überdosis Barbiturate.

Niederlande

Horikx und Admiraal (2000) haben 60 Fälle der oralen Aufnahme von 9 g flüssigen Secobarbitals oder Pentobarbitals dokumentiert.⁴ Wir geben hier das von Apothekern verwendete Rezept eines tödlichen Trunks von 100 ml (ein kleines Glas):

Man löst Pentobarbital oder Secobarbital durch Schütteln in einer Mischung aus Wasser, Propylenglycol und Alkohol auf. Man löst Saccharin darin auf und gibt Sirup und Anis dazu. Diese Lösung ist ca. einen Monat lang stabil

Nichttherapeutische Mischung von Pentobarbital oder Secobarbital

Barbitalum natricum	9 g (Pentobarbital oder Secobarbital)
Alcohol 96%	16,2 g (20 ml)
Aqua purificata	15 g
Propylenglycolum	10,4 g (10 ml)
Saccharinum natr.	250 mg
Sirupus simplex	65 g
Anisi aetheroleum	1 g

4. Horikx 2000. In Anschluss an diese Veröffentlichung sammelte Horikx die in Tabelle 5-2 aufgeführten Daten. Zusätzliche technische Details in Horikx (2004).



Dieser Trunk ist ziemlich bitter. Für Patienten, denen 100 ml zu viel ist, können dieselben Substanzen in 75 ml gelöst werden. Das Trinken mit einem Strohhalm hat den Nachteil, dass der Patient manchmal einschläft, bevor er das Glas geleert hat.

- 102 Von Horikx (Mitglied der Königlich-Niederländischen Gesellschaft für Pharmazie) haben wir unveröffentlichte Daten zu 161 Fällen erhalten (inklusive der 60 Fälle in Horikx 2000).

Tabelle 5-2: Zeitraum zwischen der oralen Aufnahme von 9 g Pentobarbital oder Secobarbital und dem Eintritt des Todes

0-15 min	63	(40%)
16-30 min	45	(27%)
31-60 min	24	(15%)
1-2 h	15	(9%)
Eingreifen des Arztes nach zwei Stunden oder längerem Warten*	9	(6%)
Unbekannt	5	(3%)
Insgesamt	161	(100%)

Daten von A. Horikx, KNMP

*Nach einigen Stunden wird das Koma irreversibel, und der Patient wird auf jeden Fall sterben. In Fällen, wo der Sterbeprozess länger als einige Stunden dauert, werden die meisten niederländischen Ärzte das Leben mit einer Injektion beenden, um den Verwandten den Stress des Wartens zu ersparen. Sie injizieren ein Curare-ähnliches Mittel zur Muskelentspannung, das die Atemmuskulatur lähmt (siehe Kapitel 5.3).

Alle 161 Patienten starben nach der Einnahme von 9 g Pento- oder Secobarbital. Tabelle 5-2 zeigt, dass in 82% der Fälle der Tod innerhalb einer Stunde nach Einnahme von 9 g flüssigem Pento- oder Secobarbital eintrat. Man beachte die Ähnlichkeit der Daten für die Sterbezeiten bei Bosshard für die Schweiz, wo 88% der Personen innerhalb einer Stunde starben (Tabelle 5-1).

In den Niederlanden wurde in 39 von 60 Fällen innerhalb von 24 Stunden vor der geplanten Selbsttötung das Antibrechmittel Metoclopramid eingenommen. Niemand musste sich übergeben. Erbrechen kam in zwei der 21 Fälle ohne Metoclopramid vor, trotzdem starben die Patienten.



Horikx gibt zu bedenken, dass die Verabreichung eines Barbiturates durch ein Zäpfchen besonders bei todkranken Patienten mit erheblichen Unsicherheiten verbunden ist. In den aktualisierten Richtlinien der Königlich Niederländischen Gesellschaft für Pharmazie (2006) wird deshalb vom Gebrauch von Zäpfchen bei ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung stark abgeraten.

103

Oregon

Das Oregon Department of Human Services gibt jährlich einen Bericht über ärztlich begleitete Selbsttötungen heraus. Im Zeitraum von 1998 bis 2005 waren es 246.⁵

105 (43%) der Verstorbenen hatten Secobarbital, 137 (56%), Pentobarbital genommen. In den verbleibenden 4 Fällen verwendeten 3 Personen eine Secobarbital-Amobarbital-Mischung und eine Person Secobarbital und Morphin.

In den ersten drei Jahresberichten Oregons wurde angegeben, dass 9 g Barbiturate oder mehr verschrieben wurden. Spätere Berichte enthalten keine Angaben über die verschriebenen Dosen, aber wir wissen aus zuverlässigen Quellen, dass 9-10 g Barbiturate auch weiterhin als Standarddosis gilt.

Der Jahresbericht aus Oregon unterscheidet die Todesfälle nicht hinsichtlich der eingenommenen Medikamente. Deshalb werden die Daten über die Zeit bis zum Eintritt des Todes nicht nach Medikament unterschieden.

Tabelle 5-3: Zeitraum zwischen der oralen Aufnahme von Pentobarbital oder Secobarbital und dem Eintritt des Todes (246 Fälle)*

Zeit zwischen Einnahme und Bewusstlosigkeit	zwischen 1 und 38 Minuten, Durchschnitt 5 Minuten (24 unbekannt)
Zeit zwischen Einnahme und Eintritt des Todes	zwischen 4 Minuten und 48 Stunden, Durchschnitt 25 Minuten (17 unbekannt)

* einschl. der 4 anderen Fälle (3 Secobarbital/Amobarbital, 1 Secobarbital/Morphin).

5. Department of Human Services, Office of Disease Prevention and Epidemiology (9. März 2006). Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Oregon: DHS. Retrieved May 23, 2006, siehe <http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ar-index.shtml>





104

Anders als die Königlich Niederländische Gesellschaft für Pharmazie hat der Verband der Pharmazeuten in Oregon keinerlei Richtlinien für ärztlich begleitete Selbsttötungen aufgestellt. Aus zuverlässigen Quellen wissen wir aber, dass es üblich ist, dass die Patienten erst eine Stunde vor Einnahme der Barbiturate Antibrechmittel zu sich nehmen. In Kapitel 3.2.8 empfehlen wir, während der 24 Stunden vor den lebensbeendenden Schritten jede 6 bis 8 Stunden ein Antibrechmittel einzunehmen. Von Erbrechen wurde in Oregon in 12 (5%) der 246 Fälle berichtet. Wir meinen, dass diese Komplikationen mit einer früheren Einnahme der Antibrechmittel hätten reduziert werden können.

Ein gescheiterter Fall, der aus Oregon berichtet wurde, wirft Fragen auf. In diesem Fall wachte der Patient 65 Stunden nach angeblicher Einnahme von 9-10 g eines Barbiturates wieder auf. Es gibt zwei mögliche Erklärungen für dieses Misslingen. Zum einen, selbst wenn 9 g Seconal verschrieben wurden, ist es nicht sicher, dass der Patient auch alles genommen hat. Zweitens, der Patient schluckte die Barbiturate zusammen mit Lactulose, um den bitteren Geschmack zu kompensieren. Lactulose ist ein Abführmittel, das dafür gesorgt haben könnte, dass ein Teil des Medikaments den Darm passiert hat, ohne absorbiert zu werden.

5.3 Lebensbeendung durch eine Infusion oder durch eine oder zwei Injektionen

Schweiz

Bosshard u. a. (2003) erwähnen 22 Fälle im Kanton Zürich, bei denen 10-15 g Pentobarbital intravenös verabreicht wurden, und zwar durch den Gebrauch eines Tropfes. Ein Arzt hatte die erforderliche Dosis Pentobarbital verschrieben und ein Assistent der Sterbehilfe-Gesellschaft hat das Pentobarbital in einer Tropfflasche aufgelöst. Der schwerkranke Patient, der um Assistenz beim selbstbestimmten Sterben gebeten hatte, musste nur noch den Hahn des Tropfes öffnen, was diese Handlung juristisch zu einer (begleiteten) Selbsttötung machte. Auch aus niederländischer Sicht ist das streng genommen keine ärztliche Tötung auf Verlangen, sondern ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung, da der Patient selbst die zum Tode führende Handlung ausführt. Die intravenöse Variante mit 10-15 g Pentobarbital führte nach einer durchschnittlichen Dauer von 16 Minuten (Bereich: 4 bis 45 Minuten) zum Tod. In zwei weiteren Fällen verabreichte sich der Patient die gleiche





Menge Pentobarbital selbst durch einen PEG-Sonde in den Magen. In allen 24 Fällen handelte es sich um selbstverantwortliche Patienten.

In den 22 Fällen, bei denen der Tod mit einer Infusion eingeleitet wurde, löste offensichtlich eine Infusion von 10-15g Barbituraten bereits den Tod aus, ohne dass der zusätzliche Einsatz eines Muskelrelaxans notwendig wurde, wie es in den Niederlanden üblich ist. Man sollte aber beachten, dass die verwendete Dosis zehn Mal so hoch ist wie die 1,5 g Thiopental, die in den Niederlanden gegeben werden, um den Patienten einschlafen zu lassen.

105

Niederlande

Horikx und Admiraal (2000) berichten über eine Methode ärztlicher aktiver Sterbehilfe (analog zur ärztlichen Tötung auf Verlangen, siehe Kapitel 1.4 über die Terminologie), die durch zwei nacheinander verabreichte Injektionen erfolgte, wie es die Königlich Niederländische Gesellschaft für Pharmazie empfiehlt.

Zuerst wird eine intravenöse Injektion von 1,5 g Thiopentalnatrium (Pentothal[®]), 3 Ampullen a 0,5 g, verabreicht. Diese 3 Ampullen können in 10 ml physiologischem NaCl aufgelöst werden. Diese Lösung sollte innerhalb einer Stunde gebraucht werden (nach einer Stunde könnte sich die Injektionsnadel durch einen Niederschlag verstopfen). Thiopental-Ampullen sind normalerweise auf ärztliches Rezept in Apotheken erhältlich. Der Zweck dieser ersten Injektion ist es, den Patienten in einen tiefen Schlaf oder in ein Koma zu versetzen, sodass der Atemstillstand, den die zweite Injektion auslöst, nicht bewusst erlebt wird. In manchen Fällen führt die erste Spritze bereits zum Tod durch Herzstillstand (in 128 von 463 Fällen, siehe Tabelle 5-4). In diesen Fällen ist eine zweite Spritze natürlich nicht notwendig.

Nur wenn der Arzt absolut sicher ist, dass ein tiefer Schlaf oder ein Koma erreicht worden ist, was normalerweise innerhalb von fünf Minuten eintritt, wird er eine zweite intravenöse Injektion mit einem nicht-depolarisierenden Muskelrelaxans geben. Meistens werden 20 mg Pancuronium Dibromid (Pavulon[®]) verabreicht, aber manchmal werden auch andere Medikamente derselben pharmakologischen Gruppe (45 mg Alcuronium Diclorid oder Alloferin[®]) gebraucht. Diese Curare-ähnlichen Medikamente lösen sofortigen Atemstillstand aus. Es kann dann bis zu 10 Minuten dauern, bis auch das Herz aufhört zu schlagen.

In den 50 Fällen (siehe Tabelle 5-4), in denen das Sterben mehr als 15 Minuten dauerte, ist ernsthaft anzuzweifeln, ob wirklich eine *intravenöse* Injektion gegeben wurde, was bei alten kachektischen Patienten sehr



schwierig sein kann. Wir vermuten, dass in diesen Fällen die Injektion tatsächlich außerhalb der Vene erfolgt war, was den Eintritt des Atemstillstands verzögert hat.

Achtung:

- 106 Die Kombination von Thiopental und einem nicht depolarisierenden Muskelrelaxans führt zu einer sofortigen Ausfällung. Ein Arzt sollte deshalb beide Medikamente niemals mit derselben Spritze oder durch dieselbe Nadel verabreichen.

Tabelle 5-4: Sterbedauer nach intravenöser Injektion in den Niederlanden (463 Fälle 1998-2000)

Erste Injektion: 1,5 g Thiopental intravenös	126 Fälle, fast sofortiger Tod durch Herzstillstand
	12 Fälle, Todeseintritt innerhalb von 5 Minuten, bevor die zweite Injektion (d. h. Pancuronium) gegeben wurde
Zweite Injektion: 20 mg Pancuronium intravenös	136 Fälle, Todeseintritt nach 1-5 Minuten* 139 Fälle, Todeseintritt nach 5-15 Minuten*
dto., intramuskulär	43 Fälle, Todeseintritt nach 16-30 Minuten* 7 Fälle, Todeseintritt nach 30-60 Minuten*
Insgesamt	463 Fälle

Daten: A. Horikx, KNMP

*Zeitdauer gerechnet ab Injektion von Pancuronium. In 35 Fällen (nicht in der Tabelle angegeben) führte die Methode zum Tod, aber die Sterbedauer war nicht dokumentiert worden.

Horikx und Admiraal (2000) haben darauf hingewiesen, dass es schwierig ist, ein Koma durch eine intramuskuläre statt durch eine intravenöse Injektion mit Thiopental auszulösen. Pancuronium ist auch wirksam, wenn es intramuskulär verabreicht wird, aber es dauert länger, bis der Tod eintritt.

Groenewoud u. a. (2000)⁶ berichten von klinischen Problemen bei der Durchführung von ärztlicher Tötung auf Verlangen und von ärztli-

6. Groenewoud 2000



cher Beihilfe zur Selbsttötung. Horikx und Admiraal geben an, dass Groenewoud u. a. nicht ausführen, welche Medikamente in welcher Dosis bei den problematischen Fällen angewandt und auf welchem Wege diese Mittel verabreicht wurden (intravenös oder intramuskulär). Die Angaben, die Groenewoud u. a. machen, sind unvollständig und liefern daher verwirrende Informationen.

107

Oregon

Aus Oregon wurde kein Fall gemeldet, im dem das Sterben durch einen intravenösen Tropf oder durch eine PEG-Sonde vom Patienten selbst ausgelöst wurde.

Belgien⁷

Erste Injektion: Pentothal 2 g, (manchmal werden 3 oder 4 g gegeben). Einschlafen innerhalb von 5 Minuten. Oft führt die erste Spritze bereits zum Tod durch Herzstillstand.

Zweite Injektion mit einem nicht-depolarisierenden Muskelrelaxans: Norcuron (10 mg), Nimbex (20 mg) oder Tacrium (50 mg).

Die Zeit bis zum Tod ist schwer festzustellen, weil ein Teil dieser Patienten schon nach der ersten Injektion einen Herzstillstand hatte, aber dennoch eine zweite Injektion bekommen hatten. Die meisten Ärzte hatten nur die erste Injektion gegeben.

7. Daten von W. Distelmans, Onkologe, Freie Universität Brüssel.





KAPITEL 6

Die Begleitung einer Selbsttötung durch Angehörige, Freunde und andere Personen

108

6.1 Deutschland – Die Rechtslage nach neuester deutscher Rechtsprechung

von Rechtsanwalt Wolfgang Putz

Der Autor ist Rechtsanwalt für Medizinrecht in der Münchner Medizinrechtlichen Sozietät Putz&Steldinger sowie Lehrbeauftragter für Medizinrecht und Medizinethik an der medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München

1. Vorbemerkung

In Deutschland ist die Rechtslage zur Begleitung einer Selbsttötung in der Öffentlichkeit weitgehend unbekannt. Viele Menschen glauben, die Beihilfe zur Selbsttötung sei immer strafbar. Ebenso weit verbreitet ist eine Vorstellung, man dürfe zwar bei der Vorbereitung einer Selbsttötung helfen, sei aber nach der Tötungshandlung des Sterbewilligen zu dessen sofortiger Rettung verpflichtet. Letzteres wird gerne als unlogisches Kuriosum der Rechtsprechung kritisiert.

Im Folgenden wird die geltende Rechtslage in Deutschland unter Einbeziehung der neueren Rechtsprechung zum gebotenen Zulassen des Sterbens nach dem Patientenwillen dargestellt. Eine wissenschaftliche Bearbeitung des Themas durch den Autor enthält die Festschrift für Widmaier.¹ Besondere Beachtung muss daher dem bewussten Verzicht auf die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit mit tödlichem Ausgang als dem Grenzfall zwischen Begleitung einer Selbsttötung und Zulassen des Sterbens nach dem Patientenwillen geschenkt werden. Der Beitrag beleuchtet insbesondere die Stellung naher Angehöriger und Begleiter einer Selbsttötung.

Bis in die Mitte der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts thematisierte die Rechtsprechung Fälle der Selbsttötung fast ausnahmslos bei 'Auffindungssituationen', bei denen die Vorgeschichte unbekannt und

1. Wolfgang Putz in Festschrift für Professor Dr. Gunter Widmaier: Strafrechtliche Aspekte der Suizid-Begleitung im Lichte der Entwicklung von Rechtsprechung und Lehre zur Patientenverfügung, 2008





die Rettung des Suizidenten noch möglich war. In diesen Fällen war regelmäßig nicht bekannt, ob die sterbewillige Person freierantwortlich gehandelt hatte. Immer wurde geurteilt, im Zweifel müsse man von einer krankhaften Störung ausgehen, die zur Selbsttötungshandlung geführt hatte. Folglich müsse man von einem Unfall ausgehen, in dem jedermann eine Rettungspflicht trifft. Diese Urteile unterstellen aber zugleich, dass es die freierantwortliche Selbsttötung, mit positiver Tendenz 'Freitod' genannt, gibt. Die Psychiatrie hingegen tendiert (mit negativer Tendenz) dazu, den Prozentsatz der freierantwortlichen Selbsttötungen eher gegen Null gehen zu lassen.²

109

2. Recht und Rechtsprechung zur Begleitung einer Selbsttötung

Es gibt im deutschen Strafgesetzbuch (StGB) keine Vorschrift, die die Beihilfe zum selbstbestimmten Sterben unter Strafe stellt. Wer sich selbst tötet oder zu töten versucht, verwirklicht keinen Straftatbestand. Dann ist nach strafrechtlicher Dogmatik auch die Beihilfe zur Selbsttötung nicht strafbar.³ Der deutsche Gesetzgeber hat nie von der nach unserer Rechtsordnung bestehenden Möglichkeit Gebrauch gemacht, die Beihilfe zur Selbsttötung isoliert unter Strafe zu stellen (wie dies in manchem europäischen Nachbarland der Fall ist). Gäbe es nur freie und eigenverantwortliche Entscheidungen zur Selbsttötung, so wäre hiermit alles gesagt.⁴ Fraglich wäre dann nur noch, ob sich nach der Selbsttötung eines freierantwortlichen Sterbewilligen bis zum Eintritt des Todes eine Situation ergibt, die zur Hilfeleistung verpflichtet (Unterlassene Hilfeleistung nach § 323 c StGB).

Die Mehrzahl der versuchten oder erfolgreichen Selbsttötungen sind jedoch keine zu respektierenden Bilanz-Suizide, sondern erfolgen aus einer krankhaften Störung der geistigen oder seelischen Befindlichkeit. Wer 'Garant' für Leben und Gesundheit eines solchen – unfreien – Suizidenten ist, darf weder im Vorfeld helfen noch nach der Tötungshandlung dem Sterben seinen Lauf lassen. Sonst wird, wer Garant ist, wegen Fremdtötung in Form der Unterlassungstäterschaft bestraft,⁵ wer nicht Garant ist, wird wegen unterlassener Hilfeleistung bestraft.⁶

2. Schönke/Schröder, bearbeitet von Eser, Vorb. zu § 211 StGB, Rz 34 mit weiteren Nachweisen

3. BGHSt 24,324; 32, 367, 371; 46,2790

4. Tröndle/Fischer, 52. Aufl. Rz 12

5. BGHSt 2, 150

6. BGHSt 6, 147: Rettungspflicht Dritter ab dem Zeitpunkt der Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit wegen Bewusstlosigkeit des Suizidenten





Strafrechtlich muss das Geschehen in zwei aufeinander folgende Abschnitte differenziert betrachtet werden: zum einen die Unterstützung des Suizidenten bis zur Tat (Beihilfe), und zum anderen die Phase nach dieser Tat bis zum Tod (Nichthindern des abwendbaren Todeseintritts).

- 110 Es sind Fälle denkbar, in denen die Beteiligung *nur die erste Phase* betrifft und andere,⁷ in denen die Beteiligung nur die *zweite Phase* betrifft, wenn jemand erst nach der Suizidhandlung hinzutritt (Aufindungssituation) und von der Vorgeschichte keinerlei Kenntnis hat. Es sind schließlich Fälle denkbar, in denen die Beteiligung *beide Phasen* betrifft. Um diese geht es hier!

Die zentrale Aussage des Bundesgerichtshofs zum Medizinrecht⁸ sagt, dass der Arzt das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz gewährleiste Recht auf körperliche Unversehrtheit auch gegenüber einem Patienten respektieren muss, der es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden. Der Arzt darf also nicht zwangsbehandeln, auch wenn er damit Leben rettet. Ob ein solches Verbot ärztlicher Eingriffe auch dann gilt, wenn es sich um einen zu rettenden Sterbewilligen handelt, ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung erstmals 1981 im sog. Wittig-Urteil erörtert worden. Im Fall Wittig gehört der Wille der Patientin bis zum Eintritt der Bewusstlosigkeit zu den wesentlichen Entscheidungskriterien.

Erstmals nimmt hier die Rechtsprechung eine unmittelbare Verknüpfung von Auffindungssituation nach einer Suizidhandlung und ärztlichem Standesrecht zur Sterbehilfe vor. Man muss wissen, dass genau dieses damals gültige Standesrecht durch die Bundesärztekammer 1998 und 2004 völlig neu gefasst und neu betitelt als 'Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung'⁹ herausgegeben wurden. Hiernach müsste heute der Arzt prüfen, ob der Wille des Patienten einer Lebensrettung entgegensteht: *'Liegt weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten eine bindende Erklärung vor und kann eine solche nicht – auch nicht durch Bestellung eines Betreuers – rechtzeitig eingeholt werden, so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmaßlichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmaßlichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Anhaltspunkte für den*

7. Fall Hackethal, s. u., OLG München, Beschl. vom 31.7.87, NJW 87, 2940

8. BGHSt 11, 111

9. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DÄbl 2004, A 1298





mutmaßlichen Willen des Patienten können neben früheren Äußerungen seine Lebenseinstellung, seine religiöse Überzeugung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Schäden in der ihm verbleibenden Lebenszeit sein. In die Ermittlung des mutmaßlichen Willens sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen als Auskunftspersonen einbezogen werden, wenn angenommen werden kann, dass dies dem Willen des Patienten entspricht.'

111

Im Fall des Arztes Professor Hackethal entschied das Oberlandesgericht München,¹⁰ dass ein Arzt straflos einer unheilbar erkrankten, zur Selbsttötung entschlossenen Patientin auf deren Verlangen ein zur Selbsttötung geeignetes Mittel zur Verfügung stellen darf.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass weder die aktive Teilnahme an der Selbsttötung noch die unterlassene Verhinderung als Tötungsdelikt strafbar sind, wenn eine freiverantwortliche Willensentscheidung des Lebensmüden zu Grunde liegt. Umstritten ist und wird immer bleiben, wann im Einzelfall ein Selbsttötungsentschluss als freiverantwortlich zu bezeichnen ist und nach welchen Maßstäben diese Frage zu beurteilen ist.¹¹ Dies ist aber keine Rechtsfrage. Dies muss bei der Begleitung einer Selbsttötung im Voraus verantwortlich abgeklärt werden. Im Falle einer strafrechtlichen Überprüfung muss die Feststellung, dass der Entschluß freiverantwortlich getroffen worden ist, *die in aller Regel nur ein Arzt treffen kann*, zur Einstellung des Verfahrens führen. Fehlt es an einer freiverantwortlichen Entscheidung des Sterbewilligen, so ist schon das Nichtverhindern des Todeseintritts und erst recht aber die Beihilfe zur Selbsttötung immer strafbar (Unterlassene Hilfeleistung nach § 323 c StGB oder sogar Tötung durch Unterlassen nach § 212 StGB).

Wo klar auf der Hand liegt, dass der Sterbewillige am Selbsttötungswillen festhält, keine Rettung wünscht und sich zur Wiederholung der Tat veranlasst sähe, falls man seinen eigenverantwortlich ins Werk gesetzten Willen nicht respektiert, ist die Zumutbarkeit von Rettungsbemühungen zu verneinen. Bedeutung hat das insbesondere gegenüber hoffnungslos Leidenden, die mit ihrem Entschluss dem weiteren Krankheitsfall ein Ende setzen wollten und für solche Personen, die ihnen bei der Realisierung des Selbsttötungswillens bereits aktiv Hilfe geleistet haben.¹²

10. wie Fußnote 7

11. vgl. Tröndle/Fischer Rz 13 vor § 211

12. Wessels, a.a.O. Rz 61





3. Das Zulassen des Sterbens in der neuen Rechtsprechung

Von der Rechtsprechung wurde längst das pflichtgemäße Zulassen des Sterbens nach dem freien Willen des Patienten¹³ festgestellt, nämlich nach den Kriterien des Medizinrechts, die wiederum direkt nach den verfassungsmäßig garantierten Grundrechten auf individuelle Menschenwürde, Integritätsschutz und Selbstbestimmung beruhen.

112

Erstmals hat in 1994 in der sog. Kemptener Entscheidung der Bundesgerichtshof als das höchste deutsche Strafgericht an tragender Stelle einer Urteilsbegründung in unmissverständlicher Deutlichkeit auf die Verbindlichkeit des Patientenwillens hingewiesen. Der mutmaßliche Wille, eine Behandlung abzulehnen, wurde als verbindlicher Patientenwille festgestellt. Während der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bis zu dieser Entscheidung nach den bis damals gültigen Richtlinien zur ärztlichen Sterbehilfe nur in der Sterbephase erlaubt schien, stellte der Bundesgerichtshof hier klar, *dass der Patientenwille ohne Rücksicht auf Art und Stadium einer Erkrankung zu beachten ist*. Steht er einer lebensverlängernden Behandlung entgegen, muss man den Patienten nach seinem Willen sterben lassen. Verstand man in allen Zeiten unter der Garantenpflicht immer eine Pflicht zur Rettung des Lebens, so heißt in solchen Situationen *‘Garantenpflicht’ nach heutigem Verständnis ‘Garant zu sein für die Umsetzung des Patientenwillens nach Bewusstseinsverlust’*.

Gerne wird übersehen, dass inzwischen das Bundesverfassungsgericht zur Patientenverfügung der Zeugen Jehovas klargestellt hat,¹⁴ dass in einer Patientenverfügung (und erst recht natürlich in einem aktuell vom Patienten geäußerten Behandlungsverbot) ein Patient in jeder Lebenslage und auch bei Aussicht auf jahrelanges gesundes Weiterleben eine lebenserhaltende Behandlung oder deren Fortsetzung verbieten kann. Es wird von niemandem ernsthaft bezweifelt, dass das Grundgesetz mit den Artikeln 2 und 4 die Selbstbestimmung in gleicher Weise schützt, gleich ob sie religiös motiviert ist oder aus der sonstigen Wertewelt des Menschen entspringt.¹⁵ Damit hat jeder das

13. Übersicht bei Wessels (Fn 16), Rz 45,46; Tröndle/Fischer, 52. Aufl., Rz 12 m. weiteren Nachweisen

14. BVerfGE HJW 2002, 206

15. Besprechung des BGH-Beschlusses vom 08.06.2005 und Darstellung der jahrelangen BGH-Strafrechtsprechung zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten bei Behandlungsverweigerung von Putz und Steldinger, P KR 3/2005, 57 ff. mit weiteren Nachweisen





Recht, sein Leben zu verwerfen, auch wenn er dieses völlig gesund und auf unabsehbare Dauer fortsetzen könnte.

Der freiverantwortliche Patientenwille ist also beim Behandlungsabbruch ebenso maßgeblich wie bei Selbsttötungshandlungen. Eine sog. Reichweitenbeschränkung gibt es weder beim Behandlungsabbruch noch bei der Unterstützung einer Selbsttötungshandlung.

113

4. Vergleichende Betrachtung der Rechtsprechung zur Begleitung einer Selbsttötung und zur sonstigen Sterbehilfe

Im Folgenden wird die Rechtsprechung zur Beihilfe bei Selbsttötung und die Rechtsprechung zum tödlichen Behandlungsabbruch und zur Patientenverfügung gegenübergestellt, wobei ebenso von einer freiverantwortlichen Selbsttötungshandlung wie von einer freiverantwortlichen Behandlungsablehnung ausgegangen wird.

Dabei sind folgende Konstellationen denkbar:

- a. Der Patient tötet sich aktiv selbst (Selbsttötung durch Tun)
- b. Der Patient führt passiv sein Sterben herbei (Selbsttötung durch Unterlassen):
 1. Der Patient isst und trinkt nicht mehr.
 2. Der Patient geht nicht mehr zur Dialyse.
 3. Der Patient verbietet weitere Substitution.

Man wird bei Betrachtung dieser Übersicht spontan fragen, was bei den Selbsttötungsfällen, wie aber verhält es sich mit der Fallgruppe b? Begeht der Patient, der die weitere mögliche Lebenserhaltung aufgibt oder ablehnt, einen passiven 'Suizid'? Letztendlich kommt es nicht darauf an, wie wir das Verhalten nennen. Entscheidend ist allein, ob ein rechtliches Verbot zur Beihilfe bzw. eine Verpflichtung zur Vereitelung des Todeseintritts besteht.

Aus der Synopse der Entscheidungen zu den klassischen Selbsttötungsfällen und zum Zulassen des Sterbens nach dem Willen des Patienten ergibt sich klar, *welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Begleitung einer Selbsttötung durch Angehörige oder durch Begleiter von der Hilfe zur Vorbereitung bis zur Begleitung im Sterbeprozess und bis zum Eintritt des Todes nach heutiger Rechtslage straffrei ist.*





1. Die Aufklärung des selbstbestimmungsfähigen Menschen über seine Optionen (Freiverantwortlichkeit aus rechtlicher Sicht):

114 Erst wenn sich der Sterbewillige in Kenntnis der Rechtslage und in Kenntnis der medizinischen Möglichkeiten für eine Selbsttötung entscheidet, ist überhaupt Raum für eine Unterstützung. Es bedarf also zum Beispiel entsprechender Aufklärung über die Bedeutung und Tragweite des ärztlichen Eingriffs wie etwa einer Dauerbeatmung oder seines Unterbleibens.¹⁶ Man darf niemandem bei der Selbsttötung helfen, bevor man ihn aufgeklärt hat, dass seine künstliche Lebensverlängerung beendet werden muss, wenn er sie nicht wünscht. Man darf also nicht helfen, den Tod aktiv herbeizuführen, wenn es bereits genügen würde, ihn zuzulassen.

2. Freiverantwortlichkeit aus medizinischer Sicht:

Der Sterbewillige muss in seiner Entscheidung nachweislich frei sein. Der Zustand der Willensfreiheit muss unmittelbar vor der unterstützten Selbsttötungshandlung nachweislich immer noch bestehen, ggf. auch nach der Selbsttötungshandlung bis zum Bewusstseinsverlust. Dies wird in der Regel zu bejahen sein, wenn die ärztliche Untersuchung und Diagnose in obigem Sinne zeitnah erfolgt ist oder wenn sich die Verwirklichung der Selbsttötung nahtlos an diese ärztliche Begleitung und Diagnose anschließt und dabei keine gegenteiligen Anhaltspunkte auftreten. In diesem Zusammenhang befremdet, dass in neueren, kritischen Berichten über Dignitas/Schweiz (März 2008) der breiten Öffentlichkeit die Helium-Methode bekannt wurde, durch die ein Suizident seine Absicht unter Ausschluss jeglicher ärztlichen Kontrolle verwirklichen kann. *Die ärztliche Gewähr für die Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen ist die wesentlichste Basis für die Straffreiheit der Selbsttötungsbegleitung!* Die Freiverantwortlichkeit kann in der Regel nur ein Arzt feststellen. Diese Feststellung sichert nach dem Tod des Sterbewilligen seine Helfer oder Angehörigen strafrechtlich ab. Eine solche Begleitung ohne ärztliche Abklärung der Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen stellt ein hohes strafrechtliches Risiko dar.

3. Modifizierung der Garantspflicht:

Für alle Garanten (also Ärzte, Pflegekräfte, Nahestehende, vor allem aber Angehörige) sollten die Suizidenten eine 'Modifizierung der Ga-

16. Vgl. dazu u. a. Deutsch / Spickhoff, Medizinrecht, 5. Aufl. 2003, Rz 191 ff, 202





rantenpflicht¹⁷ schriftlich niederlegen. Durch sie werden die Garanten an den Sterbewilligen des Patienten gebunden und sind sodann *nicht mehr Garant des Lebens, sondern Garant des Sterbewillens*.

Damit sind sämtliche Voraussetzungen geschaffen, dass eine straffreie Begleitung eines Suizides von der ersten Vorbereitungshandlung bis zum Tod erfolgen kann. 115

Für Skeptiker: Natürlich geht mit dem Bewusstseinsverlust die Tatherrschaft auf den Sterbehelfer über. Aber diese geht auch bei Beachtung und Umsetzung einer Patientenverfügung auf den Vertreter des Patienten über (Betreuer oder Bevollmächtigter), den nun – *gerade weil er die Tatherrschaft hat – die Pflicht trifft, dem Willen des Patienten Ausdruck und Geltung zu verschaffen*, also dafür zu sorgen, dass der Sterbewunsch des Patienten ‘erfolgreich’ umgesetzt wird, dass der Patient nicht am Sterben gehindert wird (so ausdrücklich der Bundesgerichtshof in seiner betreuungsrechtlichen Entscheidung vom 17.03.2003).¹⁸ Auch in einer Patientenverfügung verbietet der Patient wirksam und verbindlich, dass man sein Leben verlängert, welches nach seinem Willen durch Unterlassung solcher verlängernden Maßnahmen zu Ende gehen soll. Niemand darf den freiverantwortlichen antizipierten Willen missachten, der auch nach Verlust des Bewusstseins fort dauert.¹⁹ Patientenverfügung und Modifizierungserklärung zur Garantenpflicht im Rahmen des Suizids haben rechtlich die gleichen Folgen. Der Patient verlangt die Beachtung eines Weiterbehandlungsverbots im Respekt vor seiner Selbstbestimmung.²⁰

Hinter allen Hilfs- und Rettungspflichten, die man gerne konstruiert, steht nicht selten die negative Fremdwertung des ‘Suizids’, eine zur Rechtsmaxime erhobene ethische Missbilligung der Selbsttötung und eine daraus resultierende Pflicht, den Erfolgseintritt zu verhindern um des puren Lebensschutzes willen. Dies würde einen aufgezwungenen Lebensschutz darstellen, den die Rechtsprechung gerade unter Berufung auf das Grundgesetz abgelehnt hat.²¹ Das Grundgesetz

17. Der Text der ‘Modifizierung der Garantenpflicht’ aus Putz, Steldinger, Patientenrechte am Ende des Lebens, 3. Aufl., S. 160 ff und S. 234 ist im Appendix 4 zu diesem Buch abgedruckt.

18. NJW 2003, 1588

19. wie Fussnote 23

20. LG Ravensburg, MedR 1987, 196

21. so etwa Hufen, In dubio pro dignitate, NJW 2001, 849 und BVerfGE 27, 6: 50, 75; 87, 228



garantiert uns das Recht, uns selbst zu bestimmen und zwar so weitreichend, dass wir auch das Recht haben, uns selbst zu schaden (wobei die Frage, was 'schaden' bedeutet, einer Fremdwertung nicht zugänglich ist).

- 116 Unter all diesen Prämissen verbietet es sich, unter dem Gesichtspunkt der Strafvorschrift des § 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung) von einer Hilfspflicht auszugehen, die der freiverantwortliche Sterbewillige unmittelbar vor der Tat dem potenziell zur Hilfe Verpflichteten verboten hat. Auch verbietet sich in einer solchen Situation die Einstufung des Geschehens als 'Unfall'. Denn der Angehörige oder sonstige Helfer weiß ganz genau, dass es sich nicht um einen Unfall, sondern um eine freiverantwortliche Ausübung der grundgesetzlich garantierten Selbstbestimmung eines Menschen handelt. Gut vorbereitet hat überdies der Sterbewillige eine Vereitelung seines selbst herbeigeführten Sterbens ausdrücklich und freiverantwortlich selbst verboten. So kann weder von einem Unfall ausgegangen werden noch aus sonstigen Gründen eine Lebensrettung rechtlich geboten und zumutbar sein.

Das Veto des sog. Normalpatienten in einer Patientenverfügung, mit dem er aktuell oder im Voraus invasive Lebensverlängerung ablehnt, kann nicht anders gesehen werden, als das gleiche Veto des Suizidpatienten!²² Wenn die Gerichte bis hin zum Bundesverfassungsgericht die Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes in das Zentrum der Entscheidung gestellt haben,²³ dann muss auch der Arzt diesen Patientenwillen beachten. Der Arzt muss dann den Patienten, der es freiverantwortlich ablehnt, lebensrettend behandelt zu werden, respektieren, egal, ob es sich um einen 'Normalpatienten' oder um einen 'Suizidpatienten' handelt.²⁴ Das deutsche Recht gebietet dem Arzt die Respektierung des freiverantwortlichen Patientenwillens durch das Nichthin-dern des Todeseintritts, also ein Unterlassen. Dem kann das Standesrecht nicht entgegenstehen.

Das deutsche ärztliche *Standesrecht* verbietet allerdings den deutschen Ärzten eine rechtlich straffreie Beihilfe zur Selbsttötung vor der Tötungshandlung, also ein aktives Tun (Eine Überprüfung der Willensfreiheit fällt darunter *nicht!*). Dies ist meiner Meinung nach *ein ver-*

22. Ebenso Kutzer in Wolfslast/Schmid, Suizid und Suizidbegleitung, S. 183 mit ähnlichen Folgerungen, S. 191

23. BVerfGE 52, 131, 170

24. So auch Kutzer, siehe Fußnote 29, S 181 ff



fassungswidriger Eingriff in die Gewissensfreiheit und Berufsfreiheit des einzelnen deutschen Arztes. Dass ein solches Verbot nicht etwa dem Verständnis des Arztberufes innewohnt, zeigen die gegenteiligen standesrechtlichen Bedingungen in den Niederlanden, Belgien, der Schweiz und im US-amerikanischen Staat Oregon.

117

5 Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die geltende deutsche Rechtslage ermöglicht bei Beachtung aller aufgestellten Kriterien, vor allem aber der Freiverantwortlichkeit der begleiteten sterbewilligen Person, eine straflose Unterstützung einer Selbsttötung 'vom Anfang bis zum Ende' auch durch Angehörige und vergleichbare enge Bezugspersonen, die sich in einer 'Garantenstellung' befinden.

6.2 Die Rechtslage in der Schweiz

von Dr. iur. Ernst Haegi

Der Autor ist Rechtsanwalt und Vizepräsident von EXIT Deutsche Schweiz, Oberrieden Zürich

Angehörige, Freunde und andere Personen, die in der Schweiz einer Selbsttötung beiwohnen, gehen dann kein Risiko ein, strafrechtlich belangt zu werden:

1. Wenn die verstorbene Person fähig war, rational darüber zu entscheiden, ob sie ihr Leben beenden wolle, ihren Willen, aus dem Leben zu scheiden, selbstbestimmt äußerte und ihr Sterbewunsch wohlwogen und konstant (dauerhaft) war.

Können ihre Urteilsfähigkeit, die Autonomie ihres Entscheides, die Wohlerwogenheit und Konstanz ihres Sterbewunsches von den Strafuntersuchungsbehörden, die den Sachverhalt hinterher klären müssen, nicht ernsthaft in Zweifel gezogen werden, ist in einem Strafverfahren gegen Personen, die der Selbsttötung beiwohnten, nach dem Rechtsgrundsatz 'im Zweifel zu Gunsten des Angeklagten' zu vermuten, dass diese Voraussetzungen bei der verstorbenen Person gegeben waren. Die anklagende Behörde müsste meines Erachtens auch bei einer an psychischen Störungen leidenden Person im Nachhinein beweisen, dass sie zum Zeitpunkt des Suizides nicht urteilsfähig





- war, und ebenso, dass ein selbstbestimmter Sterbewille fehlte und der Sterbewunsch weder wohlervogen noch konstant war.
2. Wenn kein begründeter Verdacht vorlag, dass die Verwandten, Freunde und anwesenden Dritten den Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen materieller, ideeller oder affektiver Art förderten oder unterstützten. Verleitung und Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen ist in der Schweiz nach Art. 115 StGB strafbar.

118

Das Schweizerische Bundesgericht hat in einem grundlegenden Urteil vom 3. November 2006 entschieden, dass in der Schweiz das bei Sterbebegleitungen heute gebräuchliche Natrium-Pentobarbital zu diesem Zweck auch bei unheilbarer, dauerhafter, schwerer psychischer Beeinträchtigung von Ärzten verschrieben und abgegeben werden darf. Voraussetzung ist, dass der Sterbewunsch nicht Ausdruck einer psychischen Störung ist, die nach Behandlung ruft, sondern auf einem selbstbestimmten, wohlervogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person beruht ('Bilanzsuizid'), den es zu respektieren gelte. Der Sterbewunsch muss also auf einem autonomen, die Gesamtsituation erfassenden Entscheid beruhen.²⁵ Allerdings macht das Bundesgericht die Verschreibung des Natrium-Pentobarbitals bei psychisch kranken Personen, in Anlehnung an ein interdisziplinäres Gutachten, das die Vereinigung EXIT Deutsche Schweiz bei einem Ethiker, einem Juristen, einem Gerichtsmediziner und einem Psychiater in Auftrag gegeben hatte,²⁶ vom Vorliegen eines medizinischen Fachgutachtens abhängig.²⁷ Wenn nun aber das Bundesgericht davon ausgeht, der Bilanzsuizid sei auch bei einem psychisch kranken Menschen unter den oben aufgeführten Bedingungen zu respektieren, so dürfte es in Zukunft schwer fallen, bei Menschen mit somatischen Leiden in der Schweiz andere als die Kriterien Urteilsfähigkeit, selbstbestimmter, wohlervogener und konstanter Sterbewunsch als Voraussetzungen für eine rechtlich unbedenklich Beihilfe zur Selbsttötung zu fordern.

Nach diesem Urteil müsste beispielsweise auch ein des Lebens überdrüssig gewordener alter Mensch, der weder an einer psychischen,

25. BGE 133 I 58 Erwägung 6.3.5.1, Seiten 74 f.

26. Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, in: Schweizerische Juristen-Zeitung SJZ 101/2005 S. 53 ff., dort S. 90 f

27. a.a.O. Erw. 6.5.5.2, Seite 75





noch an einer somatischen Krankheit leidet, für sich aber im Leben einfach keine Perspektiven mehr sieht und die Bilanz zieht, sein Leben nun beenden zu wollen, unter Verwendung des Natrium-Pentobarbitals mit Hilfe Dritter (wie Begleitpersonen einer Sterbehilfeorganisation) Selbsttötung begehen können, ohne seine Begleiter dem Risiko einer Strafverfolgung auszusetzen, wenn die genannten Kriterien als erfüllt zu gelten haben. Ein Problem könnte sich daraus ergeben, dass er einen Arzt finden muss, der bereit ist, ihm das für dieses Sterbemittel erforderliche Rezept auszustellen, obwohl bei ihm keine eigentliche Krankheit vorliegt, und schon gar nicht eine Krankheit, die in absehbarer Zeit zum Tode führen würde. Auf der Grundlage des Bundesgerichtsentscheidens vom 3. November 2006 muss man allerdings ernsthaft die Frage stellen, ob ein Arzt, der Verständnis für einen solchen des Lebens überdrüssigen, aber nicht eigentlich kranken alten Menschen hat und das Rezept nach sorgfältiger Prüfung der Gesamtsituation ausstellt, deswegen aufsichts- und/oder standesrechtlich noch zur Verantwortung gezogen werden könnte.

119

Das vom Bundesgericht erwähnte Kriterium der Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches wird besser mit Konstanz bzw. Nachhaltigkeit umschrieben. Es kann letztlich wohl nicht entscheidend sein, über wie lange Zeit hinweg der Sterbewillige seinen Sterbewunsch äußert. Wesentlicher als das Zeitmoment scheint mir zu sein, dass beispielsweise ein unter schweren, nicht mehr mit Erfolg zu lindernden Schmerzen leidender Mensch, der Suizidbegleitung wünscht, vor und während dieser Begleitung bis zu deren Ende klar und mit Nachdruck zum Ausdruck bringt, dass er von dieser Welt gehen will.

Nach Art. 16 ZGB wird die Urteilsfähigkeit eines Menschen vermutet, was sich im Zweifelsfall zu Gunsten des Angeklagten auswirken muss. Urteilsfähig ist ein jeder, dem nicht wegen seines Kindesalters oder infolge von Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunkenheit oder ähnlichen Zuständen die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäß zu handeln. Da im Zweifel von der Urteilsfähigkeit eines die Selbsttötung erwägenden Menschen auszugehen ist und die Suizidbeihilfe bei urteilsfähigen Menschen in der Schweiz grundsätzlich – d. h., wenn dem Helfer keine selbstsüchtigen Beweggründe vorgeworfen werden können – nicht strafbar ist, muss bei der strafrechtlichen Betrachtung der Beihilfe zur Selbsttötung in Anwendung des strafprozessrechtlichen Grundsatzes in dubio pro reo (im Zweifel zu Gunsten des Angeklagten) im Zweifel eben auch zu Gunsten von unter Verdacht stehenden bzw. unter Anklage gestellten Personen (wie beispielsweise von der





120 Selbsttötung beiwohnenden Angehörigen, Freunden oder Dritten) entschieden werden.²⁸ Die im Strafprozess dem Staat obliegende Beweislast muss meines Erachtens solange zu einem Freispruch führen, als das Fehlen der Urteilsfähigkeit und das Fehlen eines selbstbestimmten, wohlerwogenen und konstanten Sterbewunsches bei der sterbewilligen Person zur Zeit der Selbsttötung beweislos bleiben.

Wegen Verleitung und Beihilfe zur Selbsttötung (in der Terminologie des Gesetzgebers 'Selbstmord') ist in der Schweiz nach Art. 115 StGB nur strafbar, wer aus selbstsüchtigen Beweggründen den über die Tat herrschenden Sterbewilligen zur Selbsttötung anstiftet oder ihm zur Erreichung dieses Ziels Hilfe leistet. Der Anstifter und der Gehilfe handeln noch nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen, wenn es ihnen gleichgültig ist, ob der Suizident sich das Leben nimmt oder nicht. Selbstsüchtige Beweggründe liegen dann vor, wenn der Täter einen persönlichen Vorteil anstrebt²⁹ bzw. dann, wenn eigensüchtige gegenüber auch vorhandenen altruistischen Motiven klar überwiegen.

Folgendes ist hier allerdings noch festzuhalten: Wenn neben Verwandten und Freunden unabhängige Dritte von einer angesehenen Suizidhilfeorganisation bei einem Suizid anwesend sind, kommt selten der Verdacht auf, es könnte ein strafbares Verhalten vorliegen bzw. es könnten eigensüchtige Interessen von Verwandten, Freunden oder auch Dritten eine Rolle spielen. Die von der Freitodbegleiterin oder vom Freitodbegleiter herbeigerufenen Beamten werden sich in aller Regel auf die allernotwendigsten Abklärungen beschränken, weil EXIT Deutsche Schweiz bei jeder Freitodbegleitung einen geordneten Ablauf gewährleistet. Vorgelegt werden den Beamten unter anderem die von der verstorbenen Person ausgefüllte Freitoderklärung, das Arztzeugnis mit Diagnose und Bestätigung der Urteilsfähigkeit, das Rezept für das vom Arzt verschriebene und verabreichte Natrium-Pentobarbital und das vom Freitodbegleiter über den Ablauf der Begleitung erstellte Protokoll.

Die Vereinigung EXIT (Deutsche Schweiz) sowie auch die Vereinigung Exit A.D.M.D. (Suisse romande) begleiten bis heute auf der Grundlage ihrer Statuten nur ihre Mitglieder. Voraussetzung der Mit-

28. dazu Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, a.a.O. S. 83 ff. insbes. S. 85

29. Basler Kommentar zum Strafgesetzbuch 11, 2003, Schwarzenegger, Art. 115 N. 10





gliedschaft bei EXIT ist entweder ein schweizerischer Wohnsitz oder die schweizerische Staatsangehörigkeit. Der ausländische Leser sollte sich nicht der Hoffnung hingeben, er könne ohne weiteres zu exit (Deutsche Schweiz und Suisse romande) in die Schweiz einreisen und dann eine Freitodbegleitung beanspruchen.

Bis heute werden nur Menschen begleitet, die an ernststen gesundheitlichen Gebrechen oder Behinderungen leiden. Hingegen hilft EXIT nun vermehrt solchen alten Menschen bei der Selbsttötung, die angesichts ihrer vielfältigen Altersbeschwerden in ihrem Weiterleben keinen Sinn mehr sehen (bei Altersmorbidity). Psychisch kranke Menschen werden bei ihrer Selbsttötung nur assistiert, wenn ein ihre Begleitung bejahendes psychiatrisches Gutachten vorliegt und erst dann, wenn eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt worden ist. 121

Es sei abschließend nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Leser, weder bei EXIT (Deutsche Schweiz) noch bei Exit A.D.M.D. (Suisse romande) eine Freitodbegleitung beanspruchen können, wenn Sie die eben erwähnten Mitgliedschaftsvoraussetzungen nicht erfüllen.

6.3 Die Rechtslage in Österreich

Für Österreich wurde keine detaillierte Rechtsauskunft eingeholt. Die Hilfe zum "Suizid" bzw die "Mitwirkung" daran sind strafbar (§ 78 StGB). Eine solche "Mitwirkung" kann in Österreich auch durch "psychische bzw. moralische Unterstützung" vorliegen. Bereits die Verbreitung von Informationen, könnte als "Werbung" für oder als "Ermunterung" zu einem Suizid aufgefasst werden und deshalb strafbar sein.





Literaturhinweise

Achtung: Manche Artikel und Bücher sind nur auf Niederländisch publiziert worden; die deutsche Übersetzung der Titel wird in Klammern angegeben.

122

- Admiraal PV. *Verantwoorde euthanasie. Een handleiding voor artsen* (Verantwortungsbewusste ärztliche Tötung auf Verlangen). Amsterdam 1980.
- Admiraal PV, Chabot BE, Ogden RD et al. *Guide to a humane self-chosen death*. WOZZ Foundation, second expanded edition 2006. Siehe: www.wozz.nl (deutsch)
- Albéry N, Elliot G, Elliot J. *The Natural Death Handbook*. London: Virgin, 1993.
- Bernat BL et al. Patient refusal of hydration and nutrition. An alternative to physician-assisted suicide or active euthanasia. *Arch Intern Med* 1993;153:2723-2728.
- Booij LHDJ, Vree TB. Neuromusculaire overdracht en neurotoxines (Neuromuskuläre Übertragung und Neurotoxine). *Nederlands Tijdschrift voor anesthesiologie*, 15, 2002. 128-140.
- Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med WKLY* 2003;133:310-317.
- Bosshard G, Nilstun T, Bilsen J et al. Forgoing treatment at the end of life in 6 European countries. *Arch Intern Med* 2005;165:401-407.
- Buckley NA, Smith AJ, Dosen P et al. Effects of catecholamines and diazepam in chloroquine poisoning in barbiturate anaesthetised rats. *Human & experimental toxicology*, 1996, 15, 909-914.
- Chabot BE. Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten. (Selbstbewusste Lebensbeendigung. Verborgene Sterbewege im Gespräch mit Angehörigen und Freunden) Soziologische Dissertation, Universität Amsterdam, Bert Bakker 2007.
- Chabot BE, Goedhart A. Self-directed dying in the Dutch population. A survey. 2008 (not yet published)
- Clemessy JL, Taboulet P, Hoffman JR et al. Treatment of acute chloroquine poisoning: A 5-year experience. *Critical Care Medicine*, 1996a, 24, 1189-1195.
- Clemessy JL, Angel A, Borron SW et al. Therapeutic trial of diazepam versus placebo in acute chloroquine intoxications of moderate gravity. *Intensive Care Medicine*, 1996b, 22, 1400-1405.





Demaziere J, Saissy JM, Vitris M et al. Effects of diazepam on mortality from acute chloroquine poisoning. *Annales Françaises d' anesthésie et de Réanimation*, 1992 11,164-167.

Docker CG, Smith CK. *Departing Drugs* 1993. Eine deutsche Übersetzung dieses Buchs ist im Gelka-Verlag erschienen: *Selbsterlösung durch Medikamente* (ohne Jahreszahl).

Docker CG. *Five last Acts*. Edinburgh: Exit 2007.

123

Edinboro LE, Poklis A, Trautman D et al. Fatal fentanyl intoxication following excessive transdermal application. *Journal of Forensic Science*, 1997,42, 741-743.

Fittkau L. *Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie*. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2006.

Ganzini L, Goy ER, Miller LL et al. Nurses Experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. *New England Journal of Medicine* 2003;349:359-365.

Graef, A de, Hesselman GM, Krol RJA et al. *Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk*, Utrecht 2006 (Palliative Pflege. Richtlinien für die Praxis).

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;551-6.

Harvath TA et al. Dilemma's encountered by hospice workers when patients wish to hasten death. In: *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2006, 8: 200-209.

Heide A van der, Deliëns L, Faisst K et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003;362:345-350.

Heide A van der, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML et al. End-of-Life Practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *N Engl J Med* 2007;356:1957-1965.

Hooff A van. *Zelfdoding in de antieke wereld (Selbsttötung in der Antike)*. Nijmegen: SUN 1990.

Horikx A, Admiraal PV.(2000). Toepassing van euthanatica; ervaringen van artsen bij 227 patiënten (Der Gebrauch von Medikamenten zur Tötung auf Verlangen durch Ärzte; Erfahrungen bei 227 Patienten), 1998-2000. *Ned. Tijdschrift Geneeskde*, 144, 2497-2450.

Horikx A. (2004) Vragen en antwoorden over het uitvoeren van euthanasie (Fragen und Antworten bei der Durchführung von ärztlicher Tötung auf Verlangen). *Pharmaceutical Weekly*, 139,1322-3.

Humphry D. *Final Exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*. Eugene (Oregon): The Hemlock Society 1991.





- Jamison S. When Drugs Fail: Assisted Deaths and Not-so-lethal Drugs. In: Battin MP, Lipman AG (eds) *Drug Use in Assisted Suicide and Euthanasia*. New York: Pharmaceutical Products Press 1996.
- Justice C. The 'Natural' Death while not Eating: a Type of Palliative Care in Banares. *Journal of Palliative Care* 1995;11:38-42.

124

- KNMG: *Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in het geval van lijden aan het leven* (Die Suche nach ethischen und praktischen Richtlinien für Ärzte, die mit Fragen der Lebensbeendigung von am Leben leidenden Menschen konfrontiert werden). Utrecht: KNMG 2004.
- KNMG: *KNMG-Richtlijn palliatieve sedatie* (Die Richtlinie der KNMG bezüglich der palliativen Sedierung). Utrecht: KNMG 2005.
- KNMP 1998, 2006. *Toepassing en bereiding van euthanatica* (Anwendung und Herstellung von Medikamenten zur Tötung auf Verlangen durch Ärzte. (nicht auf dem Markt erhältlich).
- Kramer C, Tawney M. A fatal overdose of transdermally administered fentanyl. *Journal of the American Osteopathic Association*, 1998, 98, 385-386.
- Madan TN. Dying with Dignity. *Social Science and Medicine*, 1992;35:425-431.
- Magnusson RS. *Angels of Death. Exploring the Euthanasia Underground*. New Haven: Yale University Press 2002. Nationaler Ethikrat. *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme*, Berlin Juli 2006.
- Niederländischer Verein für Psychiatrie (NVvP). Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis: richtlijnen voor de psychiater. (*Beihilfe zur Selbsttötung bei psychiatrischen Patienten: Richtlinien für den Psychiater*.) Utrecht: NVvP 1998, 2002.
- Nitschke Ph, Stewart S. *The Peaceful Pill Handbook*. Exit International US 2006.
- Ogden R. *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*. British Columbia: Peroglyphics Publishing 1994.
- Onwuteaka-Philipsen BD, Heide A van der, Koper D et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995 and 2001. *Lancet* 2003;362:355-359.
- Phillips PA, Rolls BJ, Ledingham JGG et al. Reduced thirst after water deprivation in healthy elderly men. *The New England Journal of Medicine* 1984,311:753-759.
- Plato. Socrates' leven en dood*. (Das Leben und der Tod des Sokrates) Niederländische Übersetzung: Gerard Koolschijn. Amsterdam: Athenaeum, Polak & Van Gennep 1995.





Pool R. "You're not going to dehydrate mom, are you?" Euthanasia, *versterving* and good and bad death in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 2004;58:955-966.

Printz LA. Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Archives of Internal Medicine* 1993;152:697-700.

125

Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntary stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997;278:2099-2104.

Quill TE, Coombs Lee B, Nunn S. Palliative treatments of last resort: choosing the least harmful alternative. *Annals of Internal Medicine* 2000;132:488-493.

Quill TE, Battin MP (eds). *Physician-assisted dying. The case for palliative care and patient choice*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press. 2004.

Seale C, Geest S van der. Good and bad death: Introduction to Special Issue of *Social Science and Medicine* 2004;58:883-995.

Smith CK, Docker CG, Hofsess J. *Beyond Final Exit*. The Right to Die Society of Canada 1995.

Spreuwenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM (red.). *Handboek Palliatieve Zorg* (Handbuch für die palliative Pflege) Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2002.

Syme, Roger. *A good Death*. 2008.

Terman SA. *The Best Way to Say Goodbye. A Legal Peaceful Choice at the End of Life*. Carlsbad (CA 92009): Life Transitions Publications 2006.

Verzele M. *De milde dood* (Der milde Tod). Berchem: EPO 1994.

Wanzer S, Glenmullen J. *To Die Well. Your right to comfort calm and choice at the last days of life*. Da Capo Press 2007.

Weyers H. *Euthanasie: het proces van rechtsverandering* (Ärztliche Tötung auf Verlangen: der Prozess des sich ändernden Rechts). Amsterdam University Press 2004.

Wolff K. Characterization of methadon overdose: clinical considerations and the scientific evidence. *Therapeutic Drug Monitoring*, 2002, 24, 457-470.

WOZZ. *Guide to a humane self-chosen Death*. WOZZ 2006. (auch: Admiraal 2006). Vergriffen. Siehe www.wozz.nl (deutsch).





ANHANG

1. Die meisten Medikamente und Giftstoffe aus der Natur sind für eine humane Selbsttötung nicht geeignet

126

In der Einführung zu Kapitel 3 werden einige Stoffe genannt, von denen manche Ärzte annehmen, dass sie in einer Überdosis für einen Suizid benutzt werden können. Es handelt sich meist um Medikamente, die in niedriger Dosis eine positive Wirkung auf das Herz haben, hochdosiert jedoch giftig sind, wie Digoxin, Beta-Blocker oder Kalzium-Antagonisten. Die Fachleute auf toxikologischem, pharmakologischem und anästhesiologischem Gebiet, die an diesem Buch mitgearbeitet haben, untersuchten diese Behauptung kritisch und haben sie als unzutreffend zurückgewiesen, weil sich die tödliche Wirkung dieser Präparate als unsicher erwiesen hat. Ein Beispiel wurde im Kapitel 3.1 diskutiert.

Aus Zeitungsmeldungen erfährt man manchmal, dass eine hohe Dosis Insulin für ältere Menschen tödlich war. Allerdings hängt die Wirksamkeit von hochdosiertem Insulin stark von der Empfindlichkeit der jeweiligen Person und ihrer Kondition ab. Deshalb können wir Insulin nicht als Mittel ansehen, das zuverlässig den Tod bewirkt. In den Medien wird über das Scheitern eines solchen Suizidversuchs allerdings nicht verbreitet.

Es gibt tierische Gifte (von Schlangen, Spinnen usw.) und Pflanzengifte, die bekanntermaßen tödlich sind. Doch sind in allen uns bekannten Beispielen die dabei auftretenden Begleiterscheinungen sehr unangenehm, nicht selten äußerst schmerzhaft. Wir kennen kein tierisches oder pflanzliches Gift, das mit hoher Wahrscheinlichkeit tödlich und gleichzeitig human ist.

Es ist nahezu unmöglich, alle Suizid-Methoden aufzuzählen, die im Internet zu finden sind. Wir sind dort jedoch auf keine einzige Methode gestoßen, die unsere Kriterien für ein humanes, selbstbestimmtes Lebensende erfüllt (Kapitel 1.3). Wir wiederholen sie hier erneut:

- das Sterben muss schmerzlos sein, also im tiefen Schlaf stattfinden;
- die Methode muss effizient sein;
- das Sterben muss für Angehörige und Freunde ungefährlich sein, damit die Person nicht in Einsamkeit zu sterben braucht;
- der Tod wird durch eigenes Tun ohne Hilfe von anderen herbeigeführt.





2. Schlafmittel in Kombination mit dem *Exit-Bag* (Plastikbeutel)

Der Gebrauch einer Plastikbeutel oder Kunststoffhülle als vermeintlich wirkungsvolle Suizid-Methode wurde durch das Buch *Final Exit* bekannt. Theoretisch tritt der Tod durch Ersticken aufgrund von Sauerstoffmangel ein, nach dem der Beutel über den Kopf gezogen wurde. Augenzeugenberichte legen die Vermutung nahe, dass nur wenige dieser Selbsttötungsversuche ohne aktives Eingreifen von Anwesenden erfolgreich waren (siehe Fallbeispiele unten). Wir werden versuchen, diesbezügliche Missverständnisse zu klären.

127

1. Es herrscht Unklarheit über die Wirkung des *Exit-Bags*, weil sie manchmal in Kombination mit einem ohnehin schon tödlichen Medikament benutzt wird (siehe Kapitel 4). In diesen Fällen ist der Plastikbeutel überflüssig.
2. Wenn nach ausschließlicher Einnahme von an sich nicht tödlichen Benzodiazepinen der *Exit-Bag* benutzt wird, löst dieses Vorgehen starkes Würgen und hektische Bewegungen aus, so als ob ein Ertrinkender um sein Überleben kämpft. Dadurch kann der Beutel verrutschen, selbst wenn sie ausreichend verschlossen und am Hals abgedichtet wurde. Das instinktive Ringen nach Atem beginnt, nachdem die Schläfrigkeit durch Benzodiazepine eingesetzt hat. Sobald der Suizident durch eine undichte Stelle wieder Luft bekommt, fällt er aufgrund der Benzodiazepine in einen tiefen Schlaf. Diese Menschen erwachen dann nach mehreren Stunden voller Scham. Sie berichten in der Regel niemandem von ihrem gescheiterten Versuch, sich mit einem Plastikbeutel das Leben zu nehmen.
3. Ein Angehöriger, der gebeten wurde, bei einem selbstbestimmtem Sterben mit milden Beruhigungsmitteln und einem *Exit-Bag* anwesend zu sein, sah, dass der Beutel aufgrund der heftigen Bewegungen, die das Ersticken begleitete, verrutschte. Der Angehörige, der wusste, wie sehr sich die Person nach dem Tod gesehnt hatte, gab der Versuchung nach, den *Exit-Bag* zuzuziehen, sobald die Person eingeschlafen war. In einem anderen Fall wurde berichtet, dass der Angehörige sogar versucht hat, die Hände der ringenden Person festzuhalten, um zu verhindern, dass der Beutel weggezogen wird.¹ In all diesen Fällen können die Anwesenden wegen ihrer todbringenden Handlungen an lebenslangen Schuldgefühlen leiden, deren Ursache sie geheim halten müssen, nicht zuletzt, weil sie eine Anklage wegen eines Tötungsdelikts fürchten müssen.

1. Beispiele davon geben Ogden 1994, Jamison 1996, Magnusson 2002.





128

Im Deutschland war bisher ein großer Exit-Bag (90 x 60 cm) aus robustem durchsichtigem Plastik über den GELKA-Verlag zu beziehen. Dieser schmiegt sich nicht am Körper an. In den Plastikbeutel ist innen ein Vlies genäht, so daß ein Saum entsteht, in dem sich ein Gummizug befindet. Dieser Gummizug drückt das Vlies (und nicht den Plastikbeutel!) an den Hals. Der Plastikbeutel wird durch den Gummizug in recht sperrige Falten gelegt. Mit einem Klettband wird der Beutel vorn am Hals geschlossen und man hat Mühe, alle Falten unter den Klettverschluß zu bekommen. Absolut luftdicht ist das auf keinen Fall.

In der Anleitung wird dazu aufgefordert, bei Atemnot den Klettverschluß zu öffnen, damit wieder genug Sauerstoff geatmet werden kann, und dann den Bag erneut zu verschließen. Der Bag soll erst bei einsetzender Schläfrigkeit geschlossen werden.

Eine Frau hat uns das wiederholte Scheitern ihrer Suizidversuche mit diesem Bag beschrieben. Sie ist jedesmal mit geöffnetem Bag aufgewacht und konnte sich nicht daran erinnern, den Klettverschluß geöffnet zu haben (sie war allein).

Als Gründe für das Scheitern sehen wir:

- Der Klettverschluß des Exit Bag wird nicht rechtzeitig geschlossen.
- Der Klettverschluß wird wieder geöffnet und dann nicht mehr zugemacht, weil die Bewußtseinstäubung voranschreitet.
- Der Exit Bag wird im Zustand eingeschränkten Bewußtseins und lebensbedrohlicher Atemnot vom Kopf gerissen.

Dokumentierte Fälle

Die meisten Berichte über den Gebrauch eines Exit-Bags in Kombination mit nicht-tödlichen Schlafmitteln (wie Benzodiazepinen) sind unpräzise. Nur in sechs Fällen in die Niederlande, die der wozz berichtet wurden, war ein zuverlässiger Zeuge anwesend.

Eine niederländische Frau (57) mit Brustkrebs, der bereits Metastasen gebildet hatte, bat ihren Hausarzt um Sterbehilfe; der aber sagte ihr, dass ihr Leiden noch nicht unerträglich sei. Daraufhin beschloss sie, die Exit-Bag-Methode mit 600 mg Valium anzuwenden, obwohl sie wusste, dass der Versuch scheitern könnte. Sie flehte einen Verwandten an, die Hülle zurecht zu ziehen, falls sie nicht mehr um ihren Hals schließen würde und bat ihn, 'Lass mich nicht wieder aufwachen!' Der Verwandte wollte sie nicht allein sterben lassen, war sich aber bis zuletzt nicht sicher, was er tun sollte. Bald nachdem sie die Tabletten genommen hatte, war sie zu schläfrig, um sich der Beutel selbst richtig um den Hals zu ziehen und schlief ein. Zweieinhalb Stunden nachdem





sie die Tabletten eingenommen hatte und schon tief schlief, zog der Verwandte der Beutel um ihren Hals und verließ kurz darauf den Raum. Später an diesem Abend entfernte er der Beutel und informierte danach einen Arzt über ihren Tod. Der Arzt stellte den 'plötzlichen Tod' bei einer Patientin mit Brustkrebs und Metastasen fest. Er wollte den Verwandten den Stress der polizeilichen Ermittlungen ersparen und argumentierte, sie wäre sowieso bald gestorben. Eine Autopsie wurde nicht durchgeführt. Die Verwendung der Plastikbeutel war nur deshalb effektiv, weil sie während des Tiefschlafs von einer Angehörigen fest zugezogen wurde.

129

Ein anderer Bericht über die Anwendung eines Exit-Bags wurde während eines Gerichtsprozesses in der niederländischen Presse ausführlich diskutiert. Eine 82-jährige Frau, die an einem Gehirntumor litt, benutzte den Exit-Bag in Kombination mit drei verschiedenen Schlafmitteln: Zopiclon, Nitrazepam und Temazepam. Den anwesenden Zeugen schien der Beutel mit einem Elastikband am Hals gut abgedichtet. Die Frau starb 35 Minuten nach Schließen der Beutel. Eine polizeiliche Ermittlung ergab jedoch, dass es in der Beutel zu keiner Kondensation gekommen war, was darauf hindeutet, dass der Beutel nicht richtig abgedichtet und demnach auch nicht die Todesursache gewesen sein konnte. Blutuntersuchungen ergaben, dass eine Überdosis Zopiclon die wahrscheinlichste Todesursache war. Die 82-jährige Frau befand sich in einem gesundheitlich sehr kritischen Zustand. Es überrascht deshalb nicht, dass sie an einer hohen Dosis eines normalerweise nicht tödlichen Schlafmittels starb.

In zwei Fällen wurde eine tödliche Dosis Opiate und Benzodiazepin eingenommen und die Person zog selbst die Plastikbeutel zu. Der Tod trat nach einigen Stunden ein. Der Sauerstoff in einem gut abgedichteten Exit-Bag ist aber schon bereits innerhalb von 30 Minuten verbraucht. d. h. auch in diesen beiden Fällen wurde der Tod durch ein Medikament (in diesem Falle Opiate) bewirkt, und nicht durch Anwenden des Exit-Bags.

Lediglich in zwei der sechs bekannten Fälle, bei denen ein Zeuge anwesend war, kann man davon ausgehen, dass der Tod das Ergebnis von Sauerstoffmangel war, der vom Einsatz der Plastikbeutel herrührte. Diese Menschen nahmen nicht näher benannte Benzodiazepine ein, zogen der Beutel über den Kopf und starben ca. 15 Minuten später, also nachdem der Sauerstoff im Exit-Bag verbraucht war.

Zusammenfassung

Die wenigen Fälle, die von zuverlässigen Zeugen beschrieben wurden,





verweisen auf ein hohes Risiko des Scheiterns bei der Anwendung der Exit-Bag-Methode in Kombination mit Schlafmitteln (vier von sechs Fällen). Abgesehen davon, haben wir Publikationen von drei Forschern berücksichtigt, die das Scheitern von Suiziden mit Exit-Bags beschreiben: Ogden (Canada), Jamison (USA) und Magnusson (Australia).²

130 Schlussfolgernd können wir feststellen, dass die von uns im Kapitel 1.3 aufgestellten grundsätzlichen Kriterien für humanes, selbstbestimmtes Sterben beim Einsatz dieser Methode nicht alle erfüllt werden. Die Methode hat ein höher Risiko auf erscheitern und Anwesende könnten zur aktiven Sterbehilfe verleitet werden und dadurch unter polizeiliche Verdacht geraten.

3. Selbsttötung durch Kohlenmonoxid

Eine Zeitung berichtete:

Grillkohle beliebt für Selbstmorde

Der Verkauf von Barbecue-Grillkohle in den Supermärkten von Hong Kong erhöht die Anzahl der Selbstmorde. Bis vor einigen Jahren war Selbstmord mit Hilfe abbrennender Holzkohle in einem schlecht belüfteten Raum noch unbekannt. Jetzt ist es die zweit häufigste Methode nach dem Sprung von einem Hochhaus. Ein Zentrum zur Verhütung von Selbstmorden hat die Supermärkte deshalb aufgerufen, die Grillkohle aus dem Sortiment zu nehmen.

Wir werden erklären, warum diese Information irreführend und die darin genannte Methode für andere, selbst wenn sie sich in angrenzenden Räumen aufhalten, gefährlich ist. Die Verbrennung von Holzkohle erzeugt CO, gasförmiges Kohlenmonoxid, das geruchlos und in hoher Konzentration brennbar und explosiv ist. Schon deshalb ist es gefährlich für diejenigen, die sich in der Nähe einer Person befinden, die CO für einen Suizid einsetzt. Es unterscheidet sich damit grundsätzlich von Helium.³

Zum richtigen Verständnis sollte man wissen, dass Sauerstoff durch Hämoglobin von der Lunge ins Gehirn transportiert wird. CO verbindet sich unmerklich mit dem Hämoglobin zu einer chemischen Verbindung, die sehr viel stärker als die Verbindung zwischen Sauerstoff und

2. Ogden 1994, Jamison 1996, Magnusson 2002.

3. In 119 dokumentierten Fällen selbstbestimmten Sterbens durch Helium gab es kein Risiko für Anwesende. Siehe Wozz 2006 und Anhang 4.





Hämoglobin ist. Dies hat zur Folge, dass CO nach einer gewissen Zeit den Sauerstofftransport in das Gehirn komplett blockiert.⁴

Schon eine niedrige Konzentration von CO in einem Raum verursacht Anoxie (Sauerstoffmangel) im Gehirn, die man zunächst als eine nicht unangenehme Schläfrigkeit erlebt, die von einem Koma abgelöst wird. Das Problem ist, dass das nicht nur der Person geschieht, die sterben möchte, sondern auch jedem anderen widerfährt, der im Raum anwesend ist. Abhängig von der Konzentration des CO tritt ihr Tod früher (innerhalb von 30 Minuten) oder später (innerhalb von Stunden) ein. Auch wenn die Anwesenden gerettet werden, ist das Risiko irreparabler Hirnschäden hoch.

131

Eine nach wie vor weit verbreitete Methode des Suizids ist das Umleiten von Abgasen in das Innere eines Autos mit abgedichteten Fenstern. Bekannt geworden sind Berichte aus Japan über jugendliche Gruppenmorde in Kleinbussen, wobei man sich dieser Methode bedient hatte. Aufgrund des reduzierten CO-Ausstoßes von modernen Benzinmotoren, die bis zu hundert Mal weniger CO produzieren als die Motoren der 1960er und 1970er Jahre, kann man mit dieser Methode heute zwar immer noch sterben, es dauert jedoch viel länger und man riskiert, eher entdeckt und mit *bleibenden* Hirnschäden gerettet zu werden. Es gibt auch die traurigen Beispiele von Menschen, die sich in ihrer Garage selbst umgebracht haben, ohne zu wissen, dass CO auch in die angrenzenden Räume gelangte und dort schlafende Kinder und Verwandte tötete.

Philip Nitschke hat einen Apparat entwickelt, der Kohlenmonoxid durch eine chemische Reaktion zwischen zwei, lt. Nitschke, leicht erhältlichen Substanzen herstellt. Die sogenannte 'CO-Gen-Maschine', gibt eine hohe Konzentration an CO durch einen Stift direkt in die Nase der Person ab. Nitschke behauptet, dass die Verwendung des Nasenstifts nur ein geringes Risiko für andere Anwesende bedeutet. Das ist anzuzweifeln, da die Maschine weiter CO ausstößt, auch wenn die Person bereits gestorben ist. Das CO wird dann zwangsläufig in den Raum entweichen. Es gibt keine Berichte unabhängiger, vertrauenswürdiger Beobachter über den Gebrauch des Apparates in Anwesenheit von Angehörigen.

Es existieren viele Varianten der CO-Methode (siehe obigen Zeitungsbericht), aber keine ist ohne Risiko.

4. Genau genommen handelt es sich nicht um eine chemische Verbindung zwischen CO und Hämoglobin, sondern um die viel stärkere Van-der-Waals-Kraft. Helium verbindet sich im Unterschied zu CO grundsätzlich nicht mit Hämoglobin. Daher wirkt Helium nur dann mit Sicherheit tödlich, wenn es die einzuatmende Luft zu 100% ersetzt.





Zusammenfassung

132 Alle bekannten Varianten des Gebrauchs von Kohlenmonoxid weisen dieselben Gefahren auf: das tödliche Risiko oder zumindest das Risiko bleibender Hirnschäden für all jene, die sich im selben Raum oder in angrenzenden Räumen aufhalten. Dies verletzt die grundsätzlichen Regeln humanen, selbstbestimmten Sterbens, wie wir sie in Kapitel 1.3 definiert haben.

4. Helium-Gas

Diese deutsche Buchausgabe enthält keine detaillierten Informationen über die Selbsttötungsmethode mit Helium-Gas, weil wir Hinweise erhielten, dass die Debatte über Helium als Mittel zu humanem, selbstbestimmtem Sterben in Deutschland und in der Schweiz ein sehr sensibles Thema berührt.

Helium ist ein neutrales Gas, das verwendet wird, um Ballons zu füllen. Es ist geruchslos, farblos, nicht giftig und nicht brennbar. Das Einatmen von 100% Helium in einem abgeschlossenen Raum, zum Beispiel in einer Plastikbeutel, führt zur schnellen Bewusstlosigkeit und zu einem schnellen, schmerzfreien Tod aufgrund von Sauerstoffmangel. Helium wirkt nur bei einer Konzentration von 100% mit Sicherheit tödlich. Wenn Helium mit ein wenig Sauerstoff angereichert worden ist, ist es ungeeignet für Selbsttötung.

Die Daten von mehr als 119 Personen, die in den USA und Kanada ihren Tod mit Helium herbeigeführt haben, zeigen, dass beim Einatmen von reinem Helium in einer Plastikbeutel die Dauer bis zur Bewusstlosigkeit durchschnittlich 35 Sekunden beträgt, diese aber auch schon nach 10 Sekunden eintreten kann. Der Tod (Atemstillstand) tritt im Durchschnitt nach 13 Minuten ein (siehe [1]).

Bei ca. 50% der Fälle selbstbestimmten Sterbens mit der Helium-Methode traten in den ersten ein bis zwei Minuten spontane Reflexe in Armen und Beinen auf. Diese ähneln muskulären Spasmen, wie dem ruckartigen Ausstrecken eines Beines oder eines Ellenbogens. Sie resultieren aus dem Sauerstoffmangel und der damit verbundenen Zerstörung der Großhirnrinde und des Mittelhirns. Manchmal werden diese Reflexe *fälschlicherweise* als Schmerzen oder als Todeskampf interpretiert.

Anästhesisten raten davon ab, zum Einatmen von Helium eine Atemmaske zu verwenden, weil es mit einer Maske eher zu Komplika-





tionen kommen kann als mit einer bereits mit Helium gefüllten Plastikbeutel.

Die Helium-Methode ist in den USA und in Kanada verbreitet, wird aber auch in Europa und Australien angewandt. In einigen forensischen Zeitschriften sind Fallbeispiele beschrieben (siehe unten Anmerkung [2] bis [7]). Beschreibungen der Helium-Methode sind in gedruckter Form und als dvd über die Euthanasia Research and Guidance Organization (ergo) erhältlich, die von Derek Humphry in Oregon/USA betreut wird (siehe Anmerkung [8] bis [10]). In den USA bildet das Final Exit Network 'exit guides' aus, die über die Helium-Methode Bescheid wissen (www.finalexitnetwork.org).

133

Die wozz-Stiftung sammelt weiter Daten über selbstbestimmtes Sterben mit der Helium-Methode und hofft dadurch, in Zukunft mehr Informationen weitergeben zu können. In der Zwischenzeit wollen wir diejenigen, die bei einer Selbsttötung durch Helium anwesend waren, ermutigen, den Fragebogen im Appendix 3 auszufüllen, um uns bei der Erforschung dieser Methode humanen Sterbens zu unterstützen.

Anmerkungen

- [1] Admiraal P, Chabot B, Ogden RD, Loenen A van, Pennings E. Guide to a humane self-chosen death. Delft: wozz Foundation; 2006 (www.wozz.nl).
- [2] Ogden RD, Wooten RH. Asphyxial suicide with helium and a plastic bag. Am J Forensic Med Pathol. 2002; 23: 234-237.
- [3] Gallagher KE, Smith DM, Mellen PF. Suicidal asphyxiation by using pure helium gas: case report, review and discussion of the influence of the Internet. Am J Forensic Med Pathol. 2003; 24: 361-363.
- [4] Gilson T, Parks BO, Porterfield CM. Suicide with inert gases: addendum to Final Exit. Am J Forensic Med Pathol. 2003; 24: 306-308.
- [5] Schön CA, Ketterer T. Asphyxial suicide by inhalation of helium inside a plastic bag. Am J Forensic Med Pathol. 2007; 28: 364-367.
- [6] Grassberger M, Krauskopf A. Suicidal asphyxiation with helium: report of three cases. Wein Klin Wochenschr. 2007; 119/9-10: 323-325.
- [7] Auwärter V, Perdekamp M, Kempf J, Schmidt U, Weinmann W, Pollak S. Toxicological analysis after asphyxial suicide with helium and a plastic bag. Forensic Sci Int. 2007; 170: 139-141.
- [8] Humphry D. Supplement to final exit: The latest how-to and why of euthanasia/hastened death. Junction City OR: Norris Lane Press; 2000.
- [9] Humphry D. Final Exit on DVD: The Art of Self-Deliverance from a terminal illness Video. [DVD]. Junction City, OR: ERGO; 2006 [original release 2000].
- [10] Humphry D. Final Exit: The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying. New York: Delta. 3rd ed; 2002.







APPENDIX 1

Adressen von Organisationen in Deutschland und der Schweiz im Bereich von humanem, selbstbestimmtem Sterben

135

Deutschland

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e.V. (DGHS)

Lange Gasse 2-4
86152 Augsburg
Tel.: 0821/502350
Fax: 0821/502355
www.dghs.de
info@dghs.de

Dignitate Deutschland

Edenstraße 11
30161 Hannover
Tel.: 0511/3362344
Fax: 0511/3362682
www.dignitas.ch
dignitas@dignitas.ch

Humanistischer Verband Deutschland

Wallstraße 61-65
10179 Berlin
Tel: 030/61390411
Fax 030/61390436
www.humanismus.de
www.patientenverfuegung.de
hvd@humanismus.de

Schweiz

Exit (Deutsche Schweiz)

Mühlezelgstraße 45
8047 Zürich, Schweiz
Tel: +41 433433838
info@exit.ch

Exit A. D. M. D. (Suisse Romande)

P.O. B. 110
1211 Genève 17, Schweiz
Tel: +41 227357760
info@exit-geneve.ch

ExInternational

Dr. iur. Margrit Weibel
Hesligenstraße 26
8700 Küsnacht, Schweiz
Tel: +41 449107094
account@exinternational.ch

Dignitas

P.O. B. 9
8127 Forch, Schweiz
Tel: +41 449804459
dignitas@dignitas.ch
www.dignitas.ch





APPENDIX 2

Der Fragebogen zur anonymen Meldung von Sterbefällen

Bitte machen Sie eine Fotokopie dieses Fragebogens. Bei Platzmangel ggf. auf der Rückseite schreiben.

Das Formular wird ausschließlich für Forschungszwecke verwendet. Nach Empfang werden sämtliche Angaben zur Person des Senders vernichtet.

Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen und eventuelle Fragen zur Wahrung der Vertraulichkeit an:

Russel D. Ogden, 207 Osborne Avenue, New Westminster, BC, Canada V3L 1Y7

1. Die verstorbene Person war Mann Frau
2. Geschätztes Alter: _____
3. Jahr des Suizids: _____ Monat: _____
4. Land, in dem der Suizid stattfand: _____
5. Geschätztes Gewicht: _____ kg
6. Kürzlicher Gewichtsverlust von mehr als 10 kg? ja nein
7. Krankheit oder Probleme, die ausschlaggebend für den Suizid waren?
 _____ seit _____
 _____ seit _____
8. Medizinische Spezialisten und Behandlungen (z. B. Onkologe, Chemotherapie):
 _____ seit _____
 _____ seit _____
9. Namen und Dosierung der im letzten Monat eingenommenen Medikamente
 Schlaftabletten:
 _____ Dosis _____
 Schmerztabletten:
 _____ Dosis _____
 Andere Medikamente:
 _____ Dosis _____
10. Alkoholgebrauch: mehr als 4 Gläser täglich ja nein
11. Verwendete Medikamente, um den Tod herbeizuführen:

Name:	Zahl	Stärke (in mg)
A: _____	_____	_____
B: _____	_____	_____
C: _____	_____	_____
D: _____	_____	_____

Im Falle von Kapseln: wurden diese vorher geöffnet? ja nein
 Im Falle von Tabletten: wurden diese zu Pulver zerrieben? ja nein





Wurde ein Antibrechmittel gebraucht? ja nein

Name des Mittels: _____

Wieviel Stunden zuvor eingenommen? _____

Wurde bei der Einnahme der Stoffe Alkohol getrunken? ja nein

Was für Sorte (z. B. Wein, Schnaps usw.) und wieviel? _____

12. Bitte genaue Zeitangabe

des Beginns der Einnahme der Mittel: _____

der Injektion eines Mittels: _____

13. Genauer Zeitpunkt des Einschlafens: _____

14. Genaue Sterbezeit (Atemstillstand): _____

15. Gab es unangenehme Symptome *vor* dem Einschlafen? *Bitte auch die Rückseite benutzen*

(Angstzustände, Muskelzucken, Erbrechen) ja nein

16. Gab es auffallende Symptome *nach* dem Einschlafen? ja nein

17. Wurde ein *Exit-bag* gebraucht? ja nein

Gab es nach dem Einschlafen unruhige
oder spastische Bewegungen? ja nein

Hat sich der *Exit-bag* verschoben? ja nein

Gab es andere Besonderheiten? _____ *Bitte auch die Rückseite benutzen*

18. Was ist Ihre Beziehung zum Verstorbenen? _____

19. Waren noch andere Personen bei dem Sterben anwesend?

Partner

Familie

Freund(in)

Pflegepersonal

Arzt

Ehrenamtlicher einer Sterbehilfe-Gesellschaft

Andere Person (Funktion? Beziehung zum Suizidenten?)

20. Welcher Arzt bestätigte offiziell den Tod? _____

21. Was gab der Arzt auf dem Sterbeformular als Todesursache an?

Krankheit

Suizid

begleiteter Suizid

anders _____

unbekannt _____

22. Bemerkungen und Umstände, die Ihnen aufgefallen sind: _____

_____ *Im Falle von Platzmangel, bitte die Rückseite benutzen*





APPENDIX 3

Formular zur Modifizierung der Garantenpflicht für eine beabsichtigte Selbsttötung in Deutschland

Autor: Medizinrechtliche Sozietät Putz und Steldinger – München.

Ich,

_____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre hiermit folgendes:

Nach reiflicher Überlegung und auf Grund meiner gesamten Lebenseinstellung und derzeitigen gesundheitlichen Situation folgendes: Ich will durch Selbsttötung aus dem Leben scheiden. Ich möchte dabei von dem Arzt / der Ärztin

_____ (Name)

in meiner allerletzten Lebensphase palliativ betreut werden.

Dies bedeutet konkret:

In der Phase zwischen der Ausführung meiner Selbsttötungshandlung und dem Eintritt des Todes soll der bezeichnete Arzt / die bezeichnete Ärztin mit palliativ-medizinischen Maßnahmen den Sterbeporgang einerseits zulassen und andererseits bei Bedarf erleichtern, zum Beispiel Angst, Durstgefühl, Schmerzen oder Erbrechen behandeln oder lindern.

Keinesfalls darf er / sie den Todeseintritt durch irgendeine Maßnahme, sei es durch eine eigene ärztliche Maßnahme, sei es durch die Benachrichtigung einer anderen Person, z. B. eines Notarztes, verhindern. Insofern wird er / sie aus der Stellung eines Garanten für mein Leben entlassen.

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Für Information über Patientenverfügungen siehe:
www.patientenverfuegung.de

Achtung: In der Schweiz sind die Patientenverfügungen rechtlich bindend. Daher besteht in diesem Rahmen in der Schweiz keine Garantenpflicht und ist keine Modifizierung dieser Garantenpflicht erforderlich.





SACHREGISTER – ALLGEMEIN

- Abschied von Speise und Trank 26
 aktive Sterbehilfe 27ff
 Akzeptanz des Sterbens 38f
 Alkohol 64ff
 Angehörige 10, 24ff, 34ff, 56f, 108ff
 Anonyme Meldung von Sterbefällen
 75, 81
 anonymer Fragebogen 136
 Antibrechmittel 52, 62ff
 Anti-Dekubitus-Matratze 50
 Antidepressiva 90f
 Antimalaria-Medikamente 85
 ärztliche Abklärung der Freiverant-
 wortlichkeit 114
 Augenzeugen 20, 75, 136
 Austrocknen der Mundschleimhaut
 30f, 40

 Barbiturate 58ff, 93ff
 Begleitung bei Selbsttötung durch
 Angehörige 108ff
 Begleitung bei Selbsttötung durch
 einen Arzt 34, 110
 Behandlungsverbot, -ablehnung 112f
 Beihilfe bei der Selbsttötung 18, 28,
 99, 108ff
 Bestellung dieses Buches 134
 Benzodiazepine 59ff
 Betreuer 57, 110, 115
 Bevollmächtigter 34, 50, 57, 110, 115
 Beweislast 120
 Bilanzsuizid 118
 Bücher auf dem Gebiet der humanen
 Lebensbeendung 20

 Clean von Medikamenten 58, 77f

 Darmreinigung 70
 Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches
 119
 DGHS 135
 Dignitas/Schweiz 114, 135
 Dignitate/Deutschland 135
 Durstgefühl 30f

 Eigenregie, eigene Regie 19, 28f, 36,
 72
 Eingriffsverbot 57
 Einnahme der Medikamente 66ff
 Eissplitter, -Würfel 24, 40
 Entscheidungsfindung 29, 42f, 64
 Entwöhnung von Medikamenten
 (allgemein) 57ff, 79f, 95f
 epileptischer Anfall 52f, 58, 86f
 Ethikrat (Nationaler Ethikrat) 7, 14ff
 EXInternational 135
 Exit Bag 22, 127ff
 EXIT (Deutsche Schweiz) 100, 117ff,
 135
 EXIT A. D. M. D. (Suisse Romande)
 100, 120f, 135

 Fasten 30ff
 finale Phase 66, 69
 Fragebogen zur Meldung von Sterbe-
 fällen 75, 136
 Freitodbegleiter 120
 Freitoderklärung 120
 Freiverantwortlich 109ff, 114ff
 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung
 und Flüssigkeit (FVNF) 24ff
 Für wen ist dieses Buch geschrieben?
 10
 Fürsorgepflicht 34, 49



- 140
- Garant 109ff
 - Garantenpflicht 23, 65, 112ff, 138
 - Geschwüre im Mund 40
 - Giftstoffe aus der Natur 126
 - Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung 110
 - Halluzinationen 35
 - Haltbarkeit von Medikamenten 55
 - Haltung in der die Medikamente eingenommen werden sollten 68
 - Handelsname 93, 144
 - Helium-Methode 114, 132
 - Hilfeleistung 109
 - Hilfspflicht 116
 - Humanistischer Verband Deutschland 135
 - Hungergefühl 26ff
 - Jainismus 26
 - Kaugummi 31
 - Kohlenhydrate 30, 39
 - Kohlenmonoxyd 130
 - Kontrollierte Medikamente 21, 76, 93
 - Körpergewicht und Dosierung 56, 94
 - Kriterien einer würdigen Lebensbeendung 12
 - künstliche Hydratation 98
 - lang wirkendes Benzodiazepin 60f
 - Lebensbeendung durch eine Infusion 104
 - lebensrettende Maßnahmen 52, 57, 93
 - Markenname 54, 144
 - Medikamente kaufen 71
 - Medikamententoleranz 57ff, 79, 86, 91, 95
 - medizinisches Fachgutachten 118
 - mentale Vorbereitung auf das Lebensende 38
 - Modifizierung der Garantenpflicht 65, 70, 114f, 138
 - Mundpflege 30f
 - Muskelkontraktionen 60, 86ff
 - Nachhaltigkeit 11, 119
 - natürlicher Tod 28, 73
 - palliative Pflege 16, 28, 34f
 - palliative Pflegekraft 34, 40f
 - palliative Sedierung 17f
 - Patientenverfügung 56, 112f
 - Patientenwille 57, 108, 112f
 - PEG-Sonde 57
 - Pflege und palliative Begleitung 34
 - Pflegepersonal 11, 22, 24
 - Plastikbeutel 127ff, 132f
 - psychiatrisches Gutachten 121
 - Rechtslage in der Schweiz 117
 - Rechtslage in Deutschland 108
 - Regie bei einem Pfleger 12
 - Regie beim Arzt 19
 - Regie über das eigene Lebensende 28
 - Rezept eines tödlichen Trunks 101
 - rezeptpflichtig 55, 93
 - Sammeln von Medikamenten 71ff
 - Sauerstoffmangel 127ff
 - Scheitern des humanen Sterbens 79, 82f, 126, 129
 - Schlafmittel (siehe auch Benzodiazepine) 58f, 86ff
 - Schmerzbekämpfung 26
 - schmerzfrei sterben 132
 - schmerzlindernd 15, 36
 - Schmerzstiller (Opiate) 58
 - schnell wirkende Benzodiazepine 62, 66, 87
 - Schuldgefühl 127
 - Selbstbestimmungsrecht 116
 - selbstsüchtige Beweggründe 118ff
 - Sokrates 12

- Sorgfaltspflicht 18
 Speichel, Anregung der Speichelbildung 30ff,
 Speichelersatzmittel 30
 Sterbebegleitung (Schweiz) 15f, 110, 118
 Sterbedauer 95, 106
 Sterbehilfe-Gesellschaften 11ff, 56, 100
 Sterbenlassen 16
 Sterbewille 57, 65, 115
 Straffreiheit 114
 Strafrecht 109ff, 117f
 Suizidbegleitung, -beihilfe 115, 118f
 Suizidhilfeorganisation 120

 Tabelle 144
 terminale, palliative Sedierung 17, 26f, 36
 Todesursache 85, 90, 94, 129
 Toleranz und Entwöhnung 57ff, 76, 79, 86, 95f
 Tötung auf Verlangen 18ff, 27f, 99
 Toxikologie 11, 20, 94, 97

 unerträgliches Leiden 38, 43
 unterlassene Hilfeleistung 109, 111, 116
 Urteilsfähigkeit 117ff

 Verantwortung nehmen 13f, 44, 72, 99
 Verfügbarkeit eines Medikaments 76f, 85, 90, 93
 Vertrauensbasis 39f
 Vertrauensperson 24, 34, 50
 Verweigerung lebensrettender Maßnahmen 56
 Verwirrtheit 17
 Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Essen und Trinken) 24ff
 Vorbereitungsphase 51ff, 64, 76

 Willensentscheidung 111
 Wirkstoffnamen 54, 144
 Wundliegen 41, 50
 würdige Lebensbeendung 12, 51, 93

 Zäpfchen 35, 47, 62ff, 69
 Zulassen des Sterbens 108, 112f, 138
 Zurechnungsfähig 34, 46

MEDIZINREGISTER

- 142 Amitriptylin (Tryptizol) 90
Amobarbital 93,103
- Brallobarbital 93
Butobarbital 93
- Chloroquin 85ff
Clomipramin 90
Cyclobarbital 93
- Desipramin 90
Dextropropoxyphen 76,81ff
Diazepam (Valium) 60f,80ff
Diclofenac 35
Domperidon 63
Dosulepin 90
Doxepin 90
Durogesic (Fentanyl) 48
- Fenobarbital (Luminal) 93
Fentanyl (Durogesic) 76ff
Flunitrazepam (Rohypnol) 60ff
Flurazepam (Dalmadorm) 60ff
- Heroin 77
Hydroxychloroquin (Plaquenil) 85
- Imipramin (Tofranil) 90
Insulin 31,40,53,126
- Lactulose 104
Lorazepam (Temesta) 62
- Methodon 76,78,83f
Metoclopramid (Primperan) 62f,
87,102
Metoprolol 88
Midazolam (Dormicum) 62,81,87f
Morphin (MS Contin) 34ff,48,76f
- Nembutal 93,96
Nivaquine (Chloroquin) 85ff
Nortriptylin 90
- Oxazepam (Seresta) 61,81f
- Pavulon® (Dibromid) 105
Paracetamol 35,47,49
Pentobarbital 93ff,100ff
Phenobarbital 93
Plaquenil 85,89
- Quensil 85,89
- Resochin 85,88,89
- Secobarbital (Seconal) 93ff,101ff
Seresta (Oxazepam) 61,81f
- Temazepam (Normison) 62,89,129
Thiopental 105f
Trimipramin 90
- Vesparax (eine Kombination
aus Brallobarbital und Seco-
barbital) 88f,93dd
- Zopiclon (Imovane) 87f,129



ERLÄUTERUNG ZUR MEDIZINTABELLE

Diese Tabelle ermöglicht es dem Leser, den Handelsnamen, unter dem ein bestimmtes Medikament in einer ausländischen Apotheke verkauft wird, zu finden. 143

Die Medikamente, die in diesem Buch besprochen werden, gehören zu verschiedenen Gruppen von Pharmaka, die in der Tabelle im hinterem Umschlag genannt werden:

1. Schlafmittel (Kapitel 3.2.7, Seite 59ff);
2. Antibrechmittel (Kapitel 3.2.8, Seite 62ff);
3. Opiate (Kapitel 4.1, Seite 76ff);
4. Antimalariamittel (Kapitel 4.2, Seite 85ff)
5. Antidepressiva (Kapitel 4.3, Seite 90ff)
6. Barbiturate (Kapitel 4.4, Seite 93ff)

Anleitung

Jedes Medikament hat einen Wirkstoffnamen (kurz: Stoffname), der sich auf die chemische Zusammensetzung bezieht. Dieser Namen ist in allen Ländern derselbe. Daneben hat ein Medikament mehrere Handels- oder Präparatenamen, unter denen es in einer Apotheke oder Drogerie erhältlich ist. Die Handelsnamen können von Land zu Land verschieden sein, aber die Stoffname ist in der ganzen Welt dieselbe.

Die allgemein gültige Stoffbezeichnung und die entsprechenden Handelsnamen stehen in den ersten zwei Spalten des ausfaltbaren Umschlags.

Im linken Rand stehen zuerst die sieben genannten Schlafmittel und die zwei in Kapitel 3 besprochenen Antibrechmittel. Anschließend folgen die in Kapitel 4 besprochenen Medikamente: Vier Opiate, zwei Medikamente gegen Malaria, acht Antidepressiva und zuletzt die Barbiturate, die fast alle aus dem Handel genommen worden sind.

Neben der Stoffnamen stehen in alphabetischer Reihenfolge die Handelsnamen, unter welchen sie in verschiedenen Ländern vertrieben werden.





- In der oberen, horizontalen Spalte der Tabelle stehen erst die Landesabkürzungen von drei englischsprachigen Regionen:
USA, Can (Kanada), Aus (Australien und Neuseeland)
und nachher von zehn europäischen Ländern:
144 UK (Großbritannien), Ger (Deutschland), Fra (Frankreich),
Ita (Italien), Spa (Spanien), Neth (Niederlande), Bel (Belgien),
Gre (Griechenland), Aust (Österreich), Swit (Schweiz).

Achtung:

- Die Handelsnamen ändern sich manchmal, und gelegentlich wird ein Medikament aus dem Handel gezogen.
- Länder Osteuropas und der Dritten Welt sind in der Tabelle nicht berücksichtigt, weil aus diesen Ländern keine vollständige Daten vorliegen. In diesen Ländern sind in den Apotheken die Handelsnamen der USA oder eines europäischen Nachbarlandes wohl bekannt. Manche Handelsnamen sind in allen europäischen Ländern dieselben, wie z. B. Valium und Metoclopramide. In dem Fall ist es sehr gut möglich, dass diese Namen auch bei Apotheken in weiteren, hier nicht aufgeführten Ländern geläufig sind.



Stoffnamen	Handelsnamen	usa	can	aus	uk	ger	fra	ita	spa	neth	bel	gre	aust	swit
SCHLAFMITTEL (Kapitel 3.2.7)														
Diazepam	Atensine				+									
	Calmaven								+					
	Dialar				+									
	diazep					+								
	Diazepam	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	durazepam					+								
	E-pam		+											
	Evacalm				+									
	meval		+											
	Propam				+									
	Q-pam	+												
	Stesolid			+(nz)	+	+			+			+	+	+
	Valcaps	+												
	Valium	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Vazepam	+													
Vivol		+												
Flurazepam	Dalmadorm					+		+		+	+			+
	Dalmane	+	+	+	+									
	Dormodor								+					
	Durapam	+												
	Felison							+						
	Flunox							+						
	Flu Pam		+											
	Flurazepam	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	remdue							+						
	Som-pam		+											
	Somnol		+											
	Staurodorm										+		+	
Valdorm								+						
Flunitrazepam	Darkene							+						
	Fluni					+								
	Flunibeta					+								
	Flunimerck					+								
	Fluninoc					+								
	Flunitrazepam	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Hipnosedon											+		
	Hypnodorm			+(au)										
	Narcozep						+							
	Rohypnol			+(au)	+	+	+		+	+	+			
	Roipnol							+						
	Valsea							+						
	VuLbegal											+		
Lorazepam	Alzapam	+												
	Ativan	+	+	+	+									
	Control							+						
	Duralozam					+								
	Equitam						+							
	Idalprem								+					
	Laubeel					+								
Lorans							+							

Stoffnamen	Handelsnamen	usa	can	aus	uk	ger	fra	ita	spa	neth	bel	gre	aust	swit
ANTIBRECHMITTEL (Kapitel 3.2.8)														
	Metoclopramide	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Metramid			+	+									
	Pramidin												+	
	Primperan	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Reglan	+	+											
Domperidon	Cilroton												+	
	Domperamol				+									
	Domperidon	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Gastrocure											+		
	Gastronorm							+						
	Motilium		+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+
	Motilyo						+							
	Peridon							+						
	Peridys						+							
	Vivadone				+									
	OPIATE (Kapitel 4.1)													
Dextro-propoxyfeen	Darvon	+	+											
	Deprancol								+					
	Depronal									+	+			
	Doloxene			+	+									
	D-propoxy-phene		+								+			
	Novrad	+												
	Propoxyphene	+												
Morphine	Zideron												+	
	Avinz CR	+												
	Capros					+								
	Docmorfine											+		
	Kadian	+	+											
	Kapanol CR			+		+	+				+	+	+	+
	M-Dolor CR			+(au)										
	M-Eslon CR	+	+	+(nz)										
	M-Long CR					+								
	Morphine	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Morphitec	+	+											
	Mortha			+(au)										
	M.O.S CR	+	+											
	MosContin CR						+							
	MSContin CR	+	+	+				+		+	+			
	MSDirect											+		
	MSI					+								
	MSir	+		+(au)		+								
	MST Continus CR	+	+	+	+	+								
	Mundiol			+(au)										
MXL				+										
Morphine (Fortsetzung)	Omnopon				+									
	Oramorph	+		+	+			+	+	+	+			
	Ordine			+(au)										
	PMS-Morpha	+		+(nz0)										
	Roxanol	+												
	Sevredol			+(nz)	+	+	+	+						+

Stoffnamen	Handelsnamen	usa	can	aus	uk	ger	fra	ita	spa	neth	bel	gre	aust	swit
TRIZYKLISCHE ANTIDEPRESSIVA (Kapitel 4.3)														
	Levate		+											
	Nobritol								+					
	Novoprotect					+								
	Pantrop					+								
	Saroten					+						+		
	Sarotex									+	+	+	+	+
	Tryptanol			+(nz)										
	Tryptizol				+		+	+	+		+	+	+	+
Clomipramine	Anafranil	+	+	+	+	+	+	+		+	+		+	+
	Clomipramine	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Clopram			+(au)										
	Clopramine		+											
	Placil			+										
Desipramine	Desipramine	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Norpramin	+	+											
	Nortimil							+						
	Pertrofran(e)	+		+	+	+	+				+		+	
Dosulepin	Dopress			+(nz)										
	Dosulepin	+	+											
	Dothapax				+									
	Dothep			+										
	Prepadine							+						
	Prothiaden			+	+				+	+	+			+
	Protiaden							+						
	Thaden				+									
Doxepin	Adapin	+												
	Anten			+(nz)										
	Aponal					+								
	Doneurin					+								
	Doxepin(e)	+	+											
	Mareen					+								
	Quitaxon			+(au)			+				+			
	Sinequan	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Triadapin	+	+											
	Xepin				+									
Zonalon	+	+												
Imipramine	Antipress	+												
	Imavate	+												
	Imipramine	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
	Imiprin	+	+											
	Janimine	+												
	Melipramine			+										
	Tofranil	+	+	+	+		+	+	+	+	+			
Nortryptiline	Allegron			+	+									
	Aventyl	+	+		+									
	Benpon				+									
	Diazepoxin							+						
	Dominans						+							
	Norfenazin							+						
	Noritren						+							

Stoffnamen	Handelsnamen	usa	can	aus	uk	ger	fra	ita	spa	neth	bel	gre	aust	swit
TRIZYKLISCHE ANTIDEPRESSIVA (Kapitel 4.3)														
	Norpress			+(nz)										
	Nortab			+(au)										
	Nortrilen				+				+	+		+	+	+
	nortryptiline	+		+(au)										
	Pamelor	+												
	Trimipramine	Apo-Trimip	+											
		Herphonal				+								
		Novo-tripramine		+										
		Rhotrimine		+										
		Stangyl				+								
	Surmontil	+	+	+		+	+	+						+
	Trimipramine				+									
	Trimudura				+									
	Tripress			+(nz)										
BARBITURATE (Kapitel 4.4)														
Amobarbital	Amobarbital	+												
	Amytal(sodium)	+	+	+(au)	+									
	Neur-Amyl			+										
	in Tuinal	+			+									
Brallobarbital	in Vesparax					+	+			+				
Butobarbital	Butobarbital	+	+				+							
	Soneryl				+									
Cyclobarbital	Cyclobarbital												+	
Pentobarbital	Nembutal	+	+	+(au)										
	Pentobarbital	+	+											
Phenobarbital	Gardenal			+		+	+	+		+		+		
	Lepinal				+									
	Luminal	+		+	+		+	+	+					
	Phenobarbital	+	+	+					+			+	+	+
	Phenobarbitone			+(au)										
Secobarbital	Secobarbital	+	+											
	Seconal	+	+	+										
	in Tuinal	+		+										
	in Vesparax					+	+			+				
Thiopental (nur für Injection)	pentothal	+	+											
	Thiopental	+	+											
	Thiotal			+										
Stoffnamen	Handelsnamen	usa	can	aus	uk	ger	fra	ita	spa	neth	bel	gre	aust	swit



