A close-up, soft-focus photograph of a white dandelion seed head, with many fine, feathery seeds visible against a light background.

Die Kunst des Alterns am Lebensende – Sterbeverfügung oder doch Palliativ- und Hospizmedizin Ein Blick aus der klinischen Arbeit

Dr. Veronika Mosich

22.6.2024

Caritas Socialis CS Hospiz Wien



CARITAS SOCIALIS

www.cs.at

Die Kunst des Alterns am Lebensende – Sterbeverfügungsgesetz

Die Kunst des Nicht-Alterns?

Palliativpatient:innen

- sind mit der Endlichkeit des Lebens konfrontiert
- werden oft nicht altern oder weiter altern

die letzte Entwicklungsaufgabe
des Menschen:

- sich mit der Endlichkeit
des Lebens abfinden

Entwicklungsaufgabe – Krise?



Todessehnsucht bis Suizidalität – viele Stufen

Wunsch zu leben

- Akzeptanz des Sterbens
- Wunsch zu sterben ohne einen vorzeitigen Tod zu wünschen
 - Sich auf den Tod freuen
 - Hoffen, dass der Tod frühzeitig eintritt
 - Herbeisehnen des Todes, ohne dass ein vorzeitiger Tod erwogen wird
- Erwägen eines vorzeitigen Todes
 - hypothetisches Erwägen eines vorzeitigen Todes (später, falls xxx eintritt, ...)
 - aktuelles Erwägen, moralisch keine Option
 - aktuelles Erwägen, die moralische Option ist gegeben
- Expliziter Sterbewille
 - explizites Verlangen den Tod herbeizuführen
 - Zurückweisen lebensverlängernder Maßnahmen, Ziel früher zu sterben
 - Handeln, um den Tod herbeizuführen

Hintergrund für **Suizidalität** im Palliativkontext

- körperliche Gründe: Schmerz, andere Symptome, Funktionseinschränkungen, ...
- psychische Gründe: Depression, Angst, Traurigkeit, Verlust von Perspektiven und Hoffnung, Angst vor Angewiesenheit, ...
- soziale Gründe: Einsamkeit, soziale Isolation, finanzielle Belastungen, mangelndes oder mangelhaftes Versorgungsnetzwerk, Sorge verlassen zu werden
- existenzielles Leid: pathologischer Zustand? Ausdruck des Menschseins?

What lies behind the wish to hasten death?

Metaanalyse n=155, 7 Studien, qualitativ, Pat-Perspektive

6 Hauptthemen

1. Reaktion auf multidimensionales Leiden
2. Selbstverlust (loss of self)
3. Angst
4. Lebenswunsch (aber nicht so), Hilferuf
5. Lösungsweg zur Beendigung des Lebens
6. Möglichkeit Kontrolle zu behalten

nur 2 Personen hatten den nachhaltigen Wunsch zu sterben

Wahrnehmungs- und Entscheidungspsychologie



- „Ende gut – alles gut“
- der Höhepunkt und das Ende einer Geschichte -
Behandlung, Begleitung, Wohnphase - eines Lebens
bleibt besonders in Erinnerung und beeinflusst den Blick
auf die gesamte Zeit des Erlebten.
- Der Mensch entscheidet ähnlich wie sein Umfeld
- Entscheidungsfreiheit ist eine Illusion („unbeeinflusst durch Dritte“)
- Entscheidungen sind (oft) vorhersehbar

Bausteine der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativbetreuung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Traditionelle Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativ-konsiliardienste
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach)-Ärzterschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...		Mobile Palliativteams
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG 2004

Palliativmedizin im Pflegeheim

wöchentliche Palliativvisiten in allen Wohnbereichen

- vorausschauende Planung – Vorsorgedialog
- HPCPH Hospiz und Palliative Care im Pflegeheim
 - Organisationsentwicklungsprozess: basale Palliativbildung für Mitarbeiter:innen aller Berufe
 - Sterben gehört zum Leben – typische Emotionen und Abläufe werden angesprochen – Umgang
- Zusatzmedikation zur Symptomlinderung im Sterbeprozess

Nomenklatur der Bioethikkommission (2011)

alt	neu
aktive direkte Sterbehilfe	Tötung auf Verlangen
aktive indirekte Sterbehilfe	assistierter Suizid
passive Sterbehilfe	Sterben zulassen
	Sterbebegleitung
	Therapie am Lebensende

Im Gesetz stand bis 2021 der Begriff „Selbstmord“, dieser wird in der Medizin vermieden, um die Stigmatisierung der Betroffenen und Hinterbliebenen zu vermeiden. Heute: „Suizid“

gleichzeitig mit StVfG ... (Herbst 2021)

Hospiz- und Palliativfondsgesetz HosPalFG vorgestellt,
etwas später beschlossen

- soll Finanzierung für alle Bausteine der Hospiz- und Palliativversorgung sichern
- Dreiteilung Bund, Länder, Sozialversicherung
- Wird jetzt umgesetzt
- Palliatives in der Grundversorgung nicht mitgedacht, weiterhin nicht finanziert
- Weiterentwicklungen? Palliativambulanz?

Was ist zu tun? Meinung bilden

1. Ich als Einzelperson ... hier und heute
2. Wir im Team der
3. Wir als Institution ...
4. Wir als Ärztekammer / als Palliativgesellschaft / als ...
5. Wir als Gesellschaft ...

ist geschehen durch den Spruch des VfGH
als Antwort des Parlaments: StVfG

Spektrum der Möglichkeiten

1. Wir werden mit Wünschen nach Suizidassistentz in Kontakt kommen
2. „Diagnostikteam“ zur Abklärung behandelbarer Ursachen, interdisziplinär, multiprofessionell, spezifisch gebildet, freier Wille? Weitere Hilfsangebote
3. Hilfsangebote
 - 3.a „Wir assistieren nicht beim Suizid“ – andere werden es tun
 - 3.b a + wir kooperieren mit seriösen Anbietern
 - 3.c ja, wir assistieren auch beim Suizid

nach Voltz „2
Hände
Methode“
2020

Rollen im Sterbeverfügungsgesetz

Die entscheidende und handelnde Person ist der suizidwillige Mensch

- + Medizin klärt ab bzgl. Zugangsvoraussetzungen
- + und klärt auf bzgl. Präparat
- Medizin nimmt keine Bewertung der Situation vor
- Medizin urteilt nicht über den Wert eines Lebens

Menschenbild

Das Gesetz gibt einen Rahmen vor, nicht jeder Einzelfall muss damit erfasst sein.

Vor dem Gesetz erscheint der Mensch als Einzelwesen.

Sozialwissenschaften sehen den Menschen als soziales Wesen. Beschreibungen postulieren nicht, den gesamten Menschen zu erfassen, sie stehen im Rahmen eines gewissen Denkmodells. Es bleibt Raum offen für andere Beschreibungsmodelle.

Sterbeverfügungsgesetz: „StVfG“

Verfahrensbeschreibung zur Beschaffung eines tödlichen Mittels für „Berechtigte“

als Ergebnis des Ausbalancierens von Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) und Suizidprävention (Fürsorgeprinzip)

- Begutachtungsfrist war kurz
- regelt ein Verfahren „zum Nachweis eines dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung“
- ö. Staatsbürger:in oder gewöhnlicher Aufenthalt in Ö
- §2 Freiwilligkeit der Mitwirkung, Benachteiligungsverbot
- „Hilfeleistung“: physische Unterstützung der sterbewilligen Person bei der Durchführung lebensbeendender Maßnahmen
- „Präparat“
- eine StVf kann nur höchstpersönlich errichtet werden

4-schrittiger Prozess

1. Abklärung der Voraussetzungen und Aufklärung:
mindestens 2 Doktoren – 1x Palliativkompetenz
ggf. Psych-Kompetenz (nicht zweifelsfrei entscheidungsfähig)

Wartezeit

2. Verfassen einer Sterbeverfügung: Notar, PatAnwalt
3. Beschaffen eines tödlichen Präparats
4. selbständige Einnahme des tödlichen Präparats

Wer?

- eine oder mehrere hilfeleistende Personen können genannt werden (nicht „müssen“)
- volljährig und
- **zweifelsfrei** entscheidungsfähig: zum Zeitpunkt der Aufklärung und zum Zeitpunkt der Errichtung der StVf, (auch zum Zeitpunkt der Einnahme)
- Entscheidung: frei von Irrtum, List, Täuschung, physischem oder psychischem Zwang und Beeinflussung durch Dritte

geforderte Rahmenbedingung

- unheilbare, zum Tod führende Krankheit
- oder**
- schwere dauerhafte Krankheit mit anhaltenden Symptomen, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen
- und**
- nicht anders abwendbarer Leidenszustand

Abklärung und Aufklärung

- 2 Ärzt:innen, eine davon mit palliativmedizinischer Qualifikation, bestätigen
 - 1) Vorliegen einer Erkrankung entsprechend StVfG
 - 2) Entscheidungsfähigkeit und freien Entschluss
wenn nicht zweifelsfrei entscheidungsfähig -> Psych-Abklärung bzgl. psychischer Erkrankung als Hintergrund für den Todeswunsch – behandelbar? - Suizidprävention
 - 3) AufklärungWer aufklärt oder StVf dokumentiert, darf nicht hilfeleistende Person sein.

Inhalt der Aufklärung – einzeln zu bestätigen

- Handlungsalternativen – inkl. Hospizversorgung und Palliative Care
- Hinweis auf Patientenverfügung, andere Vorsorgeinstrumente (Vorsorgevollmacht, VSD)
- Dosierung und Einnahme des „Präparats“, Auswirkungen, Begleitmedikation
- Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie suizidpräventive Beratung
- andere Betreuungsangebote, die im konkreten Fall zielführend sein könnten

„alternative“ Optionen (nicht explizit im Gesetz)

- Behandlungsverzicht und -Abbruch
- Patientenverfügung
- Vorsorgevollmacht
- Vorsorgedialog
- Palliativbegleitung
- Symptomkontrolle mit dem Risiko eines früheren Sterbens
- freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
- Palliative Sedierungstherapie
- gewaltsamer Suizid
- Tötung auf Verlangen

ärztliche Dokumentation

- Entscheidungsfähigkeit und freien Willen bestätigen
- bei Hinweis auf krankheitswertige psychische Störung, deren Folge der Wunsch zur Beendigung des Lebens sein könnte -> Psychiater:in, Ärzt:in für psychotherapeutische Medizin oder Psycholog:in für Beratung und Abklärung
- Krankheit (w.o.) bestätigen
- genaue Dosierungsanordnung
- sterbewillige Person unterschreibt
- ggf. über Online-Schnittstelle

Wartezeit

zwischen erster Aufklärung und Errichtung der StVf

- 12 Wochen bis max. 1 Jahr
(sonst neue ärztliche Bestätigung von
 - Entscheidungsfähigkeit und
 - freiem Entschluss nötig))

außer

- „terminale Phase“ -> 2 Wochen lt. Erläuterungen sind mit terminal die letzten 6 Lebensmonate gemeint

Errichtung der StVf

Notar:in

oder

rechtskundige Person der Patientenvertretungen:

- Entscheidungsfähigkeit
- korrekter Zeitablauf
- Belehrung über Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, letztwillige Verfügung, strafrechtliche Grenzen der Hilfeleistung, weitere Rechtsfolgen
- Widerruf jederzeit, Gültigkeit ein Jahr
- Sterbeverfügungsregister einsehen und beschicken

Sterbeverfügungsregister

- zur Verwaltung u.a. der Abgabe des tödlichen Präparats
- statistische und wissenschaftliche Analyse
- Totenbeschau meldet Suizid mit StVf
- ein Handbuch für die Verwendung des Registers ist veröffentlicht.

„Präparat“

- jede öffentliche Apotheke darf ... abgeben
- auch an die angeführte helfende Person oder Zustellung
- -> Apotheke muss das Register einsehen und Abgabe einmelden
- dokumentierte Rückgabe des Präparats ist möglich
- sterbewillige Person hat das Präparat zu sichern
- genannt ist Pentobarbital
- BM f Gesundheit kann anderes anordnen, wenn NaP nicht verfügbar oder bessere Substanz verfügbar
- BM hat tödliche Dosis definiert, Begleitmedikation geregelt
- Apothekerkammer führt Liste, wo Präparat ausgefolgt wird

Werbeverbot

- für Hilfeleistung zum Suizid
- erlaubt ist Information über das Angebot der notwendigen Verfahrensschritte bzw. Abgabe des Präparats
- keine wirtschaftlichen Vorteile

In den Erläuterungen

- Suizid soll im privaten Raum stattfinden
- Differenz zur Tötung auf Verlangen bleibt aufrecht
- Schutz von kranken und behinderten Menschen
- Entscheidungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Einnahme
-

Organisationsethik

- Institution soll eine Orientierung zur Verfügung stellen
- es soll klar sein, was zulässig und was unzulässig ist
- Fürsorge möge sich auch auf Mitarbeiter:innen erstrecken
- es ist rechtlich zulässig, dass „Tendenzbetriebe“ andere moralische Ansprüche an ihre Mitarbeiter:innen stellen als vom Gesetz vorgegeben
- Differenzierung, in welcher Rolle wird hier entschieden
- Angebot von Supervision verfügbar

CS Caritas Socialis Grundhaltung

Wir wollen die Not hinter einem Sterbewunsch

- erkennen
- anerkennen
- benennen
- lindern

Es ist **NICHT** Aufgabe von Mitarbeiter:innen bei einem Suizid Hilfe zu leisten.

Wir handeln im Team und binden das Ethik-Kernteam ein.

- Positionspapier „Umgang mit Sterbewünschen“
- eine Differenz zwischen Privatmeinung und Haltung eines Teams und der Institution und der Gesellschaft darf sein.
- plurale Gesellschaft
- Die Thematik kann herausfordernd bleiben
- Ressourcen der Reflexion und Selbstfürsorge anbieten und nutzen

aktuell

- Diskussion hat sich beruhigt
- Institutionen haben sich positioniert
- Anfragen kommen weniger an den Palliativbereich
- Fachleute für Beratung finden wurde medial als schwierig dargestellt – vorbei Kammern führen Listen und geben auf Anfrage Einzelnamen bekannt
- Patienten-Anwaltschaften heterogen wg. Finanzierung
- Erfahrungen werden gesammelt – ASCIRS der OPG
- Vereine?
- weitere rechtliche Klagsschritte ... bereits am Laufen



Webinar "Töte sich, wer kann? ASCIRS - Erfahrungen nach zwei Jahren Sterbeverfügungsgesetz"

ASCIRS

Nachrichten +

Veranstaltungen +

Presseaussendungen

Stellungnahmen der OPG

Ärzt:innen in mobilen Palliativteams

Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch

Palliative Notfallmedikation

ASCIRS

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

Zur **Plattform ASCIRS**

aktuell – subjektive Beobachtung

- Mitarbeiter:innen im Team können kompetent und mit Sicherheit zur Thematik sprechen und informieren.
- MA leben unaufgeregt damit, dass innerhalb des Teams heterogene Einstellungen vorhanden sind
- mehr Thema in Beratung, im mobilen Bereich und im stationären Hospiz (PH) als auf der Palliativstation(KH)
- Patient:innen können das Angebot der Palliativbegleitung oft parallel zur Vorbereitung einer StVf annehmen
- Dunkelziffer?
- Anfragen werden wieder weniger
 - korrelieren klar mit der medialen Präsenz des Themas

Kommunikation

- Erkennen einer Todessehnsucht auch aus Andeutungen
- Gesprächsbereitschaft signalisieren
- eine Frage nach Suizidgedanken löst solche nicht aus
- Emotionen ansprechen
- Respekt vor der Autonomie
- „so“ nicht leben wollen
- nachfragen, fokussieren, was das Leiden auslöst – veränderbar?
- einen möglichen Ausweg kennen hilft Selbstwirksamkeit
- Gespräch über Todessehnsucht auf Basis von Vertrauen

Webinar "Töte sich, wer kann? ASCIRS - Erfahrungen nach zwei Jahren Sterbeverfügungsgesetz"

ASCIRS

Nachrichten +

Veranstaltungen +

Presseaussendungen

Stellungnahmen der OPG

Ärzt:innen in mobilen Palliativteams

Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch

Palliative Notfallmedikation

20 Jahre OPG

Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch

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

Ebenso wichtig ist, dass die Träger von Institutionen ihre Haltung zum assistierten Suizid offen kommunizieren und ihren Mitarbeitenden entsprechende Handlungsanleitungen und Reflexionsmöglichkeiten zur Verfügung stellen.

Zum Download: **OPG Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch – Kurzversion (Living document Stand 17.12.2021)**

Zum Download: **OPG Handreichung Sterbe- und Suizidwünsche - Langversion (Living document, Stand 25.1.2022)**

4 Schritte nach OPG Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen

- 1) **Wahrnehmen und Würdigen des Wunschs** nicht bagatellisieren, nicht gleich Lösungen finden – Raum für Gefühle
- 2) **Verstehen** welche Belastungen?, individuelle Situation, Persönlichkeit, Lebenserfahrung
- 3) **Klären der Ursachen, Verständnis für die individuelle Bedeutung des Suizidwunschs**
- 4) **Angebot palliativer Beratung und Begleitung**

...

- empfundene Ausweglosigkeit
- Gleichzeitigkeit von Wunsch nach Leben und Sterben
- Suizid erscheint als Problemlösung
- Hilferuf?
- scheinbare Reduktion des Leidens ab Entscheidung
- „magische Drohung“
- Aggression kann spürbar sein
- Scham, Ohnmacht, Sinnverlust
- Bewertung des Leidens und der Unerträglichkeit liegt rein bei der betroffenen Person
- cave: narzisstisch gekränkte Verarbeitung

Fragen zum Weiterdenken

- „jeder Suizidwunsch basiert auf einer Psychopathologie“ versus „der Freitod ist eine freie Entscheidung“ – Was denke ich dazu?
- Was ist ein gelingendes Leben?
- Was macht ein würdiges Sterben aus?
- Wie kann mit der Spannung zwischen der persönlichen und einer professionellen „wertfreien“ Haltung gelebt werden?
- Ist existenzielles Leiden ein Aspekt menschlichen Erlebens oder ein zu behebender Zustand?

Podcast-Hinweis



Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin



15. November 2023

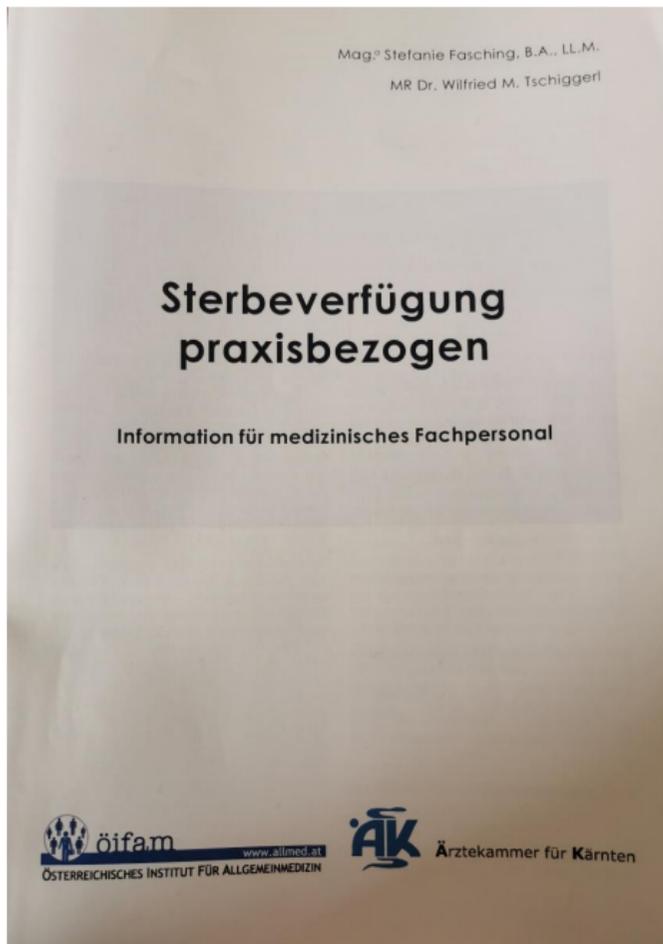
Rechtsrahmen zum Assistierte Suizid

Dr. Michael Halmich LL.M.

Forum Gesundheitsrecht

Zum Vortrag

[Link](#)



Download unter:
<https://www.allmed.at/oeifam-shop/arbeitsbehelfe/stvf-praxis-pdf>



<https://www.springermedizin.de/content/pdfId/25336832/10.1007/s44179-023-00136-z>



CARITAS SOCIALIS

WWW.CS.AT

Veronika Mosich
veronika.mosich@cs.at

