

Werden Sie mir beim Sterben helfen?

Auswirkungen des Sterbeverfügungsgesetzes auf die Betreuung in Alten- und Pflegeheimen

Care 4.0 Wien

A. Feichtner

Das Sterbeverfügungsgesetz

- Bis 2022 galt § 78: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren zu bestrafen“.
- Verfassungsgerichtshof im Dezember 2020: das ausnahmslose Verbot der Hilfestellung beim Suizid wird ab 1.1.2022 aufgehoben.
- 23. Oktober 2021: Ministerialentwurf für ein „Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen“ -> 3 Wochen Begutachtungsfrist.
- Das Sterbeverfügungsgesetz gilt seit 01.01.2022.

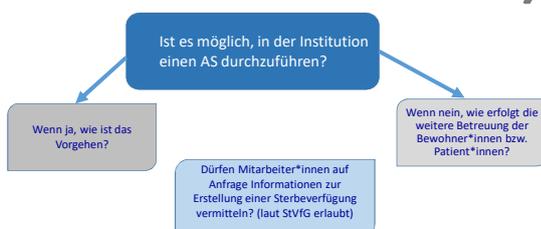
Was hat sich seit 1.1.2022 verändert?

- Sensibilität für Sterbewünsche hat zugenommen
- Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung erforderlich
- Spannungen und Konflikte innerhalb der Teams
- Es besteht große Unsicherheit

ASCIRS

www.ascirs.at

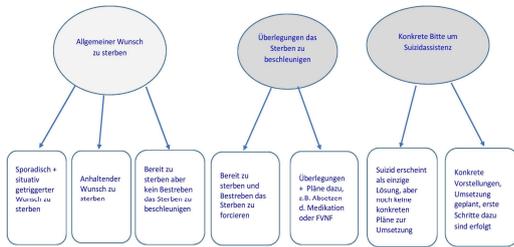
Auf institutioneller Ebene zu klären



„Wenn wir bei schwer kranken Menschen [...] Suizidgedanken finden, ist dies in keiner Weise erstaunlich. Sie gehören gerade in der letzten Lebensphase dazu.“

(Klie & Student, 2007, S. 108).

Mind Frames zu Sterbe- und Suizidwünschen



(Grafik modifiziert nach Schroepfer 2006)

„Wir denken immer, Gespräche über Sterbewünsche brauchen zu viel Zeit.“

Stimmt nicht!

„Vermutlich schwingt mehr unsere Angst mit, uns einzulassen und der Anspruch, schlaue Antworten zu finden.“

(Gudat-Keller 2017)

Verantwortung der Organisation

- Klare Positionierung zum assistierten Suizid (AS)
- Mehr Sicherheit der Mitarbeiter*innen im Umgang mit Sterbewünschen, mit Leid und mit Anfragen zum AS -> **Bildungsangebote!**
- Kurzfristig verfügbare ethische Fallbesprechungen, Supervisionen und externe Ethikberatung.

Daran denken, danach fragen, darüber sprechen

„Wünschen Sie sich manchmal, dass Ihre Krankheit schneller fortschreiten würde, damit Ihr Leiden früher zu Ende wäre?“

(Chochinov et al., 1995)

Die Sterbeverfügung

Antragstellung	Durch die suizidwillige Person
Aufklärung/Beratung	2 voneinander unabhängige (dazu bereite) Ärzt*innen, mindestens 1 davon mit palliativmedizinischer Qualifikation; Aufzeigen von Alternativen; Verordnung des Suizidmittels und der Begleitmedikation mit genauer Dosierung.
Errichtung einer Sterbeverfügung	12 bzw. 2 Wochen nach der Beratung bei einem dazu bereiten Notariat oder bei einer Patientenanzwaltschaft -> Eintragung ins Sterbeverfügungsregister.
Abgabe des Präparates	frühestens ab Eintragung der Sterbeverfügung im Register und spätestens 1 Jahr nach Eintragung, durch eine dazu bereite öffentliche Apotheke.
Umsetzung des AS	Orale Einnahme des Mittels durch die suizidwillige Person, ggf. per Sonde oder i.v.
Nach Eintritt d. Todes	Totenbeschau; ggf. Anordnung zur Obduktion

Keine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe

- Niemand darf wegen einer Hilfeleistung zum AS oder der Weigerung, eine solche Hilfeleistung zu erbringen, benachteiligt werden.
- Da keine Verpflichtung zur Hilfeleistung zum Suizid besteht, kann es auch keinen Anspruch auf Beihilfe zum Suizid geben.

Assistierter Suizid – (k)ein schneller, schmerzloser Tod?



- Na-Pentobarbital wirkt oft nicht so rasch, wie vermittelt wird.
- Das Mittel schmeckt so bitter und seifig, dass es schwer fällt, die gesamte Menge rasch zu trinken.
- Mögliche Komplikationen: Erbrechen, Aspiration, Krampfanfälle, Lungenödem, lange Zeitspanne bis zum Eintreten des Todes.
- Verbindliche Patientenverfügung um lebensrettende Maßnahmen im Vorfeld abzulehnen.

Assistierter Suizid und die Pflege

Studien aus Belgien, den Niederlanden und Kanada zeigen, dass Pflegepersonen eine zentrale Rolle im Entscheidungsprozess zu einem assistierten Suizid spielen.

Sind Pflegepersonen bei der Durchführung der Suizidassistenz präsent oder unmittelbar beteiligt, wird das als eine sehr einschneidende und moralisch herausfordernde Erfahrung erlebt.

(Pesut et al., 2019)

Aufgaben der Pflege im Zusammenhang mit AS

- Erfassung der Hintergründe für den Wunsch nach AS
- Beratung der Patient*innen, insbesondere über mögliche Alternativen
- Unterstützung bei der Antragstellung
- Gewährleistung der Pflege bis zur Umsetzung des AS
- Unterstützung der Angehörigen
- Pflege nach dem Versterben
- Nachbesprechung mit Familie und Arzt/Ärztin.

(Pesut et al., 2019, S. 122).

„Wenn sich ein behandelndes Team oder eine Einzelperson in einer Ausnahmesituation dazu entscheidet, einen Suizid zu begleiten, ist eine solche Gewissensentscheidung zu respektieren. Eine solche Begleitung kann Ausdruck einer Fürsorge sein, den Sterbenden/die Sterbende auch am Ende des Lebens nicht alleine lassen zu wollen.“

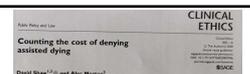
(Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2021)

Assistierter Suizid und Ökonomie



In Kanada werden durch assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen für das Jahr 2021 Einsparungen von umgerechnet mehr als 103 Millionen € erwartet.

(Shaw & Morton, 2020)



„Ein Patient mit einer Krebserkrankung und mit einer Lebenserwartung von ca. 2 Jahren, benötigt wegen seiner starken Schmerzen weiterhin Schmerzmittel und Unterstützung durch das Personal. Diese Verschwendung von Ressourcen bei solchen Patienten wäre durch die Legalisierung des assistierten Suizides zu vermeiden.“

(Shaw & Morton 2020)

Von Selbstbestimmung am Lebensende wird vor allem dann geredet, wenn die Mittel knapp werden.

(Mieth 2018)

Ein Ansuchen um Beihilfe zum Suizid erfordert Respekt, sorgfältige Aufmerksamkeit und eine offene und sensible Kommunikation.

Patient*innen mit einem Wunsch nach Suizidassistenten bedürfen nicht nur einer bestmöglichen Symptomlinderung, sondern auch einer speziellen psycho-sozialen und spirituellen Unterstützung, basierend auf individuellem Respekt und Verständnis für ihre verzweifelte Situation.

(Radbruch et al., 2016, S. 114)

Literatur

- Büche, D. (2021). Suizidhilfe – Die „Schweizer Lösung“. *Praxis Palliative Care*, 50/2021, 14–17.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hrsg.). (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wuenschen_nach_Suizidassistenten_20210916.pdf
- Klie, T. & Student, J.-C. (2007). Sterben in Würde: Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Herder.
- Mieth, D. (2008). Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender. Patmos.
- Pesut, B., Thorne, S., Greig, M., Fulton, A., Janke, R. & Vis-Dunbar, M. (2019a). Ethical, Policy and Practice Implications of Nurses' Experiences With Assisted Death: A Synthesis. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 216–230.
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., Vanden Berghe, P. & Board Members of EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116.
- Schroepfer, T. A. (2006). Mind frames towards dying and factors motivating their adoption by terminally ill elders. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(3), 5129-139.
- Shaw, D. & Morton, A. (2020). Counting the cost of denying assisted dying. *Clinical Ethics*, 15(2), 65–70.