

Zusammenfassung des OPG- Webinars vom 11. Jänner 2023

„Töte sich wer kann - ASCIRS - Erfahrungen nach einem Jahr Sterbeverfügungsgesetz“

Das Interesse an den bisher gewonnenen Erkenntnissen aus den ASCIRS-Berichten war groß. An der Online-Veranstaltung haben mehr als 330 Personen aus Österreich, Deutschland, Slowenien, Italien und Frankreich teilgenommen. Aufgrund der hohen Anzahl von Teilnehmer*innen hätte eine Diskussion den zeitlichen Rahmen der Veranstaltung gesprengt, es waren daher leider nur Fragen im Chat möglich.

Begrüßung durch den Präsidenten der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG), Dr. Dietmar Weixler. In seiner Einleitung wies er auf die Diskrepanz zwischen den Daten des Bundesministeriums für Gesundheit und Daten aus ASCIRS zum assistierten Suizid hin. In der vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Bilanz vom 15. Dezember wird eine einstellige Zahl, also weniger als 10 durchgeführte assistierte Suizide angegeben. Auf ASCIRS wurden zu diesem Zeitpunkt bereits 15 vollendete assistierte Suizide gemeldet. Es wird vermutet, dass der Unterschied dadurch zustande kommt, dass einige assistierte Suizide bei der Totenbeschau nicht erfasst werden.

Seit 1. Jänner 2022 ist das Sterbeverfügungsgesetz in Österreich Inkraft. Im Unterschied zu anderen Ländern, leider ohne entsprechende Vorbereitung der betreffenden Berufsgruppen. Das hat in der Praxis zu viel Unsicherheit und auch zu überfordernden Situationen geführt. Die errichteten Sterbeverfügungen werden im Sterbeverfügungsregister erfasst. Von Seiten des Bundesministeriums waren aber weder ein detailliertes Monitoring, noch eine Analyse der praktischen Erfahrungen mit dem assistierten Suizid vorgesehen.

Deshalb hat die OPG mit ASCIRS eine Online-Meldeplattform errichtet. Dort können Berichte über Anfragen um Beihilfe zum Suizid, über abgebrochene Suizide und über durchgeführte assistierte Suizide eingereicht werden. Die Berichte erfolgen anonym. Nur wenn der Wunsch nach einer Rückmeldung von einer Fachperson aus dem ASCIRS-Team besteht, wird um Angabe einer E-Mail-Adresse ersucht, die natürlich streng vertraulich behandelt wird.

ASCIRS-Berichte

Bis zum 11. Jänner sind insgesamt 83 Meldungen eingelangt. 59 der eingereichten Berichte betreffen Anfragen um Beihilfe zum Suizid. 1 Meldung ist ein Bericht über einen abgebrochenen Suizid und 23 Berichte betreffen vollendete assistierte Suizide.

Die meisten Berichte betreffen Patient*innen mit Tumorerkrankungen oder mit neurologischen Erkrankungen. Bei 3 Anfragen um Unterstützung beim Suizid handelt es sich um Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen, 2 Berichte beziehen sich auf Personen mit COPD und 1 weiterer Bericht betrifft eine Person mit einem chronischen Schmerzsyndrom. 1 Person hatte keine schwere, lebensbegrenzende Erkrankung. Das Alter der Patient*innen liegt zwischen 43 und 97 Jahren

Motive für einen assistierten Suizid

Der bei weitem häufigste Grund für eine Anfrage um Beihilfe zum Suizid ist nicht, wie oft angenommen wird, der Autonomie-Verlust oder die Angst davor, - es ist das erlebte Leid,- den Berichten zufolge vermutlich oft in Form von existenziellem Leid. Das am zweit-häufigsten genannte Motiv für eine Anfrage um Suizidbeihilfe waren belastende körperliche Symptome der Erkrankung: Fast die Hälfte der anfragenden Personen, gab körperliche Krankheitssymptome als Grund für den Wunsch nach assistiertem Suizid an. Der Verlust der Autonomie oder die Angst davor, wurde 6 x genannt.

Nach 12 Anfragen wurde eine Sterbeverfügung errichtet, in 2 Fällen bestand die Sterbeverfügung bereits vor dem Ansuchen, in 12 Fällen ist nicht bekannt, ob eine Sterbeverfügung errichtet wurde. Nach 33 Anfragen kam es nicht zur Errichtung einer Sterbeverfügung.

Wenn sich fast 60% der Personen, die um einen assistierten Suizid anfragen, in letzter Konsequenz gegen die Errichtung einer Sterbeverfügung entscheiden, zeigt das auch die Bedeutung einer umfassenden Beratung über palliativmedizinische Optionen.

Auch bei den Motive zu den vollendeten assistierten Suiziden geführt haben, wurde das erlebte oder befürchtete zukünftige Leid am häufigsten genannt, aber auch unerträglich gewordene körperliche Symptome der Erkrankung.

Suizidmittel

Als Mittel zum assistierten Suizid wurde vom Gesundheitsministerium Natrium-Pentobarbital festgelegt. Laut den Berichten, wurde das Präparat meist oral verabreicht, in 4 Fällen wurde es intravenös appliziert. In welcher Form das Suizidmittel bereitgestellt wird, hängt nicht nur von der beabsichtigten Applikationsart ab, sondern auch vom geplanten Zeitpunkt der Einnahme. Die bereits fertige Lösung z. B. ist nur etwa einen Monat lang haltbar.

Bei den meisten assistierten Suiziden ist der Tod innerhalb weniger Minuten eingetreten. In einer Meldung wird berichtet, dass es mehr als 20 Minuten bis zum Versterben dauerte, in 2 weiteren Fällen war die Dauer bis zum Eintritt des Todes 4 bzw. 4 ½ Stunden.

Komplikationen

In der Fachliteratur wird im Zusammenhang mit assistierten Suiziden durch Natrium Pentobarbital über Komplikationen berichtet. Bei den uns bekannten 23 assistierten Suiziden gibt es keine Berichte über aufgetretene Komplikationen, mit Ausnahme der beiden Fälle, in denen es mit über 4 Stunden unerwartet lange bis zum Eintritt des Todes gedauert hat.

Sterbe-Orte

Der Sterbe-Ort war, wie vom Gesetzgeber vorgesehen, der private Bereich. 3 assistierte Suizide erfolgten in einem Pflegeheim, einer davon wurde heimlich durchgeführt. 1 assistierter Suizid wurde in einem Hospiz umgesetzt. Bisher haben wir keine Berichte über assistierte Suizide in einem Krankenhaus.

Beim AS anwesende Personen

Laut den ASCIRS-Berichten, waren bei fast allen assistierten Suiziden die Angehörigen oder Bezugspersonen der Patient*innen anwesend, in 4 Fällen war zusätzlich ein Arzt bzw. eine Ärztin präsent, in 3 Fällen war es eine Pflegeperson und in 2 Fällen waren die Patient*innen bei der Umsetzung des Suizides alleine.

Laut Gesetz ist die Anwesenheit eines Arztes oder einer Ärztin nicht erforderlich. Damit wird den hilfeleistenden Personen, - in den meisten Fällen sind das die Angehörigen - eine enorme Last aufgebürdet. Sie sind in der Situation weitgehend auf sich alleine gestellt und vor allem, wenn es zu Komplikationen kommt, kann das eine traumatische Erfahrung für sie bedeuten.

Gender-Perspektive

Betrachtet man die vorliegenden Berichte aus der Gender-Perspektive, fällt auf, dass sowohl die Anfragen, wie auch die umgesetzten assistierten Suizide deutlich mehr Frauen als Männer betreffen: In der Übersicht aller 83 Berichte zeigt sich, dass sich 1 Bericht auf eine diverse Person bezieht, 26 Berichte betreffen Männer und in 56 Berichten sind Frauen betroffen. Das deckt sich mit den internationalen Forschungsergebnissen und mit den Statistiken aus anderen Ländern. Für Frauen bestehen tatsächlich deutlich höhere geschlechtsspezifische Risiken hinsichtlich des assistierten Suizids.

Dafür sind mehrere Faktoren ausschlaggebend, wie etwa dass viele Frauen aufgrund der höheren Lebenserwartung verwitwet sind und daher häufiger unter Einsamkeit leiden, sie haben auch ein höheres Risiko für Altersarmut, Frauen bekommen nachweislich weniger soziale Unterstützung als Männer und Frauen nehmen sich häufiger als Last für andere wahr, wenn sie Hilfe brauchen.

Was hat sich durch das Sterbeverfügungsgesetz in der Praxis verändert?

- Positiv zu erwähnen ist, dass die Sensibilität für Sterbewünsche zugenommen hat. Das Wissen, dass Sterbewünsche bei schwerer Erkrankung eine normale Reaktion sind, dass diese Wünsche situationsabhängig und nur selten anhaltend sind, und dass sie auch Ausdruck des Bewältigungsprozesses sein können – dieses Wissen hat deutlich zugenommen.
- Das Sterbeverfügungsgesetz ist ohne entsprechende Vorbereitung der Praxis Inkraft getreten. Mit beträchtlichen Folgen für die betroffenen Gesundheitsberufe. Es besteht noch immer viel Unsicherheit. Vor allem auch deshalb, weil viele Dienstgeber ihren Mitarbeiter*innen keine klaren Handlungsrichtlinien zum Umgang mit Anfragen um Suizidbeihilfe zur Verfügung stellen. Ein Statement, wie „wir machen so etwas nicht“ reicht nicht aus. Kolleg*innen berichten, dass sie sich durch ein klares, generelles Nein der Organisation und auch des Teams am besten geschützt fühlen würden, allerdings wird es ethisch und moralisch als nicht vertretbar empfunden, die Patient*innen in ihrem Leid nicht zu unterstützen und sie damit alleine zu lassen.
- In vielen Teams kommt es zu Spannungen und Konflikten, weil Uneinigkeit darüber besteht, wie weit die Unterstützung von Patient*innen mit Wunsch nach Suizidassistenz gehen kann. Mitunter

wird schon die Beratung der Patient*innen fälschlich als Beihilfe eingestuft. Aus rechtlicher Sicht stellen die Information, die Aufklärung und Beratung der Patient*innen und auch die Feststellung der Entscheidungsfähigkeit keine Beihilfe zum assistierten Suizid dar. Auch die Verordnung des Präparates und der Begleitmedikation im Rahmen der ärztlichen Gespräche gilt nicht als Beihilfe. Als Beihilfe zum Suizid gewertet wird zum Beispiel die Beschaffung des Suizidmittels aus der Apotheke, oder auch das Legen einer intravenösen Leitung oder einer Magensonde.

Das derzeit größte Problem ist die Überforderung vieler Palliativteams. Die Beratung und Betreuung von Patient*innen mit einem Wunsch nach assistierten Suizid braucht viel Zeit – was eine zusätzliche Herausforderung für die ohnehin bereits überlasteten Palliative Care –Teams darstellt. Mehrere Palliativ-Teams berichten, dass sie die reguläre Betreuung oder die Qualität der Betreuung ihrer Patient*innen nicht mehr aufrechterhalten können, weil sie sehr viel Zeit für Anfragen rund um den assistierten Suizid aufwenden müssen.

Nach einem Jahr Sterbeverfügungsgesetz gibt es wichtige, ungelöste Fragen:

- Angehörige sollten bei einem assistierten Suizid nicht auf sich alleine gestellt sein. Aber wer bietet den Angehörigen vor, während und nach einem assistierten Suizid Unterstützung? Wer hilft beim Auftreten von Komplikationen?
- Wer kann die erforderliche Aufklärung und die Beratung über palliativmedizinische Alternativen leisten – ohne die bestehenden Palliativteams zusätzlich zu belasten?
- Wie können Strukturen für kurzfristig verfügbare Ethik-Beratungen der betroffenen Teams geschaffen werden?

Mögliche künftige Entwicklungen

Anträge auf Legalisierung der Tötung auf Verlangen wurden bereits angekündigt. Auch gibt es bereits Bestrebungen zur Aufhebung der Beschränkung auf schwer- und terminal erkrankte, erwachsene Personen – inklusive der Forderung nach Legalisierung des Alterssuizids.

Der assistierte Suizid wird oft als autonome „selbstbestimmte“ Entscheidung dargestellt. Die Berichte auf ASCIRS zeigen jedoch eindrucksvoll, dass das Schlagwort vom „selbstbestimmten Sterben“ nicht der Realität entspricht. Der Entschluss zum assistierten Suizid ist kaum eine rationale, bilanzierende Entscheidung. Es ist vielmehr eine Entscheidung, die aus tiefer Not, aus Angst, Verzweiflung und aus intensiver Leiderfahrung heraus getroffen wird.

Es ist daher wichtig zu verstehen, dass es beim assistierten Suizid weniger um einen autonomen Akt persönlicher Freiheit geht- und auch weniger um Selbstbestimmung oder um das Recht des Zeitpunkt des Todes zu wählen, es geht vielmehr um Ängste, um Leid und sehr oft auch um palliativmedizinische Unterversorgung.

➤ *Die Hälfte der Anfragen zum assistierten Suizid erfolgte aufgrund von unzureichend behandelten körperlichen Symptomen einer schweren Erkrankung. Bei den vollendeten assistierten Suiziden waren unerträgliche körperliche Symptome sogar in mehr als 3 / 4 der Fälle ein wesentlicher Faktor für die Entscheidung.*

Die Menschen haben Angst vor dem Leid am Lebensende. Mit Blick auf die prekäre Situation in der Pflege, insbesondere in der Altenpflege, sowie auf den zunehmenden Personalmangel im Gesundheitsbereich, ist zu erwarten, dass die Entscheidung zum assistierten Suizid künftig auch aufgrund unerträglicher Rahmenbedingungen in der Versorgung erfolgen wird.

Nach Übereinkünften der Vereinten Nationen, der European Association for Palliative Care, der International Association for Palliative Care, der Worldwide Palliative Care Alliance und Human Rights Watch ist der Zugang zu Palliativversorgung als ein Menschenrecht zu betrachten. (Rosa et al. 2021)

Auch wenn der assistierte Suizid ist zweifellos kostengünstiger als ein bedarfsgerechtes Angebot an palliativer Betreuung ist – müsste der seit Langem versprochene Ausbau palliativer Versorgung nicht primäre Ziel sein?

Im Anschluss an die Präsentation der ASCIRS-Ergebnisse berichtet Frau Prof. Dr. Claudia Bausewein über die aktuelle, noch unklare Situation der Suizidassistenz in Deutschland.

Einige Statements aus dem ASCIRS-Team

Dr. Mag. Angelina Falkner

Manche Berichte auf ASCIRS lenken die Aufmerksamkeit auf die organisationsethische Perspektive. Es ist essentiell, dass in Institutionen durch kollektive Auseinandersetzung ein guter Umgang mit dem Thema gefunden werden kann. Um einer Individualisierung der Thematik entgegenzuwirken braucht es entsprechende Reflexionsräume (z.B. Supervision, Fallbesprechungen, etc.).

Einen Teil kann auch die Entwicklung einer ethisch-kollegialen Teamkultur beitragen. Sie schafft gute Umgebungsfaktoren für viele informelle Unterstützungsmöglichkeiten. Eine kollegiale Basis kann nicht erst im Anlassfall gesucht oder aufgebaut werden, sondern es handelt sich dabei um einen kontinuierlichen Prozess, mit dem ein entsprechender Gewohnheitseffekt einhergeht. Unsicherheiten können dadurch reduziert werden und genau das ist ein Problem, was in vielen ASCIRS-Berichten erwähnt wird. Man ist emotional aufgewühlt und stellt das eigene Denken und Handeln dauernd in Frage.

Die Berichte auf ASCIRS zeigen die Problematik, wenn dieses Kollektiv und die damit möglichen Schutzfaktoren nicht da sind. Entweder wenn aufgrund der Berufsgruppe ein Team faktisch nicht da ist oder aufgrund der fehlenden vertrauensvollen Basis zwischen den Kolleg*innen. Es ist wichtig zu betonen, dass die Verantwortung für einen gelungenen Umgang mit einer herausfordernden Situation nicht nur bei der individuellen Person liegt, sondern auch bei der Organisation, der Leitung und darüber hinaus auch bei Berufsverbänden oder sonstigen Vereinigungen bzw. Vernetzungsstrukturen, wo ein fachlicher Austausch

möglich sein kann. Ohne formelle und strukturierte Prozesse kann sich keine Kultur entwickeln. Es braucht rahmengebende Leitlinien und eine Leitung mit offenem Ohr. Es braucht einen festgelegten Prozess, der sich regelmäßig und langfristig und damit nachhaltig dem Thema widmet. Denn immer wieder kommt auf ASCIRS genau diese Bitte um gegenseitige Unterstützung und Austausch.

Mag. Viktoria Wentseis

In den ASCIRS-Berichten zeigte sich für mich auf beeindruckende Weise, wie viele unterschiedliche Professionen von dem Gesetz betroffen sind und wie viele Unsicherheiten es von Anfang an gab und immer noch gibt. Was sich durch die Berichte aller Berufsgruppen durchzieht, ist eine patient*innenorientierte Haltung, die stark auf die Beziehungsebene fokussiert. Dadurch kommen möglicherweise auch viele in Bedrängnis - der Wunsch, in Beziehung zu sein, Hilfe anzubieten, Nöte ernst zu nehmen und wo möglich zu lindern, steht bei den in Palliative Care Tätigen an erster Stelle. Persönliche Wertehaltungen auf der einen Seite, zu geringe Ressourcen, um Menschen in palliativen Situationen ausreichend qualitativ zu versorgen gepaart mit Unsicherheit hinsichtlich der neuen Gesetzeslage auf der anderen Seite, führen zu inneren Konflikten Einzelner und Spannungen in Teams und/oder Organisationen.

Deutlich wird, dass der Implementierungsprozess zu kurz war, um ausreichend Sicherheiten zu schaffen und Personen ungefragt in Verantwortungen kamen, die sie nicht wollen und denen sie sich nicht gewachsen fühlen.

Auf der Ebene der Betroffenen werden sowohl Sterbewillige als auch deren Angehörige unzureichend unterstützt, so dass auch diese sich oft allein gelassen fühlen. Psychologische Unterstützung in diesen herausfordernden Situationen ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt in keinster Weise vorgesehen, meist auch nicht leicht organisierbar. Dies betrifft sowohl psychologische Begleitung kranker Menschen und derer Angehörige als auch die supervisorische Unterstützung von Expert*innen und Teams.

Aus psychologischer Sicht ist es aktuell von Bedeutung, die Nöte aller ernst zu nehmen. Betroffene und deren Angehörige sollen kompetente Begleitung erfahren, sich ernst genommen fühlen. Ebenso gilt dies auf der Seite der Expert*innen.

Hilfreich wäre es, von polarisierenden Grundsatzdiskussionen weg hin zu konstruktiven Lösungen und einer Klärung von Zuständigkeiten zu kommen. Palliative Care ist zutiefst bedürfnisorientiert, die Selbstbestimmung der Patient*innen steht an oberster Stelle. Gleichzeitig ist es weder das Ziel das Leben zu verlängern noch den Tod zu beschleunigen. Und es gibt viele Patient*innen, die genau diese Unterstützung erwarten und sich wünschen und davon profitieren können. In diesem Sinne ist es auch hinfällig darüber zu debattieren, ob die OPG den AS befürwortet oder nicht. Die OPG unterstützt als Interessensgemeinschaft und -vertretung all jene, die Palliative Care leben wollen und setzt sich für diese ein.

Einige Fragen aus dem Chat, die aus zeitlichen Gründen unbeantwortet bleiben mussten

F: Was ist "Leiderleben"?

A: Das Leid am Lebensende wird individuell erlebt und es entzieht sich daher einer einzigen allgemein gültigen Definition. Die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit kann alle bisher tragenden Strukturen und bisher bewährten Bewältigungsstrategien zusammenbrechen lassen und zu einer Erfahrung von tiefem Leid und existenzieller Verzweiflung führen. Es ist eine den Menschen in allen Facetten seines Seins bedrohende Erfahrung der Hilflosigkeit und des Ausgeliefert-Seins.

F: Worauf gründet sich die Annahme, dass es (von den Angehörigen Anm.) beschönigt dargestellt wird? Vielleicht ist es "schöner" als so manch anderes erlebte Sterben von anderen Angehörigen?

A: es ist richtig, dass einige Angehörige von negativen Erfahrungen beim Sterben von nahe-stehenden Personen berichten. Die Annahme, dass der assistierte Suizid im Nachhinein manchmal (!) beschönigend dargestellt wird, gründet sich auf die Beschreibungen einiger (nicht aller) Angehörigen. In Anbetracht der Erkenntnisse, dass eine vorzeitige Beendung des Lebens durch assistierten Suizid für die Angehörigen ein moralisches Dilemma und auch eine enorme emotionale Belastung bedeuten kann, liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei auch um eine Idealisierung handeln könnte.

F: Ist die "große Belastung der Palliativteams" mit AS-Themen eine anekdotische Evidenz oder gibt es dazu irgendein statistisches Material?

A: Dazu liegen uns Berichte von Palliative Care-Teams vor. Es gibt jedoch noch keine strukturierte Erfassung und Evaluation der Belastungen. Allerdings belegen auch internationale Erfahrungen, dass die Legalisierung des assistierten Suizids bzw. MAiD mit einer zusätzlichen Herausforderung und Belastung für Palliative Care –Teams verbunden ist (Mathews et al. 2021, Freeman et al. 2021, Ward et al. 2021).

F: Auch wenn ich mein Leiden durch AS verhindern/lindern will, kann das doch eine autonome Entscheidung sein?

A: Das kann durchaus sein, die ASCIRS-Berichte zeugen jedoch davon, dass die Entscheidung immer unter einem enormen Leidensdruck getroffen wurde. Wie „frei“ und „autonom“ der Entschluss zum AS vor diesem Hintergrund erfolgen kann, ist fraglich.

F: Was meines Erachtens bei der Betreuung der Pat mit Wunsch auf AS fehlt ist eine psychologische Betreuung. Ist da etwas geplant?

A: Auch aus unserer Sicht wäre eine psychologische Unterstützung der Patient*innen mit einem Wunsch nach AS erforderlich. Unseres Wissens gibt es aber nur die Empfehlung dazu.

Kommentar aus dem Chat: Weiters brauchen wir endlich auch aktive Sterbehilfe. Minderjährige und Ausländer dürfen ebenfalls nicht diskriminiert werden. Der Staat darf mich bei der Wahrnehmung meines Menschen- und Bürgerrechts nicht behindern. Dies bezieht sich z. B. auf die Möglichkeit mir Natrium-Pentobarbital frei beschaffen zu können.

A: Aus unserer Sicht ist eine Ausweitung des Sterbeverfügungsgesetzes auf Tötung auf Verlangen und auch auf Gesunde und Minderjährige strikt abzulehnen.

Kommentar aus dem Chat: Es kann kein Recht auf ein "schönes schnelles Sterben" geben. Dafür kann ein moderner Staat nicht zuständig sein.

A: Das ist richtig: es besteht kein Recht auf assistierten Suizid und damit auch keine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe.

F: Weiß man wie das gesellschaftliche Klima in dieser Frage aussieht? Wer ist Meinungsführer in der Frage? Steht eventuell eine Hand voll Meinung (Meinung 1: Palliativteams, Meinung 2: Betroffene (aktiv und passiv)) auf der einen Seite und "die Gesellschaft" (die in der Tat ggf. vom Thema unberührt ist) auf der anderen Seite?

A: Derzeit ist es eine sehr überschaubare kleine Gruppe, die eine Ausweitung des Sterbeverfügungsgesetzes fordert. Dem gegenüber steht die große Gruppe der im Hospiz- und Palliative Care-Bereich Tätigen, die in ihrer täglichen Arbeit erleben, dass Sterbe- und Suizidwünsche meist situationsbedingt und nur selten anhaltend sind. Erfahren die Patient*innen entsprechende Linderung ihrer Belastungen, reduzieren sich die Wünsche meist sehr rasch.

Die dritte und größte Gruppe ist die Öffentlichkeit, die wenig über die Möglichkeiten palliativer Behandlung weiß und sich von angstbesetzten Vorstellungen hinsichtlich des Sterbens leiten lässt. Die Möglichkeit der Einnahme einer giftigen Substanz und das Versprechen eines schnellen „selbstbestimmten“ Endes soll diesen Ängsten entgegenwirken. Es ist bemerkenswert, dass die Forderung nach einem niederschweligen Zugang zum assistierten Suizid deutlich stärker vertreten wird, als das Recht auf eine adäquate Palliativversorgung.

F: Das vom Staat vorgesehene häusliche Umfeld ist kein "sicherer Ort" für die Durchführung eines AS - gerade nicht bei Komplikationen! Wie könnte man "sichere Orte" schaffen mit professioneller Begleitung, die Komplikationen im Sinne einer comfort terminal Care lösen könnten, ohne dass man Institutionen wie z.B. Exit/Dignitas bräuchte, die damit (viel) Geld verdienen?

A: es ist eines unserer dringendsten Anliegen, dass Angehörige beim AS nicht alleine gelassen werden. Organisationen und Vereine wie in der Schweiz sind keine Lösung und sie sind in Österreich auch nicht vorgesehen. Um sowohl den suizidwilligen Patient*innen gerecht zu werden, als auch die betreffenden Mitarbeiter*innen zu schützen und zugleich die vorhandenen Ressourcen der Palliative Care-Teams nicht zu überfordern, haben sich in einigen Ländern spezielle Teams für die Suizidassistenz etabliert. Diese multiprofessionellen Teams bieten Unterstützung für die Patient*innen und ihre Angehörigen - von der Antragstellung bis hin zur Umsetzung des assistierten Suizides. Die Teams, bestehend aus Medizin, Pflege und psychosozialen Berufen, werden für diese Aufgabe umfassend geschult.

F: Ist da etwas dran, dass eine private Pflegegruppe Räumlichkeiten für AS vermieten will?

A: Davon ist uns nichts bekannt.

F: Frage: Gibt es Überlegungen in Österreich / von der OPG ein (zumindest limitiertes) Angebot an Supervision für Suizidant*innenbegleiter*innen zu etablieren?

A: Wir halten eine supervisorische Reflektion/Begleitung für äußerst wichtig. Ein solches Angebot würde den Rahmen und auch die Möglichkeiten der OPG bei weitem übersteigen. Supervisorische Unterstützung der Mitarbeiter*innen liegt in der Verantwortung des Dienstgebers.

F: Bedeutet der Bericht von Dr. Weixler, dass Eingaben in ASCIRS nicht vertraulich behandelt werden?

A: Keineswegs, die Wahrung der Vertraulichkeit und der Anonymität nehmen wir sehr ernst! Nachdem in einem Bericht geschildert wurde, dass die Patientin mit ihrer Anfrage im Krankenhaus

mit dem Hinweis weggeschickt wurde, dass man darüber nicht einmal spreche, hat sich Herr Dr. Weixler nach den Vorgaben in dieser Institution erkundigt, ohne diesen Fall anzusprechen. Es hat sich herausgestellt, dass die Mitarbeiter*innen dieser Institution über klare Handlungsanleitungen zu Anfragen um AS verfügen.

Kommentar aus dem Chat: Der EGMR hat den Einzelstaaten überlassen, welche nationale Regelungen sie vornehmen - es gibt laut EGMR kein Recht eines Bürgers, dass der Staat "Suizid" zur Verfügung stellt. Ergänzung: Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat erst 2011 in einem Streit um Beihilfe zum Suizid entschieden, dass ein Staat nicht zu Suizid-Beihilfe verpflichtet ist (Urteil Haas vs. Schweiz, 20. 01. 2011).

F. Wo im privaten Bereich / Spital / Pflegeheim sollte die Dosis gelagert werden.

A: §11 (4) Die sterbewillige Person und die Hilfe leistende Person, der das Präparat ausgefolgt wurde, haben das Präparat durch geeignete, den jeweiligen Umständen entsprechende Maßnahmen gegen eine unbefugte Entnahme zu sichern. Befindet sich in der Verlassenschaft eines Verstorbenen ein Präparat, so ist dies von jedem, der das Präparat auffindet, unverzüglich der Bezirksverwaltungsbehörde anzuzeigen.

F: Herr Dr. Weixler. Können Sie sich prinzipiell vorstellen, dass die OPG in den nächsten Jahren von der kategorischen Ablehnung des AS wekommt?

A: Solange ich (D.Weixler) Präsident der OPG bin, mit Sicherheit nicht.

Kommentare aus dem Chat: DANKE, dass ihr uns stützt!!

@Weixler und Kreye: Gut so!

Herzlichen Dank für das klare Statement seitens der OPG!!!

Wir entschuldigen uns für die Verzögerung bei der Zusendung dieser Zusammenfassung des Webinars und wir danken allen Teilnehmenden für Ihr Interesse.

Angelika Feichtner
Für das ASCIRS-Team

Literatur:

Rosa, W. E., Ferrell, B. R., & Mason, D. J. (2021). Integration of Palliative Care Into All Serious Illness Care as A Human Right. *JAMA Health Forum*, 2(4), e211099. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.1099>

Hammond-Thrasher, F. (2020) Medical Assistance in Dying: A Gendered Issue in Canada. *Spectrum* Iss. No. 6

Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., Vanden Berghe, P., & on behalf of the board members of the EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104–116.
<https://doi.org/10.1177/0269216315616524>

Reed, Fay Carol/Staudacher, Diana (Hrsg.): Pflegekonzept Leiden. Leiden erkennen, lindern und verhindern, Bern: Huber 12013.

Wedler, H. (2017). *Suizid kontrovers: Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft* (1. Auflage). Verlag W. Kohlhammer.

Freeman S, Banner D, Ward V (2021): Hospice care providers experiences of grappling with medical assistance in dying in a hospice setting: a qualitative descriptive study. In: *BMC palliative care* 20 (1), S. 55. doi:10.1186/s12904-021-00740-3.

Mathews J J, Hausner D, Avery J, Hannon B, Zimmermann C, Al-Awamer A (2021): Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A qualitative study. In: *Palliative medicine* 35 (2), S. 447–454. doi:10.1177/0269216320968517.

Ward V, Freeman S, Callander T, Xiong B (2021): Professional experiences of formal healthcare providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review. In: *Palliative & supportive care*, S. 1–15. doi:10.1017/S1478951521000146.

