

# Das neue Sterbeverfügungsgesetz und die Folgen | AHOP-news

Niemand ist zur Suizidassistenten verpflichtet

**Suizid- oder Sterbewünsche** sind komplex und müssen differenziert betrachtet werden. Mit Todeswünschen umzugehen braucht **professionelle Kompetenz**.

Es ist wichtig, PatientInnen **frühzeitig Möglichkeiten der palliativen Symptomlinderung** und **psychosozialen Unterstützung** anzubieten.

Der Entscheid des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) im Dezember 2020, das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aufzuheben, bedeutet eine Zäsur. Bislang galt der Tod dann als menschenwürdig, wenn alles unternommen wird, um Menschen in Krankheit und existenziellen Krisensituationen ihre Angst zu nehmen, Schmerzen zu lindern und Beistand zu leisten. Nun steht auch Tötung als mögliche Option im rechtlichen Raum. Damit wird das bisherige Selbstverständnis von Medizin und Pflege in Frage gestellt. Die Berufsgruppen sind darauf noch kaum vorbereitet, auch das Vorgehen innerhalb der Institutionen ist weitgehend offen. Der Gesetzgeber hatte weniger als 12 Monate Zeit, einen Entwurf vorzulegen, der vor Missbrauch schützen soll. Dies ist nur zum Teil gelungen, wie die zahlreichen Stellungnahmen zum „Sterbeverfügungsgesetz“ (StVfG) zeigen.

**Ein Gesetz mit vielen Fragezeichen:** Bei genauerem Hinsehen ergeben sich nämlich zahlreiche Fragezeichen:

1. Suizidgefährdete müssen laut Gesetz über Palliativ- und sonstige Angebote aufgeklärt werden. Sterbenskranke brauchen aber vor allem einen praktischen und direkten Zugang zu Palliative Care. Dieser ist jedoch nicht gegeben. Wer von einer „Autonomie zum Suizid“ spricht, muss auch *„Wahlfreiheit zum Leben“* ermöglichen. Solange ein flächendeckendes und wohnortnahes Palliativ- und Hospizangebot fehlt, ist diese nicht gegeben.
2. Dass laut Gesetzesentwurf just jene beiden Ärzte, die über Auswege und Alternativen zum Suizid informieren, zugleich aufklären sollen, wie das tödliche Gift wirkt und in welcher Dosierung es einzunehmen ist, ist unzumutbar. Sollen sie bei diesem „Verwaltungsakt“, dessen Ziel die „Freigabe“ für einen Suizid ist, mitwirken? Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte halten das für unvereinbar mit ihrem Berufsethos. Hier sollte es eine *strikte Trennung* zwischen denen geben, die über Alternativen beraten, und jenen, welche die eigentliche Aufklärung über eine Suiziddurchführung vornehmen.
3. Der „freie und selbstbestimmte Entschluss“ soll nur zum Zeitpunkt des Errichtens einer Suiziderklärung überprüft werden. Doch *Freiheit lebt von Voraussetzungen*, und in suizidalen Krisen sind Wünsche ambivalent. Gerade bei schwerer Erkrankung sind Menschen besonders auf Unterstützung angewiesen und verletzlich. Eine große Rolle spielt dabei, welche konkreten Angebote und Hilfen ihnen ihre Umgebung aufzeigt und ermöglicht. Deshalb setzte sich in der Medizin- und Pflegeethik der Begriff der *„relationalen Autonomie“* durch. Kein Suizidaler ist eine autonome Insel. Die Suizidforschung zeigt, dass bei 90 % aller Suizidfälle eine behandelbare psychiatrische Erkrankung zugrunde liegt. Altersdepressionen bleiben bis

heute häufig unerkannt.

4. Welche *moralischen Konflikte* („moral distress“) werden der Pflege in Zukunft zugemutet? Vielleicht nähern sich Angehörige und sagen, dass ihre Oma noch gar nichts von der Möglichkeit einer Suiziderklärung weiß ... – ob man sie nicht darüber „informieren“ sollte? Optionen schaffen Druck: Werden die Grenzen zwischen Information, Animation und Werbung fließend? Was tun, wenn der/die Betroffene das Natrium-Pentobarbital, das vom Sterbehilfverein abgeholt wurde, in einer Pflegeeinrichtung einnimmt, aber wieder aufwacht, sich übergibt und die selbst induzierte Agonie sich über Stunden oder – wie im US-Bundesstaat Oregon berichtet<sup>1</sup> – bis zu zwei Tage qualvoll hinzieht? Zuschauen? Den Notarzt rufen?

## Druck auf ältere Menschen steigt

Es ist bedauerlich, dass der Gesetzgeber auch Personen mit einer schweren, dauerhaften, aber nicht lebensbedrohlichen Krankheit als Zielgruppe des StVfG nennt. Die gefährdetste Gruppe dabei sind nämlich Ältere und Hochaltrige. Auf diese wird der Druck *eines sozialverträglichen Frühablebens* steigen. Ältere Menschen sind chronisch beeinträchtigt, sehen und hören schlecht, leiden an Rheuma, Altersdiabetes und können vielleicht die Wohnung nicht mehr allein verlassen. Sie fühlen sich vereinsamt, als Last und als Kostenfaktor. Vielleicht steckt auch eine *unentdeckte Altersdepression* dahinter. Ist dieses schwere anhaltende Leiden schon hinreichend für einen begleiteten Alterssuizid? Wohin dieses Konzept führt, zeigt die Schweiz. Dort verdreifachte sich die Zahl der assistierten Suizide seit 2010<sup>2</sup>, mit 1.176 liegt diese Zahl bereits über der Anzahl der „normalen“ Suizide (1.002). 88,5 % aller assistierten Suizide werden von Senioren (65+) begangen. Verliert die Gesellschaft die Geduld mit den Alten?

## Lernen, mit Todeswünschen umzugehen

Angesichts der neuen Gesetzeslage zur Beihilfe zum Suizid stellen sich Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und MitarbeiterInnen in Langzeit-, Hospiz- und Palliativ-einrichtungen die Frage, wie sie mit Todeswünschen von PatientInnen umgehen sollen. Gespräche über den Tod, über das Sterben und über Wünsche für das Lebensende sind vielfach selbst in Krankenhäusern und Pflegeheimen ein *Tabu*. Wie werden Sterbewünsche überhaupt wahrgenommen? Was bedeuten sie? Wie soll man darauf reagieren? Wie werden zeitliche Ressourcen für diese Gespräche strukturell eingeplant und ermöglicht? Es gibt ganz unterschiedliche Arten und Ausprägungen von Todeswünschen mit unterschiedlichem Handlungsdruck und verschiedenen Funktionen. *Nicht jeder Mensch, der einen Sterbewunsch äußert, will auch wirklich sterben*. Daher sollten Suizid- oder Sterbewünsche nicht als pure Handlungsaufforderung verstanden werden. Im Umgang mit PatientInnen mit Todeswünschen empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP, September 2021) Folgendes:<sup>3</sup>

**1. Wahrnehmen:** Todeswünsche und Wünsche nach Suizidhilfe sollten wahrgenommen und entsprechende Andeutungen proaktiv angesprochen werden. Das wird von vielen als Erleichterung empfunden. Es braucht dazu eine Haltung des Respekts, der Offenheit und des Mitgefühls im Gespräch über Todeswünsche. Diese bedeutet nicht notwendigerweise eine Zustimmung zur aktiven Beendigung des Lebens.

**2. Verstehen:** Was steckt hinter dem Todeswunsch? Er kann unterschiedliche Motivationen haben: Manifestation eines Lebenswunsches, Erleben einer unerträglichen akuten Situation, der man sich entziehen will, Wunsch nach letzter Kontrolle, nach Aufmerksamkeit, Ausdruck von Altruismus, Manipulation der Familie, um Einsamkeit vorzubeugen, ein Schrei der Verzweiflung usw.<sup>4</sup>

**3. Angebote machen:** Auslöser für einen Suizidwunsch ist häufig nicht die aktuelle Belastung durch die Symptome, sondern „die Angst vor dem Leid, das noch kommt (nicht die Atemnot heute, sondern die Angst vor dem Ersticken, wenn die Atemnot in Zukunft noch stärker wird)“. PatientInnen sollten daher rechtzeitig über die *Möglichkeiten der Symptomlinderung in der Palliativversorgung* und über *psychosoziale Unterstützungsangebote* informiert und beraten werden. Dazu gehört auch die Möglichkeit einer *palliativen Sedierung*. Das Wissen um diese „Letztversicherung“ biete auch PatientInnen mit Ängsten vor zukünftig befürchteten Symptombelastungen die wichtige Sicherheit einer Linderungsperspektive, heißt es in den DGP-Empfehlungen.

**4. Suizidprävention:** In der Praxis wenden sich auch Menschen ohne schwere Erkrankungen an MitarbeiterInnen in Gesundheitsberufen mit der Bitte um Suizidassistenten. Betroffenen sollte der Kontakt zu niederschweligen Einrichtungen der Krisenintervention und Suizidprävention ermöglicht werden.

## Ausblick

Das neue Sterbeverfügungsgesetz führt in zahlreiche Dilemmata. Einerseits soll Suizidprävention geleistet, andererseits sollen Suizidwünsche respektiert und ermöglicht werden, indem jemand quasi zum Suizid „freigegeben“ wird. Das ist *für Heilberufe eine Grenzüberschreitung*. Daher ist niemand, auch keine Einrichtung, zur Suizidassistenten verpflichtet. Sterbewünsche am Lebensende sind komplex. Komplexe Situationen brauchen komplexe Hilfen, keine einfachen Antworten. Es ist ein Gebot der Stunde, dass sich Gesundheitsberufe verstärkt im Umgang mit Suizid- und Sterbewünschen sowie im Bereich Palliativ Care fortbilden. **Wenn nichts mehr zu machen ist, gibt es noch viel zu tun (Cicely Saunders)**. Solidarität leben heißt, auch an den Grenzen des Lebens zusammenzustehen.

1. [www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATION...YACT/Documents/year23.pdf](http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATION...YACT/Documents/year23.pdf)
2. Statistisches Bundesamt, Schweiz (Pressemitteilung, 14. 12. 2020)
3. [www.dgpalliativmedizin.de/category/186-stellungnahmen-2021.html](http://www.dgpalliativmedizin.de/category/186-stellungnahmen-2021.html)
4. Lindner R, Voltz R, Praxismaterial „Todeswünsche“, Praxisbeilage zu Ausgabe Praxis PalliativeCare 50/2021