

Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende - Selbstbestimmtes Sterben im geriatrischen Setting

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“
an der Ferdinand Porsche FernFH

Margit Nemeth

Matrikelnummer: 00867831

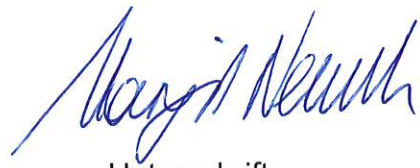
Begutachter: Mag. Roland Nagel MBA

Wr. Neustadt, 18. September 2022

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

18. September 2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maya Neumann', written in a cursive style.

Unterschrift

Abstract

Nachdem im Jänner 2022 der assistierte Suizid in Österreich legalisiert wurde, stehen unter anderem stationäre Pflegeeinrichtungen vor der Frage, wie man mit der Gesetzesänderung in der Praxis umgehen soll. Diese rechtliche Änderung beeinflusst alle Menschen, insbesondere pflegende Angehörige sowie Pflegefachkräfte, die schwer erkrankte, sterbende Menschen begleiten. Eine intensive Auseinandersetzung mit den Themen Autonomie, Selbstbestimmung und assistierter Suizid hat begonnen und der Einsatz verschiedener Konzepte und Instrumente wird diskutiert.

Die vorliegende Arbeit listet die Instrumente der vorrausschauenden Planung zur Unterstützung der Autonomie und Selbstbestimmung auf, versucht darzulegen wie Palliative Care Selbstbestimmung und Autonomie fördert und zeigt die Folgen der Möglichkeit einen Assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, auf.

Im ersten Teil der Arbeit werden die wichtigsten Begriffe wie Selbstbestimmung, Autonomie, Patientenverfügung oder Palliative Care vorgestellt und diskutiert, im zweiten Teil werden die Instrumente der vorausschauenden Planung zur Unterstützung von Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende im Detail diskutiert. Methodisch wird eine Literaturrecherche angewendet.

Schlüsselbegriffe: Selbstbestimmung, Assistierter Suizid, Instrumente der vorrausschauenden Planung

Abstract

After assisted suicide was legalized in Austria in January 2022, inpatient care facilities are faced with the question of how to deal with it. This legal change affects all people, especially caregivers and nurses who accompany seriously ill, dying people. An intensive examination of the topics of autonomy, self-determination and assisted suicide has begun and the use of various concepts and instruments is being discussed. This thesis lists the tools of proactive planning to support autonomy and self-determination, attempts to explain how palliative care promotes self-determination and autonomy, and shows the consequences of resorting to assisted suicide.

In the first part of the work, the most important terms such as self-determination, autonomy, living wills or palliative care are presented and discussed, in the second part the instruments of forward-looking planning to support autonomy and self-determination at the end of life are discussed in detail. A literature search is used methodologically.

Keywords: self-determination, assisted suicide, tools of proactive planning

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Forschungsfragen	1
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit	3
1.3	Methode	3
2	Selbstbestimmung und Autonomie	4
2.1	Selbstbestimmung	4
2.2	Autonomie	5
2.3	Differenzierung Autonomie und Selbstbestimmung	6
3	Instrumente der vorausschauenden Planung	8
3.1	Patientenverfügung	9
3.1.1	Verbindliche Patientenverfügung	10
3.1.2	Nicht-verbindliche Patientenverfügung / andere Patientenverfügung	11
3.2	Erwachsenenvertretung und Vorsorgevollmacht	11
3.2.1	Gewählte Erwachsenenvertretung	12
3.2.2	Gesetzliche Erwachsenenvertretung	12
3.2.3	Gerichtliche Erwachsenenvertretung	13
3.3	Vorsorgedialog	16
4	Palliative Care und HPCPH	20
4.1	Palliative Care	20
4.1.1	Definition	20
4.1.2	Ziele von Palliative Care	22
4.1.3	Zielgruppe	22
4.2	HPCPH	24
5	Assistierter Suizid und Palliative Care	26
5.1	Beihilfe zur Selbsttötung - assistierter Suizid	26

5.2 Sterbeverfügung	26
5.3 Palliative Begleitung und Beratung bei Suizidwunsch	28
6 Diskussion und Ausblick	31
7 Literaturverzeichnis	33

1. Einleitung

1.1. Problemstellung und Forschungsfragen

Im Jänner 2022 wurde der assistierte Suizid in Österreich legalisiert. Dadurch müssen sich aktuell alle Träger stationärer Pflegeeinrichtungen mit der Thematik Autonomie, Selbstbestimmung und assistierter Suizid intensiv auseinandersetzen.

Am 11.12.2020 veröffentlichte der Verfassungsgerichtshof ein Statement, dass der Strafbestand „Hilfeleistung zum Selbstmord“ das Recht auf Selbstbestimmung verletzt und daher zukünftig verändert werden soll. Diese Entscheidung beeinflusst alle Menschen, insbesondere pflegende Angehörige sowie Pflegefachkräfte, welche schwer erkrankte, sterbende Menschen begleiten. Das Recht auf Selbstbestimmung ist gesetzlich mehrfach verankert, und ermöglicht entscheidungsfähigen Personen jede pflegerische als auch therapeutische Interventionen abzulehnen, selbst wenn diese Entscheidung nicht verständlich oder den Tod mit sich bringt (Halmich, 2021, S. 14).

Die Lebenserwartung der Menschen wird Dank des laufenden Fortschrittes der Medizin immer höher und damit verbunden steigt auch die Lebensqualität (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 9). Aber nicht nur die allgemeine Lebenserwartung ist seit Ende des zweiten Weltkriegs signifikant gestiegen, sondern es gelang auch die ambulante Versorgung deutlich auszubauen. Dadurch wird es Menschen mit Betreuungsbedarf ermöglicht, sehr lange in ihrer gewohnten Umgebung zu verweilen. Der Zeitpunkt des Übertritts in eine institutionelle Einrichtung erfolgt daher zu einem späterem Lebenszeitpunkt - in einem Zustand der fortgeschrittenen Multimorbidität und mit höherer Pflegebedürftigkeit. Das heißt, da der Heimeintritt oft in einem sehr hohen Alter und somit in einem schlechteren Zustand erfolgt, hat sich auch die durchschnittliche Verweildauer in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung im vergangenen Jahrzehnt drastisch reduziert (Kojer & Schmidl, 2016, S.179).

Mit dem zunehmenden Alter steigt auch Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken. Gerade die Pflege und die Betreuung von Hochaltrigen mit einer demenziellen Erkrankung ist eine anspruchsvolle Aufgabe. In Österreich haben mittlerweile etwa 70% der Heimbewohner*innen eine Demenzdiagnose. Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz können sich nicht mehr mit den gebräuchlichen Kommunikationsmitteln ausdrücken. Sie können Schmerzen nicht zuordnen, sind in allen Bereichen desorientiert, können ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht mehr kommunizieren. (Hospiz Österreich, 2017b, S. 2f). Je fortgeschrittener die dementielle Erkrankung ist, umso herausfordernder ist es diese Menschen selbstbestimmt in ihrem letzten Lebensabschnitt zu begleiten.

Durch den späteren Heimeintritt (Lang, 2018, S. 21) in einem schlechteren Allgemeinzustand (Kojer & Schmidl, 2016, S. 179) und der daraus resultierenden kürzeren Verweildauer werden Pflegeeinrichtungen zusehends Orte des Sterbens. Verstarben im Jahr 1990 noch 5,8% der Menschen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, so waren es im Jahr 2016 bereits 18,6% (Lang, 2018, S.21).

Dies ist der Grund, warum Palliative Care in den letzten Jahren zusehends in stationären Langzeiteinrichtungen Einzug gehalten hat (Kojer & Schmidl, 2016, S. IX). Denn gerade unter diesen Umständen ist die Wahrung der Selbstbestimmung für ein Leben und Sterben in Würde eine fordernde Aufgabe.

Dazu ergibt sich folgende Forschungsfrage:

- Welche Instrumente der vorrausschauenden Planung unterstützen die Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende im geriatrischen Setting?

1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Zielsetzung ist die Instrumente der vorrausschauenden Planung zur Unterstützung der Autonomie und Selbstbestimmung vorzustellen, darzulegen wie Palliative Care Selbstbestimmung und Autonomie fördert und die Folgen des Rechts des Betroffenen, die Möglichkeit eines assistierten Suizides in Anspruch zu nehmen, zu diskutieren.

1.3 Methode

Das methodische Vorgehen der zur Erreichung des Ziels und Beantwortung der Forschungsfrage ist eine Literaturrecherche zur Thematik „Selbstbestimmung am Lebensende“. Es werden relevante Begriffe erklärt und auf Hospiz und Palliative Care in Langzeitpflegeeinrichtungen eingegangen und die Instrumente der vorrausschauenden Planung vorgestellt.

Es wurde in Datenbanken der Ferdinand Porsche Fern FH, der Bibliothek des FH Campus Wien, Springerlink, elektronischen Zeitschriftendatenbanken, Metadatenbanken, Pubmed und Google Scholar recherchiert. Folgende Suchbegriffe wurden dazu eingesetzt: Autonomie, Selbstbestimmung im geriatrischen Setting, Palliative Care, Palliative Geriatrie, Sterbehilfe, Vorsorgedialog, Instrumente der vorrausschauenden Planung, Geriatrie, Patientenverfügung, Sterbeverfügung. Um die Aktualität der Suchergebnisse / Literatur zu gewährleisten wurden die Suche auf 2016 bis 2021 beschränkt.

1 Selbstbestimmung und Autonomie

2.1 Selbstbestimmung

Das Prinzip Selbstbestimmung hat gerade für Menschen mit schweren Erkrankungen aber auch für Menschen, welche sich in der Sterbephase befinden, einen wichtigen Stellenwert (Walper & Theißing, 2020, S. 10). Der Wert der Selbstbestimmtheit wird individuell oftmals erst bei Verlust erkannt. Dies macht sich bemerkbar, wenn Menschen in eine gesundheitlich schwierige Situation geraten und das Überleben oder Weiterleben ohne fremde Hilfestellung nicht mehr möglich ist (Kotsch & Hitzler, 2011, S. 69). In der Pflege, als auch im medizinischen Versorgungsbereich hat sich der Begriff der Selbstbestimmung zu einem wichtigen Leitgedanken entwickeln können. Die Verankerung in Sozialgesetzbüchern, Patientencharten bestätigt diesen Umstand genauso wie die Erwähnung in Leitbildern von Sozialeinrichtungen, Einrichtungen für behinderte Menschen und Pflegeheime für nicht-demenziell und demenziell erkrankte Menschen (Kotsch & Hitzler, 2011, S. 69f). Der Begriff Selbstbestimmung spielt aber auch in politischen und gesellschaftlichen Diskussionen eine Rolle. Es geht oft darum, subjektiven Wünschen Ausdruck zu verleihen, sowie möglichst viele Handlungsoptionen zu haben (Walper & Theißing, 2020, S. 10).

Was aber beinhaltet Selbstbestimmung?

Selbstbestimmung beinhaltet Achtung vor Diversität von Einstellungen, den eigenen Werten, der eigenen Krankheitsverarbeitung, individuelles Verständnis von Leiden sowie das individuelle Empfinden von Würde. Diese Facette von Selbstbestimmtheit bezieht sich auf das Verständnis und der Selbstbestimmtheit von Menschen in ihrer finalen Lebenslage. Sinkt die Wahrscheinlichkeit einer Wiederherstellung der körperlichen Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, so besteht trotzdem das Recht auf Selbstbestimmtheit. Selbst dann, wenn das Bedürfnis nicht mehr mitgeteilt werden kann (Walper & Theißing, 2020, S. 28).

Selbstbestimmung darf als Instrument angesehen werden, welches zur Wunsch- und Bedürfniserfüllung aber auch Schadensabwendung eingesetzt werden kann. In Bezug auf medizinische Behandlungen wird Selbstbestimmung als bedeutend erachtet. Eine medizinische Behandlung darf nur nach Zustimmung der / des Betroffenen erfolgen. Parallel dazu beinhaltet Selbstbestimmung aber ebenso das Recht auf Behandlungsverzicht, auch wenn dieser für Dritte nicht nachvollziehbar erscheint. Dieses Grundprinzip von schwer erkrankten Personen sollte stets geachtet werden. Es kann aber nur geachtet werden, wenn der Patientenwille bekannt ist. Ermittelt wird dieser durch eine vertiefte Beschäftigung und laufende Kommunikation mit der betroffenen Person. Gerade in kritischen Momenten am nahenden Lebensende ist der Patientenwille oftmals durch geistige und oder körperliche Beeinträchtigungen nicht mehr unmittelbar zu erkennen. Kann der sterbende Mensch seinen Willen nicht mehr äußern, so kann seitens Medizin und Pflege dem Selbstbestimmungsrecht nur mehr im Einklang mit dem mutmaßlichen Willen begegnet werden (Bioethikkommission, 2011, S. 4). Daher haben im geriatrischen Setting die Instrumente der vorrausschauenden Planung einen wichtigen Stellenwert.

Es gibt jedoch Situationen, in welchen der Wille der Betroffenen nicht als unmittelbare Maßgabe gilt. Und zwar, wenn die Person Maßnahmen einfordert, welche unwirksam, nicht zweckentsprechend, nicht mit dem geltenden Recht oder der ärztlichen Gewissenshaltung oder Standesordnung zu vereinbaren sind. (Bioethikkommission, 2011, S. 4). Auch in medizinischen Notfallsituationen kann eine lebensrettende Intervention ohne den Willen erfolgen, sofern nicht ausreichend Zeit verbleibt den gesetzlichen Vertreter zu konsultieren (Bioethikkommission, 2011, S. 7).

2.2 Autonomie

Die Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung werden im Alltag oftmals synonym eingesetzt (Haas-Schranzhofer, 2016, S. 22). Nichtsdestotrotz sind Selbstbestimmung und Autonomie Begriffe mit einer vielfältigen Variabilität (Walper & Theißing, 2020, S. 45).

Autonomie bezeichnet die Fähigkeit eines Menschen seinen Willen kundzutun und diesen im Einklang mit seinen Werten und seiner Auffassung bzw. seinen Vorstellungen zu leben. Sie ist beeinflusst vom Wissensstand des Menschen und seinen gegenwärtigen Umständen. Sie beinhaltet die Offenheit und die Fähigkeit der betroffenen Person Verantwortung für die eigene Lebensgestaltung und für das eigene Sterben zu tragen. Autonomie bezieht sich jedoch nicht nur auf die Person selbst, sondern umfasst auch die Verantwortung anderen Personen gegenüber (Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2017, S. 8)

Der Autonomiebegriff umfasst laut Kant, dass Menschen fähig sind moralisch so zu handeln, dass die für sich selbst geltenden Gesetze auch für alle Menschen gelten sollen. Somit ist Autonomie ein weitführendes Konzept, welches über die individuelle Selbstbestimmung hinaus reicht (Walper & Theißing, 2020, S. 26).

Der Respekt vor der Autonomie eines Menschen sowie das Recht auf Wahrung der Selbstbestimmung haben eine bedeutende Stellung nicht nur im Rechtsstaat, sondern auch in sämtlichen Gebieten der modernen Medizin (Hoffmann & Knaup, 2015, S. 146). Dies macht sich durch die Tatsache bemerkbar, dass alle medizinischen Maßnahmen, sei es auch nur eine Blutabnahme, nur mit Zustimmung des Betroffenen durchgeführt werden dürfen. Eine Zustimmung ist auch für die Gabe von Nahrung gültig, sei es intravenös oder mittels Magensonde (Hoffmann & Knaup, 2015, S. 147). Oftmals wünschen Menschen nach einer langen Leidensgeschichte auf Grund der Angst vor dem was noch auf sie zukommen kann, sterben zu können. Gelingt es diesen Menschen die Ängste zu nehmen, so verblasst auch der Wunsch nach Suizid oftmals (Hoffmann & Knaup, 2015, S. 149)

Hier beginnt der Ansatz bzw. das Prinzip der Palliative Care seinen Wirkungsbereich, worauf die Autorin später im Kapitel 5 näher eingehen wird.

2.3 Differenzierung Autonomie und Selbstbestimmung

Der Philosoph Jan. P. Beckman versteht Autonomie als grundsätzliche Verfasstheit, welche für Dritte nicht verfügbar ist und einem passiven Charakter zugeschrieben ist.

Selbstbestimmtheit sieht er als eine dynamische aktive Verwirklichung des individuellen Willens (Walper & Theißing, 2020, S. 26f, zit. n. Trum & Stowasser, 2015, S. 43). Autonomie wird als unvernderbarer Status betrachtet, welcher dem Individuum weder zu- noch abgesprochen werden kann. Selbstbestimmung wird als aktive Handlung des individuellen Menschen verstanden (Walper & Theißing, 2020, S. 30).

Die Betrachtungsweise Autonomie als grundsätzlichen Zustand zu sehen, ist für ethische Entscheidungen in der Praxis nicht unterstützend. Selbstbestimmtheit als aktive Handlung jedoch gibt die Möglichkeit ethisch Entscheidungen zu diskutieren (Walper & Theißing, 2020, S. 28).

In Pflegekonzepten hat sich die ressourcenfrdernde Pflege durchgesetzt, bei welcher die Selbstständigkeit möglichst lange erhalten oder wieder ermöglicht werden soll. In Palliative Care wird nicht die körperliche Selbstständigkeit angestrebt, sondern primär die Möglichkeit selbstbestimmt Entscheidungen betreffend der Themen Diagnostik, Therapie und pflegerische Versorgung zu erlangen. Weiters soll in krisenhaften Lebenssituationen, ausgelöst durch lebenslimitierende Erkrankungen, auf die inneren Ressourcen fokussiert und Bewältigungsstrategien entwickelt werden (Walper & Theißing, 2020, S. 27).

In der Palliativen Pflege hat Selbstbestimmung somit eine hohe Wertigkeit, welche nicht in Frage zu stellen ist. Gerade am Lebensende werden Therapiemaßnahmen zur Lebensverlängerung in ihrer Sinnhaftigkeit hinterfragt und gelangen dadurch in den Hintergrund. Ist dies passiert, so rückt die Frage nach der Lebensqualität an erste Stelle (Walper & Theißing, 2020, S. 10).

Selbstständigkeit versus Selbstbestimmtheit

Selbstständigkeit wird oft mit Selbstbestimmtheit gleichgesetzt. Selbstständigkeit wird aber von körperlichen und physischen Einschränkungen beeinflusst und ist somit durch den physischen Zustand begrenzt, Selbstbestimmtheit jedoch nicht.

Diese kann, vor Verlust der kognitiven Leistungsfähigkeit im Voraus schriftlich (z.B.: Patientenverfügung, Vorsorgedialog usw.) festgehalten oder mit nicht verbalen Willensbekundungen geäußert werden (Walper & Theißing, 2020, S. 28f). Um nonverbale Äußerungen verstehen und interpretieren zu können braucht es gut geschultes Personal, welche diese nonverbalen Äußerungen durch Achtsamkeit und Sensibilisierung wahrnehmen können. Zentral aber ist, dass eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik bereits im Vorfeld im Zustand geistiger guter Verfassung erfolgt. Zur schriftlichen Festhaltung der Selbstbestimmung im Voraus kommen die Instrumente der vorausschauenden Planung zum Einsatz, welche nun im nächsten Kapitel vorgestellt werden.

3 Instrumente der vorausschauenden Planung

Im folgenden Kapitel werden die gängigsten Instrumente der vorausschauenden Planung vorgestellt. Zum besseren Verständnis werden Begriffe der Behandlungseinwilligung sowie die zur Erstellung von Instrumenten der vorausschauenden Planung erforderlichen Grundvoraussetzungen kurz erklärt.

Damit das Selbstbestimmungsrecht der pflegebedürftigen Person gesichert werden kann, bedarf es eine Auseinandersetzung mit der Thematik sowie die Erstellung einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht oder einer anderen Form der Verschriftlichung des Willens. Dabei sind Begriffe wie Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu klären.

Von einer einsichts- und urteilsfähigen Person kann gesprochen werden, wenn diese die Fähigkeit besitzt, eigenständig die Begründung und die Reichweite der Therapie inklusive der erforderlichen Medikation zu verstehen und dadurch den eigenen Willen bestimmen kann. Ein einwilligungsfähiger Mensch verfügt über eine Einsicht- und Urteils- oder Artikulationsfähigkeit (Gesundheit Österreich GmbH, 2018, S. 32).

Damit eine medizinische Behandlung erfolgen kann, muss die Einwilligung der zu behandelnden Person eingeholt werden, denn eine medizinische Behandlung darf nur nach Einwilligung der betroffenen einsichts- und urteilsfähigen Person erfolgen. Erfolgt diese ohne die Einwilligung oder entgegen den Willen der betroffenen Person, so ist dies allgemein rechtswidrig und gemäß §110 StBG strafbar (Bioethikkommission, 2011, S. 6f). Eine Ablehnung einer medizinischen Behandlung durch die einsichts- und urteilsfähige Person bleibt straffrei, selbst dann, wenn die Ablehnung unweigerlich den Tod mit sich bringt (Bioethikkommission, 2011, S. 8). Denn im medizinischen Bereich stellt der Gesetzgeber das Patientenselbstbestimmungsrecht eindeutig vor eine mögliche Fürsorgepflicht (Bioethikkommission, 2011, S. 7).

Unheilbar kranke Menschen oder Menschen, welche sich im Sterbeprozess befinden, brauchen auf Grund ihrer Vulnerabilität Zuwendung und Solidarität in der Gesellschaft. Es muss daher garantiert werden, dass dieser Schutz zur Wahrung ihrer Rechte gewährleistet, ihre Selbstbestimmung im Rahmen ihrer Möglichkeiten gefördert und ihnen ein Sterben in Würde ermöglicht wird (Bioethikkommission, 2011, S. 5).

3.1 Patientenverfügung

Rund 4% der ÖsterreicherInnen besitzen eine andere (vormals beachtliche) oder eine verbindliche Patientenverfügung. In einer repräsentativen Umfrage gaben diese als Hauptgrund für die Erstellung einer Patientenverfügung, das Bedürfnis selbstbestimmt bleiben zu wollen an. Ca. 31% wollen niemandem zur Last fallen oder hatten negative Erfahrungen im persönlichen Umfeld von nahestehender Angehörigen in Bezug auf sterbende Menschen (Leitner, 2016, S. 86).

Meist leiden jene Personen, welche sich für die Errichtung einer Patientenverfügung entscheiden, zum Errichtungszeitpunkt an einer Erkrankung. Sie wollen bestimmte Behandlungen, welche im Krankheitsverlauf zu erwarten sind und/oder erforderlich werden können, vorsorglich ablehnen. Dies betrifft aber nicht mögliche andere Behandlungen, welche etwa auf Grund eines Verkehrsunfalles akut werden können (Leitner, 2016, S. 87). Folglich ist in der medizinischen Notfallversorgung, zum Beispiel in Unfallsituationen, eine Patientenverfügung nicht gültig (Feichtner, 2018, S. 297).

Die Patientenverfügung ist eine Willenserklärung und gibt Menschen die Option deren Willen im Rahmen der vorausschauenden Planung schriftlich festzuhalten. Kommt es zum Verlust der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit, so kann mit diesem Tool das persönliche Recht auf Selbstbestimmung gewahrt werden (Feichtner, 2018, S. 296). Rechtliche Grundlage ist das Patientenverfügungsgesetz (<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2c%20Fassung%20vom%2015.01.2022.pdf>, 15.01.22). Eine Patientenverfügung beinhaltet die Ablehnung bezogen auf definierte medizinische Behandlungsmaßnahmen. Sie tritt dann in Kraft, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr einsichts-, äusserungs- und urteilsfähig ist. Das Gesetz unterscheidet dabei zwischen einer verbindlichen und einer anderen, vormals beachtlichen, Patientenverfügung (Leitner, 2016, S. 84). Seit der Novellierung des Patientenverfügungsgesetzes am 16.01.2019 wird nur mehr zwischen einer verbindlichen Patientenverfügung und einer anderen Patientenverfügung unterschieden (<https://www.hospiz.at/novelle-zum-patientenverfuegungsgesetz/>, 06.01.2022). Die Bezeichnung „beachtlich“ wird seither nicht mehr verwendet.

3.1.1 Verbindliche Patientenverfügung

Eine verbindliche Patientenverfügung beinhaltet eine konkrete Beschreibung der abzulehnenden Maßnahmen. Dazu muss ein aufklärendes ärztliches Gespräch stattgefunden haben und schriftlich vor einem Notar*in, Rechtsanwält*in oder einer Patientenanwält*in festgehalten werden. Nur wenn diese Vorgaben erfüllt sind, ist die Patientenverfügung für Ärzt*innen bindend und es dürfen die eindeutig festgelegten Maßnahmen nicht ausgeführt werden (Leitner, 2016, S. 84). Eine verbindliche Patientenverfügung hat seit 2019 eine Gültigkeitsdauer von 8 Jahren (Dachverband Hospiz Österreich & Arge Patientenanwält*innen, 2019, S. 15). Nach Ablauf dieser Zeit muss diese nach den gleichen fest definierten Kriterien wieder dokumentiert und bestätigt werden (Feichtner, 2018, S. 297).

3.1.2 Nicht-verbindliche Patientenverfügung / andere Patientenverfügung

Erfüllt eine Patientenverfügung nicht alle Kriterien einer verbindlichen Patientenverfügung, (Leitner, 2016, S. 84). so wird diese heute als andere Patientenverfügung bezeichnet Eine andere (vormals beachtliche) Patientenverfügung stellt eine Orientierungshilfe für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt dar und muss in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (Feichtner, 2018, S. 297).

Eine weitere Möglichkeit der Wahrung der Selbstbestimmung, bietet die Erwachsenenvertretung und die Vorsorgevollmacht. Die Erwachsenenvertretung erfolgt, wie im Kapitel 3.2 beschrieben bei Menschen, welche eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit besitzen, was im geriatrischen Setting durchaus der Fall ist.

3.2 Erwachsenenvertretung und Vorsorgevollmacht

Das Erwachsenenschutzgesetz verfolgt das Ziel, das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit zu stärken (Dachverband Hospiz Österreich, 2021a, S. 2). Im Erwachsenenschutzgesetz gibt es verschiedene Formen, welche sicherstellen sollen, dass eine Vertretung nur in benötigten Bereichen stattfindet. Zielgruppe sind volljährige Menschen, mit psychischen oder ähnlichen Erkrankungen. Vorrangig sollen aber alle notwendigen Hilfestellungen gegeben werden, damit der Mensch so selbstbestimmt wie möglich handeln kann. Nur wenn alle Hilfestellungen ausgeschöpft sind und es zu einer Gefährdung kommen kann, wird eine Erwachsenenvertretung angeregt. Seit 01.07.2018 kommen vier unterschiedliche Vertretungsformen für volljährige Menschen zur Anwendung. Dazu zählt die gewählte Erwachsenenvertretung, die gesetzliche Vertretung und die gerichtliche Erwachsenenvertretung und die Vorsorgevollmacht, welche jene Form mit der höchsten Selbstbestimmungswert darstellt

(https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/erwachsenenvertretung_und_vorsorgevollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900301.html, 05.01.2022).

Diese vier Optionen einer Vertretung ermöglichen durch unterschiedlich starke Ausprägungen eine Steigerung der Selbstbestimmung der Patienten (Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz, 2017, S. 9).

3.2.1 Gewählte Erwachsenenvertretung

Eine gewählte Erwachsenenvertretung stellt eine Alternative für jene Menschen dar, welche keine Vorsorgevollmacht erstellt haben, aber dennoch Unterstützung in ihren Entscheidungen benötigen. Voraussetzung zur Erstellung ist das Vorhandensein einer geminderten Entscheidungsfähigkeit, wobei die betroffene Person die Bedeutung einer Vertretung noch erfassen können muss. Die gewählte Erwachsenenvertretung kann jede nahestehende Person übernehmen, zu der ein Vertrauensverhältnis vorhanden ist. Die Errichtung erfolgt mittels einer schriftlichen Vereinbarung im Beisein einer Notarin / eines Notars, einer Rechtsanwältin/ eines Rechtsanwaltes oder eines Erwachsenenschutzvereins. Dabei wird die Vertretungsperson namentlich mit dem zuständigen Wirkungsbereich notiert. Es können für unterschiedliche Wirkungsbereiche auch unterschiedliche Personen eingetragen werden, jedoch nicht mehrere Personen für denselben Wirkungsbereich. Die Wirksamkeit der Vertretung beginnt mit der Erfassung im österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis. Die Gültigkeit ist zeitlich nicht befristet, kann aber mit dem Tod der beteiligten Personen, durch ein Gerichtsurteil (Vertretung handelt nicht zum Wohle der Schutzbefohlenen) oder durch Kündigung oder Widerruf im Vertretungsverzeichnis enden (Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz, 2019, S. 31f).

3.2.2 Gesetzliche Erwachsenenvertretung

Eine gesetzliche Erwachsenenvertretung wird dann veranlasst, wenn ein volljähriger Mensch, auf Grund einer psychischen Erkrankung oder einer anderen Problematik, in seiner Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt ist und seine Angelegenheiten nicht mehr ohne Selbstgefährdung erledigen kann. Diese Form kommt zum Einsatz, wenn die betroffene Person keine Vertretung mehr selbst wählen kann. Diese Aufgabe können die Angehörigen übernehmen.

Die Familie der zu vertretenden Person muss sich einigen, welche Angelegenheit von welcher Person übernommen wird. Gelingt keine Einigung so kann eine gerichtliche Erwachsenenvertretung indiziert sein. Die Errichtung erfolgt im Beisein eines Notars einer Notarin, Rechtsanwältin oder Rechtsanwalts oder dem Erwachsenenenschutzverein. Die Vertretung kann unterschiedliche Bereiche betreffen wie Vertretung vor Gericht, Vertretung für Regelung von persönlichen Angelegenheiten, medizinischen Behandlungen, Vermögensverwaltung usw. Die gesetzliche Vertretung beginnt mit der Meldung im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis durch NotarInnen, RechtsanwältInnen oder dem Erwachsenenenschutzverein. Die gesetzliche Erwachsenenvertretung endet automatisch nach drei Jahren (Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz, 2019, S. 35ff).

3.2.3 Gerichtliche Erwachsenenvertretung

Eine gerichtliche Erwachsenenvertretung stellt immer das letzte Mittel dar, weil diese Form der Vertretung am wenigsten auf den Entscheidungen der zu vertretenden Person basiert. Im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens wird geklärt, ob jemand diese Unterstützungsform benötigt und wenn ja, in welchem Ausmaß diese erforderlich ist. Diese Form der Vertretung ist notwendig, wenn die zu betreuende Person selbst keine Entscheidungsfähigkeit mehr besitzt, wenn die Person keine selbst gewählte Vertretung möchte, es keine nahestehenden Verwandten gibt, die vorhandene Vertretung nicht ausreichend ist oder die bestehende Vertretung nicht im Sinne des Vertretenen vertritt. Die gerichtliche Erwachsenenvertretung erfolgt durch das Gericht mittels eines schriftlichen Beschlusses. Die Voraussetzungen für eine Vertretung werden im Rahmen eines mehrschrittigen, gerichtlichen Verfahrens erhoben. Am Ende des Verfahrens wird dann die gerichtliche Entscheidung gefällt, ob überhaupt oder in welchem Ausmaß sie erforderlich ist. Dieser Beschluss muss dann anschließend persönlich an die zu vertretende Person übergeben werden. Die Vertretung beginnt mit der Rechtskraft des Bestellungsbeschlusses und endet automatisch nach 3 Jahren (Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz, 2019, S. 40ff).

3.2.4 Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist eine weitere Option der vorrausschauenden Planung. Sollte es zu einem Verlust der Geschäfts-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit kommen, so gibt sie die Möglichkeit im Vorfeld eine Person zu bevollmächtigen, welche in dieser Situation für die vorsorgevollmachtgebende Person vertretend entscheidet. (Feichtner, 2018, S. 298). Im Unterschied zur Patientenverfügung wird mit einer Vorsorgevollmacht der komplette Entscheidungsbereich übertragen, in der Patientenverfügung werden klar definierte medizinische Behandlungsmaßnahmen abgelehnt.

Die die Vorsorgevollmacht erstellende Person wählt für welche Angelegenheiten (Vermögen, Gesundheit, Wohnungsangelegenheiten, Behörden,...) welche Person bevollmächtigt wird. Sie kann die Bereiche der Bevollmächtigung an eine Person erteilen oder für unterschiedliche Bereiche verschiedenen Personen bestimmen. Zentral dabei ist jedoch, dass die bevollmächtigte Person der Übernahme dieser Aufgabe auch zustimmt. Sie kann von einer Notarin oder einem Notar errichtet oder frei eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden. Die Vollmachtgeberin oder der Vollmachtgeber füllt ein Formular aus und lässt dieses von drei Zeuginnen unterzeichnen. Jede Zeugin oder jeder Zeuge muss sprachkundig, eigenberechtigt und neutral sein (Feichtner, 2018, S. 298). Die Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht beginnt mit Eintritt des Vorsorgefalles (Verlust der Entscheidungsfähigkeit) und wenn dieser Verlust im österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis registriert wird. Die Gültigkeit ist zeitlich unbegrenzt. Sie endet mit dem Tod der / des Vorsorgevollmachtgebenden oder der empfangenden Person, mit Eintrag der Kündigung oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung, sollte die Bevollmächtigte oder der Bevollmächtigte nicht im Sinne der vollmachtgebenden Person handeln (Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz, 2019, S. 19).

Schwächen von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind Instrumente, welche von Personen mit voller Entscheidungsfähigkeit vorsorglich im Falle des Verlusts dieser Entscheidungsfähigkeit getroffen werden.

Die Patientenverfügung als auch die Vorsorgevollmacht sind gute Instrumente zur Sicherung der Selbstbestimmung in krisenhaften Situationen. Jedoch weisen diese auch Schwachpunkte auf.

Nach der Errichtung einer Vorsorgevollmacht kann es vorkommen, dass bei Inkrafttreten die vollmachtverantwortete Person nicht mehr greifbar ist (Leitner, 2016, S. 107) und dadurch nicht mehr herangezogen werden kann und daher die Situationen nicht orientiert am Willen der vollmachtgebenden Person geregelt werden kann.

Betreffend der Patientenverfügung können zwei Personengruppen mittunter enttäuscht werden. Einerseits jene Personen, welche sich für die Erstellung einer anderen, vormals beachtlichen, Patientenverfügung entschieden haben und andererseits jene Personen, welche sich mit einer anderen, ehemals beachtlichen Patientenverfügung in einem Pflegeheim befinden. Personen mit einer anderen Patientenverfügung stehen vor dem Problem, dass viele Institutionen der Gesundheitsberufe diese Patientenverfügung nicht als solche anerkennen. Andererseits sind Bewohner*innen in Pflegeheimen mit der Problematik konfrontiert, dass Mitarbeiter*innen von stationären Pflegeeinrichtungen oftmals auf Grund von Überforderung in schwierigen Situationen trotzdem die Rettung rufen (Leitner, 2016, S. 92). Pflegende in Heimen sind auf Grund der Multimorbidität der Bewohner*innen oft Notfällen und Krisen ausgesetzt. Pflegekräfte müssen dann rasch Entscheidungen treffen, welche sie auf Grund fehlender Ausbildung oft gar nicht treffen können. Viele österreichische stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen verfügen über keinen ärztlichen Bereitschaftsdienst und daher ist eine Einweisung ins Krankenhaus oder das Hinzuholen eines Notarztes die einzige Lösung (Feichtner, 2018, S. 245). Wenn dann die Rettungssanitäter*innen die Verbindlichkeit der anderen Patientenverfügung nicht sicher überprüfen können, so kann es passieren, dass Maßnahmen entgegen der Patientenverfügung durchgeführt werden und somit das Selbstbestimmungsrecht verletzt wird (Leitner, 2016, S. 92).

Dadurch kann abgeleitet werden, dass selbst wenn eine Patientenverfügung vorhanden ist, intensive Kommunikation zwischen allen Beteiligten unbedingt notwendig ist.

Die Kommunikation betrifft Patient*innen, Angehörige der Gesundheitsberufe und die Vertrauenspersonen. Sie startet bei der „Bringschuld“ der Patientenverfügung, bezieht sich auf Situationen, welche nicht in der Patientenverfügung geregelt sind, bis hin zu Maßnahmen, welche von der betreffenden Person zwar schriftlich in der Patientenverfügung festgehalten wurden, jedoch von den Angehörigen nicht akzeptiert werden. Auf Grund dessen sind sich Angehörige der Gesundheitsberufe sicher, dass eine Patientenverfügung nur Teil eines größeren „Versorgungsdialoges“ sein kann. Folglich hat der Dachverband Hospiz Österreich im Kreise von Expert*innen ein Tool, den „Vorsorgedialog in Pflegeheimen“, entwickelt (Leitner, 2016, S. 92f). Eine Vorstellung und Darlegung der Besonderheiten des Instrumentes Vorsorgedialog wird im nächsten Kapitel erfolgen.

3.3 Vorsorgedialog

Der Vorsorgedialog ist ein weiteres Instrument der vorausschauenden Planung. Dieses Instrument beinhaltet prospektiv alle Bereiche der eigenen Annahme einer guten, zufriedenstellenden letzten Lebensphase und ist nicht auf die Faktoren der Patientenverfügung beschränkt. Der Vorsorgedialog kann beim Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung initiiert werden. Hier sollte festgehalten werden, dass die getroffenen vorsorglichen Behandlungsentscheidungen nicht eine kaum rückgängig machbare Entscheidung ausdrückt. Vielmehr sollte diese Entscheidung der Startpunkt für einen fortlaufenden Dialog im Sinne der Wünsche und des Willens der vorsorgenden Person sein (Halmich, 2016, S. 107). Viele stationäre Pflegeeinrichtungen in Österreich haben im Rahmen des Advanced Care Planning begonnen Notfall- und Krisenblätter zu entwerfen, um in Falle von vorhersehbaren Notsituationen Klarheit zu haben. Der Beirat HPCPH (Hospizkultur und Palliativ Care in Pflegeheimen) hat diese Aktivität aufgegriffen und mit einer Expert*innengruppe ein einheitliches Instrument (Projektbeschreibung, Gesprächsleitfaden und Dokumentation) entwickelt (Halmich, 2016, S. 107f).

Der Vorsorgedialog ist ein Kommunikationsinstrument, durch den die Wünsche und Ziele der betroffenen Person in lebensbedrohenden krisenhaften Ausnahmesituationen erhoben und dokumentiert werden.

Im Rahmen einer repräsentativen Studie wurde herausgefunden, dass Menschen diese zentralen Fragen am Lebensende zwar geklärt haben möchten, dennoch dies kaum eigenständig in Angriff genommen wird. Daher wird der Vorsorgedialog beim Übertritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung aktiv vom Personal angeboten (Halmich, 2016, S. 108). Grundsätzlich soll der Vorsorgedialog immer freiwillig in einer stabilen gesundheitlichen Situation der Heimbewohner*innen stattfinden. Er dient dazu den Betroffenen und deren Zu- und Angehörigen eine Gesprächsmöglichkeit zu bieten, um Bedürfnisse und Willensäußerungen hinsichtlich der Gestaltung der finalen Lebensphase und des Ablebens selbst, zu erheben (Henry et al., 2016, S. 117). Primär ist der Vorsorgedialog mit der Heimbewohnerin / dem Heimbewohner persönlich zu führen, es sei denn dies ist mit der betroffenen Person nicht mehr möglich. In diesem Fall wird ein Gespräch mit den Zu- und Angehörigen angestrebt (Henry et al., 2016, S. 121), oder wenn vorhanden, mit dem Erwachsenenschutzbeauftragten. Es entsteht dabei ein strukturierter Kommunikationsprozess mit dem eindeutigen Bestreben im Gespräch zu bleiben. Dabei werden die Wünsche und Vorstellungen der betroffenen Person erhoben und dokumentiert. Diese erhobenen Wünsche beziehen sich jedoch nicht nur auf Krisensituationen, sondern auch für eine gute letzte Lebensphase in der Einrichtung. Dadurch erhält die betroffene Person die Chance den betreuenden Menschen die eigenen Bedürfnisse mitzuteilen und bietet dem Versorgungsteam eine Stütze im Entscheidungsprozess bei Verlust der Einsichts- Urteils- und Äußerungsfähigkeit. Erhoben werden Themen betreffend die Ernährung (Sonde ja oder nein), Therapiezieländerung, Herzkreislaufwiederbelebung, Krankenhauseinweisungen (Voraussetzungen), die spirituellen, sozialen und psychosozialen Anliegen (Halmich, 2016, S. 108). Es soll in dem Gespräch aber auch die Möglichkeit gegeben werden über das Leben nachzudenken, Freude, Trauer, aber auch ungelöste Konflikte anzusprechen. Gemäß dem Selbstbestimmungsprinzip, welches vor das Fürsorgeprinzip gestellt ist, sollten sich entscheidungsfähige Menschen, solange sie diese Möglichkeit haben, über diese zentralen Fragen Gedanken machen. Auch wird im Rahmen des Vorsorgedialoges dabei zusätzlich auf die Erstellmöglichkeit einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht hingewiesen (Henry et al., 2016, S. 121). Zukünftig sollte hier auch auf die Möglichkeit zur Errichtung einer Sterbeverfügung eingegangen werden. Warum dies zu empfehlen ist, wird im Kapitel Sterbeverfügung beschreiben.

Das erste Gespräch des Vorsorgedialoges erfolgt in den ersten 4-8 Wochen. Folgegespräche werden in regelmäßigen Abständen wiederholt. Aktuell liegt die Empfehlung bei sechs Monate (Halmich, 2016, S. 109) und bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes.

Aus rechtlicher Sicht ist der Vorsorgedialog als eine andere Patientenverfügung zu behandeln, wenn die vorsorgetreffende Person beim Erstellungszeitpunkt urteils- und einsichtsfähig ist. Ist bei der Erstellung die vorsorgetreffende Person nicht einsichts- und urteilsfähig, was in Österreich durch die Aufnahmebedingungen in eine stationäre Pflegeeinrichtung durchaus der Fall sein kann, so wird der Vorsorgedialog als strukturierte Eruiierung des sogenannten mutmaßlichen Willens gesehen. Der mutmaßliche Wille kann in der Praxis bei Personen, welche nicht einsichts- und urteilsfähig sind, mit folgenden Möglichkeiten erhoben werden. Einerseits können An- und Zugehörige befragt werden, ob sich die Person in früheren Situationen zur Thematik geäußert hat. Weitere Berücksichtigung finden die aktuellen Verhaltensweisen oder Angaben indem Beobachtungen dokumentiert werden. Und / oder es können dazu Notizen des betreuenden Personals herangezogen werden (Halmich, 2016, S. 110). Folglich wird bei Heimbewohner*innen mit einer Demenzerkrankung, oftmals der mutmaßliche Wille mit den Angehörigen besprochen. Angemerkt sei hier jedoch, dass es durchaus gelingen kann mit dementiell erkrankten Personen ein Gespräch über den Tod zu führen und dabei auch zu Interventionen wie Reanimation eindeutige Antworten gegeben werden können (Henry et al., 2016, S. 21).

Der mutmaßliche Wille ist jedoch nur im Falle einer vorhandenen medizinischen Indikation oder Unklarheit von Bedeutung und dient dabei als Richtschnur für die weiteren medizinischen Behandlungsschritte (Halmich, 2016, S. 110). Aber auch hierbei können, erarbeitet durch das Betreuungsteam und die Angehörigen oder die gesetzlichen Vertreter*innen, Übereinstimmungen festgestellt werden und aufbauend darauf kollektive Behandlungsziele festgelegt werden (Henry et al., 2016, S.118).

Der Vorsorgedialog als Kommunikationsinstrument bestärkt eine prozessorientierte Pflege indem in definierten Abständen oder im Falle einer Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustandes ein strukturierter Dialog stattfindet.

Daraus resultierend werden medizinische und pflegerische Behandlungsziele angepasst, hin zu einer bedarfsorientierten pflegerischen Versorgung und zur Verhinderung von Therapieeskalation. Zu den zentralen Aspekten des Vorsorgedialoges zählt die Selbstbestimmung vor Fürsorge, als auch, dass medizinische Behandlungen nur nach entsprechender Indikation zu erfolgen haben, welche auch rechtlich einzuhalten sind (Henry et al., 2016, S.121). Der Vorsorgedialog erfolgt in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen eingebettet im Rahmen des HPCPH Projektes vom Dachverband Hospiz Österreich. Entscheidungen am Lebensende in Krisensituation sind immer schwer zu treffen und daher ist es wichtig, dass die Mitarbeiter*innen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen dafür sensibilisiert und gut geschult sind. Das Projekt HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim) beinhaltet diese umfassende Aufgabe und wird im Kapitel 4.2. vorgestellt.

Neben der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht ist der Vorsorgedialog ein weiteres Instrument der vorausschauenden Planung. Er ist ein hilfreiches Instrument im Prozess der Entscheidungsfindung und fungiert als Orientierungshilfe. Jedoch kann auch er keinem Betreuungsteam die Entscheidung abnehmen. Der Vorsorgedialog darf niemals als Freibrief für ein rasches Ableben missbraucht oder fehlverstanden werden. Zweck eines Vorsorgedialogs ist im Falle eines vorhersehbaren Todes, vorbereitende Maßnahmen treffen zu können, um bei Eintritt einer lebensbedrohlichen Krisensituation eine Entscheidung entsprechend den Wünschen der Betroffenen zu ermöglichen (Halmich, 2016, S. 111).

Alle die in diesem Kapitel vorgestellten Instrumente der vorausschauenden Planung sind gute Tools, um das Selbstbestimmungsrecht in definierten, zu erwartenden Situationen zu regeln. Aber was ist, wenn eine fortschreitende Erkrankung Probleme mit sich bringt, welche in dieser Intensität (Symptome) vielleicht nicht erwartet wurden? Was, wenn der Wunsch nicht mehr nur nicht greifende Behandlungen abzulehnen betrifft, sondern auf Grund des großen Leidensdrucks der Wunsch zu sterben aufkommt? Solche Situationen sind der Grund dafür, warum eine umfassende palliative Versorgung und die Auseinandersetzung mit der Thematik assistierter Suizid für schwer kranke Menschen zentral ist. In den nächsten Kapiteln möchte die Autorin daher näher auf die palliative Versorgung und assistierten Suizid eingehen.

4 Palliative Care und HPCPH

In der palliativen Pflege hat Selbstbestimmung somit eine hohe Wertigkeit, welche nicht in Frage zu stellen ist. Gerade am Lebensende werden Therapiemaßnahmen zur Lebensverlängerung in ihrer Sinnhaftigkeit hinterfragt und gelangen dadurch in den Hintergrund. Ist dies passiert, so rückt die Frage nach der Lebensqualität an erste Stelle (Walper & Theißing, 2020, S. 10).

Ein Überdenken eines realistischen Therapieziels unterstützt bei der Entscheidungsfindung zur therapeutischen Vorgehensweise. Therapieziele können abhängig vom der Erkrankung differenzieren. Sie reichen von einer Heilung, einer Prognoseverbesserung, einer Lebensverlängerung, einer Steigerung der Lebensqualität bis zu einem Zulassen eines würdigen Sterbens. Wenn am Lebensende das Ziel Heilung oder Lebensverlängerung nicht mehr erreicht werden kann, so werden therapeutische Maßnahmen oder lebensverlängernde Interventionen zwecklos und bedingen unausweichlich eine Leidensverlängerung. Dadurch werden andere Therapieziele bedeutend. Maßnahmen, welche nicht mehr die Therapiezielerreichung unterstützen, sowie Einzelmaßnahmen deren Indikation verloren gegangen ist, sollten abgesetzt werden. Maßnahmen zur Symptombehandlung, wie Schmerzlinderung oder psychologische Betreuung rücken dann in den Vordergrund (Bioethikkommission, 2011, S. 9f). Somit ist eine umfangreiche Betreuung gemäß von Palliative Care angezeigt. In diesem Kapitel wird folglich der Ansatz von Palliative Care und das Qualitätsprojekt von Hospiz Österreich, HPCPH, mit dem Kernelement des Vorsorgedialogs vorgestellt.

4.1 Palliative Care

4.1.1 Definition

Der Begriff Palliative Care wird vom lateinischen Wort „Pallium“ (der Mantel, der Umhang) abgeleitet, jedoch wird auch auf die mögliche Ableitung von „pallere“ oder „palescere“, bedeutet blass oder bleich, hingewiesen.

Der Begriff Care ist nicht einfach direkt in die deutsche Sprache zu übersetzen. Care steht für umfassende Fürsorge, reicht von Betreuung und Begleitung bis zur ganzheitlichen Pflege der BewohnerInnen. Palliative Care ist ein Überbegriff für alle medizinischen und pflegerischen Versorgungshandlungen inklusive der psychosozialen Betreuung von sterbenskranken Menschen und deren An- und Zugehörigen. Palliative Medizin und Palliativpflege sind einander ergänzende Teilbereiche von Palliativ Care. Das Ziel von Palliative Care ist die Aufrechterhaltung von Lebensqualität von terminal Erkrankten (Feichtner, 2018, S. 18).

Der Fortschritt in der Medizin macht es möglich, dass mittlerweile viele Krankheiten erfolgreich behandelt werden können und daraus resultiert ein Anstieg von komplexen Krankheitssituationen. Es kommt daher zu immer mehr Spezialisierungen und dadurch steigt die Gefahr einer immer fragmentierteren Behandlungssichtweise. Es kann mitunter passieren, dass das Augenmerk auf die Lebensqualität und das Leid der Betroffenen verloren geht. Lebensqualität ist immer aus dem Blickwinkel der Betroffenen zu definieren (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2017, S. 5). Palliative Care steht für die all umfassende Betreuung und Versorgung von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden sowie lebensbedrohlichen Krankheiten und deren An- und Zugehörigen. Das Ziel dabei ist, der Erhalt einer bestmöglichen Lebensqualität mit Einbeziehung der sozialen, seelischen aber auch der spirituellen Bedürfnisse. Leid soll so weit als möglich gelindert werden. Der Fokus von Palliative Care bezieht sich zwar auf jene Zeit des bevorstehenden Sterbens, jedoch ist ein frühzeitiger Beginn parallel zu kurativen Maßnahmen sehr sinnvoll (Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, 2017, S. 6).

Palliative Care erfolgt immer in enger Kooperation mit anderen Berufsgruppen im multiprofessionellen Team. Dieser Umstand wird sogar als Voraussetzung gesehen, da die Wünsche und die Bedürfnisse der Empfänger*innen von Palliative Care immer die Wirkungsbereiche von unterschiedlichen Professionen betreffen (Feichtner, 2018, S. 19). Palliative Care steht für die Linderung belastender Symptome und Schmerzen und befürwortet das Leben. Sie sieht das Sterben als normalen Verlauf im Leben an und steht weder für eine Forcierung noch für eine Verzögerung des Todes (Feichtner, 2018, S. 19).

4.1.2 Ziele von Palliative Care

- Erhaltung der Lebensqualität
- Bedürfnisse der Betreuenden stehen im Zentrum
- Sicherstellung des Selbstbestimmungsrechts
- Einbezug der Angehörigen
- Verfolgung eines umfassenden Betreuungsansatzes
- Erfolgt durch ein multiprofessionelles Team
- Frühzeitiger Beginn von Palliative Care
- Entscheidungen erfolgen nach Gegenüberstellung von Nutzen und Belastungen
- Kontinuität einer qualifizierten Betreuung ist zu gewährleisten
- Betreuung endet nicht mit dem Tod (Trauerbegleitung)
- Vorrusschauende Planung ist zentral
- Mitarbeit bei Schulungen durch spezialisierte Fachkräfte
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bewusstseinsbildung
- Unterstützung an der Basis durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen
(Feichtner, 2018, S.19)

4.1.3 Zielgruppe

Anfangs gehörten zur Zielgruppe von Palliative Care Menschen mit Tumorerkrankungen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Es wurde dann aber wahrgenommen, dass auch Menschen mit chronischen Erkrankungen Palliative Care benötigen. Heute wird Palliative Care auch für unterschiedliche Patient*innengruppen angeboten. Dadurch ist erkennbar, dass Palliative Care nicht nur in Spezialeinrichtungen (Hospizen, Palliativstationen) stattfindet, sondern auch für Menschen mit anderen Krankheitsbildern (Herz- Kreislauf-, Lungen-, Nierenerkrankungen, sowie neurologischen Erkrankungen wie z.B. Demenz usw.), zugänglich ist (Feichtner, 2018, S. 21).

Die palliative Versorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen fokussiert sich jedoch auf andere Schwerpunkte als Hospiz und Palliativstationen. Dies macht sich an strukturellen Voraussetzungen als auch bei der personellen Besetzung bemerkbar. Die Herausforderungen in Langzeitpflegeeinrichtungen beruhen auf der Tatsache, dass hochbetagte Menschen an mehreren Krankheiten gleichzeitig, oft in Kombination mit Demenz, leiden. Ihre Sterbeverläufe sind daher meist nicht auf Tage oder Woche beschränkt, sondern dauern oftmals über einen längeren Zeitraum. Die traditionellen Konzepte von Palliative Care lassen sich daher nicht direkt in den Langzeitpflegebereich übertragen (Althoff et al., 2014, S. 69f).

Das Konzept von Palliative Care in der Altenpflege beschränkt sich nicht auf die Begleitung in der finalen Sterbephase, sondern beginnt bereits beim Einzug in die Langzeitpflegeeinrichtung (Althoff et al., 2014, S.70f). Das Teilgebiet von Palliative Care, die Palliative Geriatrie, ist ein allumfassender, interdisziplinär Betreuungsansatz für hochaltrige Menschen. Ziel ist, dass die AdressatInnen Palliativer Geriatrie ein gutes Leben führen können, trotz ihrer Einschränkungen. Zu weiteren Aufgaben der palliativen Geriatrie gehört die Unterstützung der An- und Zugehörigen in diesen schwierigen Zeiten. Eine gute Versorgung dieser Personengruppe gelingt durch die Zusammenführung der Grundsätze von Geriatrie und Palliativ Care (Heimerl et al., 2018, S. 2).

Es findet keine Beschränkung auf palliative Interventionen statt, sondern auch kurative, aber auch rehabilitative Interventionen werden angewandt. Je näher der Tod kommt desto mehr gehen die kurativen Maßnahmen zurück und die palliativen Maßnahmen werden gesteigert (Heimerl et al., 2018, S. 2). Die Notwendigkeit einer palliativen Betreuung beginnt idealerweise bei der Diagnosestellung einer unheilbaren Erkrankung, denn eine frühe palliative Versorgung beeinflusst die Lebensqualität positiv. Dies wirkt sich dann mitunter auch positiv auf die Lebensdauer aus (Feichtner, 2018, S. 22f).

Palliative Geriatrie möchte die Selbstbestimmung der hochaltrigen Menschen fördern. Als bedeutend wird in der Betreuung die Förderung der sozialen Teilnahme gesehen, indem die verletzten, enttäuschten und oft ins Innere zurück gezogenen Menschen wieder am Leben teilnehmen möchten.

Palliative Geriatrie zwingt geriatrische Menschen nicht in Versorgungsschemen, sondern bringt ihnen Wertschätzung entgegen, respektiert ihre Individualität und ihre Lebensbiografie (Heimerl et al., 2018, S. 2). Zur fortlaufenden Behandlung von Symptomen und der Linderung von anderen Belastungen ist die spirituelle und psychosoziale Betreuung ein wichtiger Teilbereich des Palliativ-Care-Ansatzes (Gesundheit Österreich GmbH, 2018, S. 5). Da nicht nur der körperliche Aspekt, sondern der ganze Mensch mit seinen Werten und Bedürfnissen ein Recht auf Zuwendung hat (Heimerl et al., 2018, S. 2).

Damit die Betroffenen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben führen können, muss mit den Betroffenen offen und ehrlich umgegangen werden und ihre Bedürfnisse und Wünsche wahrgenommen werden. Dazu zählt eben nicht nur die Symptomlinderung, sondern auch die vorrausschauende Planung, wie zum Beispiel der Vorsorgedialog (Gesundheit Österreich GmbH, 2018, S. 5).

4.2 HPCPH

HPCPH (Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheime) ist ein Qualitätsentwicklungsprojekt von Hospiz Österreich, welches sich, unter Einbezug der Heimleitung sowie der Entscheidungsträger*innen, auf die Pflege und Betreuung der geriatrischen Bewohner*innen bezieht. Kernelemente zur Einführung einer Hospizkultur und Palliative Care sind der Organisationsentwicklungsprozess, mit integrierter Schulung zur Palliativen Geriatrie und der Vorsorgedialog (Gesundheit Österreich GmbH, 2018, S. 38). Der Organisationsentwicklungsprozess dauert zwei Jahre (Hospiz Österreich, 2017a, S. 2) Durch die Weiterentwicklung von Arbeitsabläufen und den Schulungen der Mitarbeiter*innen in palliativer Geriatrie wird der Grundstein gelegt, um den Bewohner*innen ein gutes Leben und ein selbstbestimmtes, würdiges Ableben zu ermöglichen. HPCPH zielt darauf ab, den Mitarbeiter*innen eine Haltung der Achtsamkeit zu vermitteln. Sie sollen eine Sensibilisierung zur Thematik Hospizkultur und Palliative Care erfahren und durch die erworbenen Kenntnisse in ihrer Arbeit mit sterbenden Menschen gestärkt werden (<https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/hospiz-und-palliativecare-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/>, 13.01.22).

Bei der Schulung in der palliativen Geriatrie werden Basiskenntnisse von palliativer Geriatrie nähergebracht, wodurch die respektvolle Haltung und Wertschätzung der Mitarbeiter*innen gegenüber den hochbetagten, eingeschränkten Bewohner*innen gestärkt wird. Weiteres wird das Bewusstsein im Umgang mit hilflosen Menschen geschärft und die Achtsamkeit gefördert. Die Kommunikation zwischen den betroffenen Berufsgruppen, den BewohnerInnen, den Angehörigen als auch im Betreuungsteam selbst wird dadurch verbessert. Die Mitarbeiter*innen werden hingehend der Thematik Schmerz und anderer Leiden mit und ohne Demenz sensibilisiert. Weiters wird das Instrument der vorrausschauenden Planung, Vorsorgedialog, vorgestellt (Kojer & Schwänke, 2011, S. 2).

Denn der Vorsorgedialog ist ein wichtiger Bestandteil für eine gute Hospiz und Palliativkultur in einer Langzeitpflegeeinrichtung und unterstützt das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner*innen. Er gibt allen in der Betreuung beteiligten Menschen in wichtigen Entscheidungssituationen Orientierung. Sei es in akuten Krisen oder wenn das Lebensende absehbar wird (Dachverband Hospiz Österreich, 2020, S. 2) wie bereits in Kapitle 3.3 beschreiben wurde. Durch die Maßnahmen des Organisationsentwicklungsprozesses und der Schulung der Mitarbeiter*innen wird die Haltung der Hospiz- und Palliative Care im Heimalltag gelebt. Damit diese Maßnahmen auch integriert bleiben, werden Palliative Beauftragte ernannt und Palliative Teams gebildet, welche für die laufende Weiterentwicklung verantwortlich sind (Gesundheit Österreich GmbH, 2018, S. 38). Damit soll die Nachhaltigkeit des nach zwei Jahren abgeschlossenen Organisationsentwicklungsprozesses gesichert werden.

Dennoch gibt es Situationen in den trotz aller palliativer Bemühungen der Wunsch des Sterbens eine tragende Rolle entwickelt und der Wunsch selbst sein Leiden zu beenden geäußert wird. War es für das betreuende Team bis Ende 2021 klar zu beantworten, dass diese Hilfe unter Strafe steht und daher nicht geleistet werden kann, so sind solche Äußerungen seit Jänner 2022 detaillierter zu betrachten. Daher müssen Betreuende sich mit der Thematik Assistierter Suizid neu auseinandersetzen.

5 Assistierter Suizid und Palliative Care

In diesem Kapitel wird daher auf die Thematik Assistierter Suizid eingegangen und die wichtigsten Fakten in kürze dargelegt. Es werden die Eckpunkte der Sterbeverfügung angeführt und weiters auf den Zugang von Palliative Care zur Thematik Assistierter Suizid und Sterbewünschen angeführt.

5.1 Beihilfe zur Selbsttötung - Assistierter Suizid

Der Assistierte Suizid bezieht sich auf Interventionen, welche das Ziel verfolgen, eine sterbewillige Person auf deren freiwilligen und wohlüberlegten Wunsch zur Selbsttötung zu unterstützen. Diese Unterstützung erfolgt durch die Bereitstellung eines Medikamentes mit tödlicher Dosierung zur Selbstverabreichung (Feichtner, 2018, S. 281). Mit dem am 11.12.2020 gefassten Urteil des österreichischen Verfassungsgerichtshof ist das Verbot der Beihilfe zum Suizid aufgehoben geworden. Diese Handlung ist daher seit 1.1.2022 in Österreich nicht mehr strafbar. Weiterhin unter Strafe steht hingegen Tötung auf Verlangen (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 2), wo der Tod dadurch hervorgerufen wird, indem eine Person auf jemandes ernsthafte Bitte hin, der bittstellenden Person eine letale Spritze oder letale Überdosis an Medikamenten verabreicht. Hierbei tätigt die Verabreichung des letalen Präparates nicht, wie beim Assistierte Suizid die betroffene Person selbst, sondern eine andere Person (Nationaler Ethikrat, 2006, S. 54). Wird diese Verabreichung ohne das Einverständnis oder das Verlangen der /des Betroffenen durchgeführt, so stellt dies eine Tötung dar (Feichtner, 2018, S. 281), was rechtlich einer Straftat entspricht. Seit 1.1.2022 ist es nun möglich beim Wunsch eines assistierten Suizides eine Sterbeverfügung zu erstellen.

5.2 Sterbeverfügung

Seit besagten Datum gibt es die Möglichkeit, neben einer Patientenverfügung, eine Sterbeverfügung bei Notar*innen oder der Patientenanwaltschaft zu formulieren.

In einer Sterbeverfügung hält eine sterbewillige Person ihren selbstbestimmten Entschluss zur Beendigung ihres Lebens fest. Dieser Entschluss muss dauerhaft gefällt und frei gewählt sein. Voraussetzung für die Erstellung sind eine Volljährigkeit sowie eine Entscheidungsfähigkeit. Die Entscheidungsfähigkeit der betroffenen Person wird ärztlicherseits überprüft und bestätigt. Weiters muss eine Beratung durch zwei verschiedene Ärzt*innen erfolgen. Eine Ärztin oder ein Arzt davon, muss ein Facharzt für Palliativ Medizin sein. Wird von einem Arzt oder einer Ärztin Zweifel zur Entscheidungsfähigkeit geweckt, so hat eine psychiatrische oder psychologische Begutachtung stattzufinden. Grundvoraussetzung einer Sterbeverfügung ist eine bestehende unheilbare tödliche Erkrankung, welche die sterbewillige Person in ihrer kompletten Lebensführung dauerhaft beschränkt (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 3). Wirksam wird diese frühestes 12 Wochen nach dem Ärzt*innengespräch. Im Ausnahmefall, z.B. einem sehr schlechten Allgemeinzustand, kann mit einer ärztlichen Bestätigung auf zwei Wochen abgekürzt werden. Die Gültigkeit beträgt ein Jahr, sie kann aber vom Ersteller oder der Erstellerin jederzeit widerrufen werden. Mit der Sterbeverfügung kann die betroffene Person ein letales Medikament beziehen. Dieses kann die sterbewillige Person dann selbstständig oral einnehmen (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 3).

Gerade im geriatrischen Setting, wie bereits in Kapitel 4 angeführt wurde, spielt Palliative Care für ein selbstbestimmtes Leben eine wichtige Rolle. Ein Wunsch nach assistiertem Suizid stößt jedoch vollkommen gegen die lebensbejahende palliative Haltung der Pflegenden. Aber auch im Falle des freigewählten Todes durch assistierten Suizid spielt die Selbstbestimmung eine Rolle. Denn diese Menschen möchten, entsprechen ihrem Selbstbestimmungsrechtes, das Ende ihres Lebens herbeiführen und ihr Wunsch muss daher ernst genommen werden und die palliative Versorgung darf daher nicht eingestellt werden.

5.3 Palliative Begleitung und Beratung bei Suizidwunsch

Wie bereits erwähnt stehen, Palliative Care und Assistierter Suizid im Widerspruch. Eine bestehende Betreuung beruhend auf der Tatsache, dass eine Person sich für einen Assistierte Suizid entscheidet abzubrechen, würde jeder Palliative Care Haltung widersprechen. In stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wird jedenfalls spätestens dann zu Überschneidungen kommen, wenn eine bereits in Betreuung befindliche Person sich für den assistierten Suizid entscheidet. Dann ist eine intensive Klärung der Zuständigkeit des Palliative Care Teams unerlässlich. Kommt es zu einer Wunschäußerung, so gilt es die Ursache zu klären und den Wunsch nicht sofort abzulehnen. Es zählt nicht zur Tätigkeit von Palliative Care einen Assistierte Suizid zu verhindern oder einer Person davon abzuraten. Erfahrungen aus Ländern in denen Assistierte Suizid bereits straffrei ist, zeigen, dass Palliative Care eine gute Alternative zum Assistierte Suizid darstellt. Zentral ist jedoch, dass dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid wertfrei und respektvoll begegnet wird (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 19f).

Denn eine Bitte um Assistieren Suizid bedarf Aufmerksamkeit und eine offene, respektvolle Kommunikation. Diese Personen brauchen nicht nur eine greifende Symptomlinderung, sondern auch Unterstützung im psychosozialen und spirituellen Bereich. Grundlegend ist dabei der Respekt und das Verständnis für die individuell ausweglos erscheinende Lebenssituation (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 20).

Äußert eine Person einen Sterbewunsch oder auch Suizidwunsch so braucht es immer die multiprofessionelle Kompetenz eines Teams. Im Team wird die Ausschöpfung aller Leidminderungsmöglichkeiten überprüft. Neben einer ganzheitlichen Unterstützung brauchen diese Menschen intensive Gespräche und Zuwendung durch erfahrene und geschulte Betreuungspersonen. Die professionelle Betreuungsperson muss ihre eigenen Ängste kennen, um in dem emotionalen Gespräch nicht blockiert zu sein (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 13f).

Möchte eine Person eine Sterbeverfügung erstellen, so muss dieser Person mit Respekt und Wertschätzung begegnet werden. Palliative Care hat, wie bereits erwähnt, nicht zur Aufgabe einen Menschen von einem assistierten Suizid abzubringen oder diesen zu verhindern. Eine offene Beratung im Team könnte zumindest eine Entscheidung unter Druck ausschließen und die Ausschöpfung aller vorhandenen Alternativen garantieren. Eine unmissverständliche Positionierung des betreuenden Care-Teams zur Ablehnung der direkten Beteiligung bei der Durchführung ist wesentlich. Ethisch geboten ist hingegen eine Aufrechterhaltung der umfassenden palliativen Betreuung und Begleitung der Angehörigen bis zur Ausführung des assistierten Suizids. Die Begleitung der Angehörigen endet nicht mit dem Tod des Sterbewilligen, sondern wird im Sinne einer Prävention weitergeführt (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021b, S. 1).

Wie schon in der täglichen palliativen Betreuung bedarf auch die Frage um Suizidassistenz einer Ausbalancierung zwischen der Fürsorgepflicht und dem Selbstbestimmungsrecht. In der Begegnung einer Wunschäußerung nach Hilfestellung zum Suizid muss sich die angesprochene Person bewusst Gedanken zu ihren eigenen Zielen machen: ist das Ziel den Suizid zu verhindern, oder soll die wunschäußernde Person Handlungsspielräume erhalten und offen beraten werden? Eine offene Beratung erfordert jedenfalls eine neutrale Haltung indem die eigenen Werte in den Hintergrund treten. Erst die Fähigkeit einer klaren Trennung zwischen der persönlichen und der professionellen Haltung ermöglicht eine fachgerechte Beratung zur Thematik Suizidassistenz. Supervision, Teamreflexion sowie ethische Fallbesprechungen unterstützen die Gewährleistung einer professionellen Grundhaltung. Die Mitarbeiter*innen einer Institution sollen das Leitbild und den generellen Umgang im Unternehmen mit Suizidwünschen kennen. Denn Mitarbeiter*innen brauchen Vorgaben und Klarheit über Aufgaben und ihre Rolle in dieser Situation (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 4).

Palliative Care und Assistierter Suizid widersprechen sich, was an der WHO Definition von Palliative Care entnommen werden kann. Weder Tötung auf Verlangen noch assistierter Suizid sind Inhalt von Palliative Care (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 19, zit. n. Radbruch et al., 2016).

Von einer Unvereinbarkeit wird in vielen Hospiz- und Palliativ Care Organisationen gesprochen und von den Palliativ-Care Praktiker*innen bestätigt. Die Gesetzesänderung, welche die Beihilfe zum Selbstmord nicht mehr unter Strafe stellt, bedeutet einen Paradigmenwechsel und wird zukünftig die Hospiz- und Palliative Care Arbeit wirken. Schon die Verkündung der geplanten Legalisierung war Diskussionsthema. Daher sollten eventuelle Wünsche für assistierten Suizid aktiv angesprochen werden (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 19, zit. n. Preston, 2019). Ein offenes Gespräch kann das Vertrauen der schwersterkrankten Menschen stärken und dadurch zu Suizidprävention führen (Österreichische Palliativ Gesellschaft, 2021a, S. 19, zit. n. Port-Sales et al., 2019). Deshalb sollte die Möglichkeit einer Sterbeverfügung zu errichten im Rahmen des Vorsorgedialoges kommuniziert werden, bei Interesse eine Aufklärung über die Anforderungen und die Durchführung sowie die Haltung der Heimträger mitgeteilt werden. Dazu braucht es Konzepte in den Einrichtungen, welche Haltung, Ablauf und Abgrenzung der zu erwartenden Unterstützung durch den Heimträger aufzeigt. Zu erwarten sind in diesen Fällen koordinierte abgestimmte Lösungen, welche noch diskutiert werden müssen. Denn nicht nur die sterbewillige Person, sondern auch die im Versorgungskontext betroffenen Menschen brauchen klare Regeln, wie weit welche Unterstützung erwartet werden kann und wo die Grenze ist. Dies könnte in einer weiteren Forschungstätigkeit herausgearbeitet und in einem Konzept für Mitarbeiter*innen verschriftlich werden.

6 Diskussion und Ausblick

Beantwortung der Forschungsfrage:

- Welche Instrumente der vorrausschauenden Planung unterstützen die Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende im geriatrischen Setting?

Im geriatrischen Setting kommen grundsätzlich alle angeführten Instrumente der vorrausschauenden Planung zum Einsatz. Es hat sich aber in der Literatur-Recherche gezeigt, dass die theoretische und auch praktische Kenntnis eines Instruments nicht alleiniger Garant in Bezug auf die Umsetzung im Krisenfall ist. Gerade in krisenhaften Situationen sind Einsatzkräfte, Pflegekräfte und Angehörige immens gefordert. Daher ist Kommunikation im Vorfeld von allergrößter Bedeutung. Gerade für Menschen in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen ist der Vorsorgedialog als laufender Dialog eingebettet in eine umfassende Hospizkultur im Rahmen eines Palliative Care Konzeptes ein wesentlicher Part zur Erfüllung der Selbstbestimmung von Personen bis zum Lebensende. Zentral ist der Dialog zwischen den betreuenden Menschen, den Angehörigen und Hausärzt*innen. Dieser ist im Rahmen des Vorsorgedialoges als prozesshaftes Geschehen anzusehen. Denn eine Krisensituation stellt immer eine Herausforderung dar.

Für die Selbstbestimmtheit bis zum Lebensende ist es zentral, dass Hospizkultur und palliative Versorgung weiter ausgebaut und zukünftig auch besser finanziert werden. Da mit einer guten, umfassenden Betreuung der Lebenswille von unterstützungsbedürftigen Menschen gestärkt wird und der Todeswunsch verblasst und sich Menschen dann für ein Weiterleben entscheiden. Der Einsatz von Instrumenten der vorrausschauenden Planung ist ein wesentlicher Bestandteil, um selbstbestimmt und autonom bis zum Lebensende leben zu können und die Anwendung der Instrumente wird im Rahmen einer umfassenden palliativen Versorgung daher stark unterstützt. Sie ist die Grundlage, um in schwierigen Situationen oder Krisen im Interesse des oder der Betroffenen handeln zu können, wenn eben dieser Mensch dazu nicht mehr in der Lage ist.

Denn schwierige Situationen entstehen meist dann, wenn nicht vorausschauend in stabilen Situationen erhoben wurde, wie in Krisensituationen gehandelt werden sollte. Wenn die betroffene Person den Willen über lebensverlängernde Maßnahmen geäußert hat und auch verschriftlicht wurde, stellt dies für das Betreuungsteam und die Angehörigen eine gewisse Erleichterung, eine Orientierung dar, wenn man in schwierigen Situationen überhaupt von Erleichterung sprechen kann. Auch die seit 1.1.2022 neu ermöglichte Sterbeverfügung gibt einen möglichen Weg vor. Durch die Gesetzesänderung wird untermauert wie wichtig Weiterbildung / Wissenstransfer in die Praxis zur Thematik Selbstbestimmung im geriatrischen Setting ist. Dazu braucht es an der Basis gut geschultes Personal, aber auch vertiefend ausgebildete Pflegekräfte in Palliative Care oder ANP (Advanced Nursing Practice), welche über ein großes Fachwissen und ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeit verfügen.

Aktuell benötigen stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen Konzepte zum Umgang mit Sterbewünschen bis hin zu Sterbeverfügung. Die Erstellung eines entsprechenden Konzeptes kann weiterer Forschungsgegenstand sein.

7 Literaturverzeichnis

Althoff, I. & Gottenströter J. & Schwermann, M. (2014). *Palliative Care in der Altenpflege. Orientierung für die Praxis*. Hannover: Vincentz Network.

Bioethikkommission. Bundeskanzleramt Österreich (2011) *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt <http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Terminologie.pdf> [Abruf am 05.01.22]

Bundesministerium für Verfassung, Reform, Deregulierung und Justiz. (2019) *Erwachsenenschutzrecht. Wissenswertes für Vertretene, VertreterInnen und Interessierte*. Broschüre.
https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/4_Erwachsenenvertretung/201910_erwshg_broschuere_dt_download.pdf, [Abruf am 02.01. 2022]

Dachverband Hospiz Österreich & Arge Patientenanwält*innen (2019). *Patientenverfügung: Informationen, Eine Patientenverfügung richtig erstellen. Formulierungshilfen*. Ratgeber https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2019/09/Ratgeber-Patientenverfuegung-2019_www.pdf [Abruf am 02.01. 2022]

Dachverband Hospiz Österreich. Hospiz- und Palliative Care. (2021a). *Entscheidungen am Lebensende* Infoblatt.
https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2021/09/Infoblatt-HPC-Mobil_Entscheidungen-am-Lebensende_12.03.2021.pdf [Abruf am 05.01.2022]

Dachverband Hospiz Österreich. Hospiz- und Palliative Care (2020). *Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen – HPCPH. Gut leben und würdig sterben können*. Infoblatt.

https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2020/02/Kurzbrosch%C3%BCre-HPCPH-VSD_26.2.2020.pdf [Abruf am 15.01.22]

Feichtner, A. (2018). *Palliativpflege für Pflege und andere Gesundheitsberufe*. 5. Auflage. Wien. Facultas.

Gesundheit Österreich GmbH. (2018). *Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung*. Praxisleitfaden. Wien. Bundesgesundheitsagentur.

https://jasmin.goeg.at/389/1/Hospizkultur%20und%20Palliative%20Care%20f%C3%BCr%20Erwachsene%20in%20der%20Grundversorgung_Leitfaden.pdf [Abruf am 02.01.2022]

Haas-Schranzhofer C. (2016). *Dein Wille, dein Wohl: Pflege zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Halmich M. (2016). Rechtssicherheit durch Vorsorgedialog? Antworten zur Verbindlichkeit für Pflegepersonal, Sanitäter und (Not)Ärzte. In ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin Band 3* (S. 103- 113). Graz-Wien. NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Heimerl, K. & Kojer M. & Kunz, R. & Müller D. (2018). *Palliative Geriatrie. Grundsatzpapier*. Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, Hamburg. FGPG Fachgesellschaft Palliative Geriatrie.

Henry A. & Schuh K.P. & Beyer S. (2016). Der Vorsorgedialog – Ein Kommunikationsinstrument der vorausschauenden Planung im interprofessionellen Team. In ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin Band 3* (S. 115- 122). Graz-Wien. NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Hoffmann T.S. & Knaup M. (2015). *Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens*. Wiesbaden. Springer.

Hospiz Österreich. Dachverband Palliativ- und Hospizeinrichtungen. (2017a). *Hospiz und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)*
http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/HPCPH_kurzfassung_2017_03.pdf [Abruf am 03.01.22]

Hospiz Österreich. Dachverband Palliativ- und Hospizeinrichtungen. (2017b). *Palliative Geriatrie. Kurzinformation über das Curriculum für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Alten- und Pflegeheimen.* http://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/06/Kurzinfo_Curriculum_Pall.Geriatrie_2017.pdf [Abruf am 03.01.2022]

Kojer, M. & Schmidl, M. (2016). *Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis* (2. Auflage), Wien: Springer.

Leitner K. (2016). Patientenverfügung: Ein Instrument auch für die Notfallmedizin?. In ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende. Schriftreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin Band 3* (S. 83- 94). Graz-Wien: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Kojer, M. & Schwänke, U. (2011). *Palliative Geriatrie. Kurzinformation über ein Curriculum für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Alten- und Pflegeheimen.* Wien: Dachverband Hospiz Österreich.
http://www.hospiz.at/wordpress/wpcontent/uploads/2017/06/Kurzinfo_Curriculum_Pall.Geriatrie_2017.pdf [Abruf am 15.01.22]

Leitner K. (2016). Patientenverfügung: Ein Instrument auch für die Notfallmedizin?. In ÖGERN (Hrsg.), *Notfallmedizin am Lebensende. Schriftreihe Ethik und Recht in der Notfallmedizin Band 3* (S. 83- 94). Graz-Wien: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Nationaler Ethikrat (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.* Stellungnahme. Berlin: Nationaler Ethikrat
https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf [Abruf am 03.01.22]

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017). *Medizin-ethische Richtlinie. Palliative Care*, 9. Auflage. Bern: SAMW

https://siwf.ch/_files/pdf21/richtlinien_samw_palliative_care.pdf#:~:text=Im%20Einzelnen%20heisst%20dies%2C%20Palliative%20Care%3A%20%E2%80%93%20respektiert,Angeh%C3%B6rige%20bei%20der%20Krankheitsbew%C3%A4ltigung%20und%20der%20eigenen%20Trauer [Abruf am 28.12.21]

Österreichische PalliativGesellschaft (2021a). *Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid*. Langfassung, Living Dokument – Stand Dezember 2021.

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1651846822&hash=76c4d3658e3bb88ae39f39361a403c8fcd8cc3f5&file=/fileadmin/redakteur/ASS/OPG-Handreichung_AS_Langversion.pdf [Abruf am 03.01.2022]

Österreichische PalliativGesellschaft (2021b). *Handreichung Sterbe- und Suizidwunsch- Kurzversion (living document, Stand 17.12.2021)*

https://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_securedownloads&p=17&u=0&g=0&t=1642168389&hash=0f718960bf1d8b52947494f5cd523bce439b9f8d&file=/fileadmin/redakteur/ASS/OPG_Handreichung_AS_Kurzversion.pdf [Abruf am 04.01.2022]

Walper H. & Theißing K. (2020). *Selbstbestimmung – Wer oder was bestimmt? Über wen oder was? Und wenn ja, wie viel?*. Esslingen: Der Hospizverlag

Zeitschriften:

Halmich M. (2021). VfGH lockert Sterbehilfe – wie geht es nun weiter? *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (ÖZPR)*, 1, 14-17.

https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Aktuell/Sterbehilfe__OEZPR_Halmich__Heft_1_2021.pdf

Kotsch L., Hitzler R. (2011). „Selbstbestimmung“ im Kontext von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. *Zum Begriff einer Fiktion*. *Pflegewissenschaft*. 02. 69-75.

Lang, A. Sterbewelten in Österreich (2018). *Sterben in Österreich: Rahmenbedingungen und Stand der Forschung*, 21- 30

<https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4812/1/2018-lang-sterben-in-oesterreich.pdf>

Internetquellen:

Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG).

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2c%20Fassung%20vom%2015.01.2022.pdf> [Abruf am 15.01.2022]

Bundesministerium für Justiz. (1.1.2022). *Allgemeines zum Erwachsenenschutzrecht.*

https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/erwachsenenvertretung_und_vorsorge_vollmacht_bisher_sachwalterschaft/Seite.2900301.html [Abruf am 05.01.2022]

Dachverband Hospiz Österreich. (16.01.2019). *Novelle zum Patientenverfügungsgesetz.*

<https://www.hospiz.at/novelle-zum-patientenverfuegungsgesetz/> [Abruf am 06.01.2022]

Dachverband Hospiz Österreich. (13.1.2022). *Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen (HPCPH)*

<https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/hospiz-und-palliativecare-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/> [Abruf am 13.01.22]