



27. Forum Psychosomatik
Sterben - Sterben zulassen - Palliative Care - Assistierter Suizid
Wer hat noch den Durchblick?

Eva Katharina Masel

**Bei aufkommenden
Emotionen
bitte hier streicheln**

H. P. Adamski



Der Tod ist ein Adiaphoron

Weder gut noch böse, moralisch wertneutral

PHILOSOPHY

Editorial

The many different languages of assisted suicide

Eva Katharina Masel[^]

APM ANNALS OF PALLIATIVE MEDICINE
AN OPEN ACCESS JOURNAL FOR HIGH-QUALITY RESEARCH IN PALLIATIVE MEDICINE

Juristische Sprache;
Philosophische Sprache; Medizinische Sprache;
Gesellschaftliche/Persönliche Sprache;
Elevator pitch Sprache etc.

we are the 100%





Sterben in Würde

Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen

Stellungnahme der Bioethikkommission

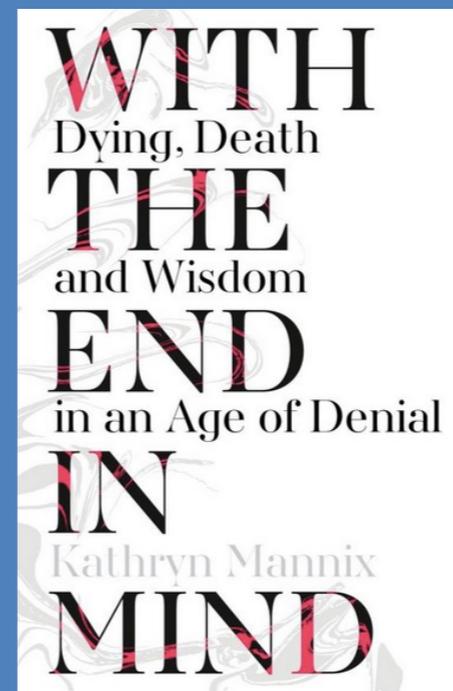
Dying with dignity

Recommendations on assistance and care for persons in end-of-life situations and related issues

Opinion of the Austrian Bioethics Commission

In modern healthcare fewer doctors and nurses have opportunity to witness normal, uncomplicated dying as their practice increasingly entangles technology with terminal care.

Kathryn Mannix, *With The End In Mind*





20 andere Konsile vor einem Palliativkonsil
Hui D et al., The Oncologist 2012

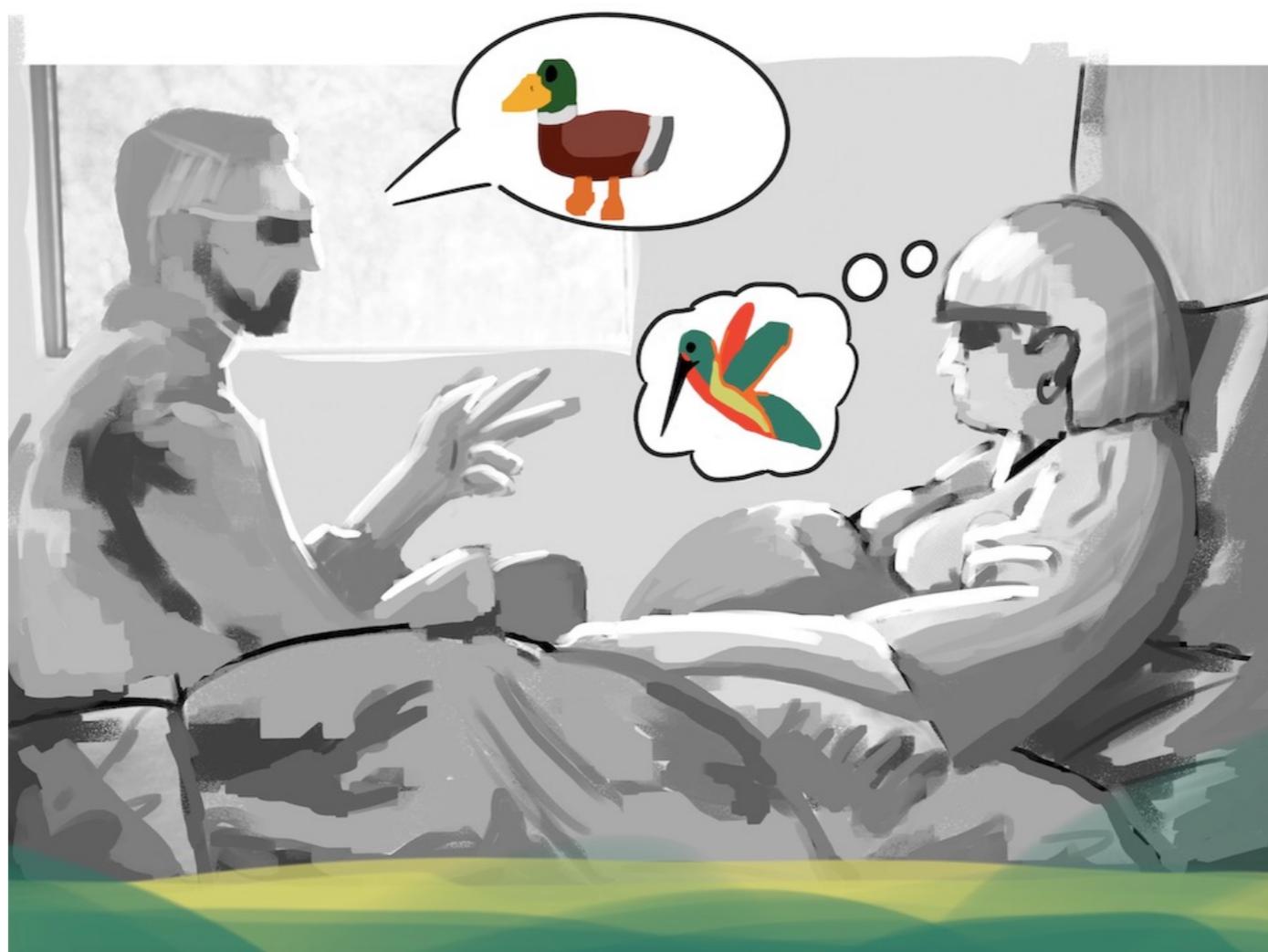
Magnificent Historical Dunnottar Castle, Scotland 🇸🇨 🏰

📷 by @jameslloydcole

**WAS IST DIE HÄUFIGSTE
ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT?**

MEDICAL HUMANITIES

www.meduniwien.ac.at/medical-comics



© David Vogelauer

DNR, DNAR, or AND? Is Language Important?

Joseph L. Breault, MD, ScD, MPH, CIP

Chair, Institutional Review Boards, Ochsner Clinic Foundation, New Orleans, LA

“Do you want to sign a *Do Not Resuscitate* form?”

When asked, family members often balk. They believe they are giving up, condemning a loved one to death.

Some are now asking the question a different way: Do you want to allow natural death?

-USA Today, March 2, 2009¹⁵

PALLI-JAIL

I SAID "WITHDRAWAL OF CARE," AND THEN I CALLED HOSPICE "GIVING UP."

I IGNORED A PATIENT'S TEARS AND GAVE A SPEECH ABOUT CARDIAC PHYSIOLOGY DURING A FAMILY MEETING.

I USED SCARE TACTICS TO HAVE A CPR DISCUSSION INSTEAD OF LISTENING AND OFFERING A RECOMMENDATION.

I PRESCRIBED OPIOIDS BUT NEVER WROTE A BOWEL REGIMEN.



www.twitter.com/NathanAGray

Chunking & Checking/ Ask - Tell - Ask



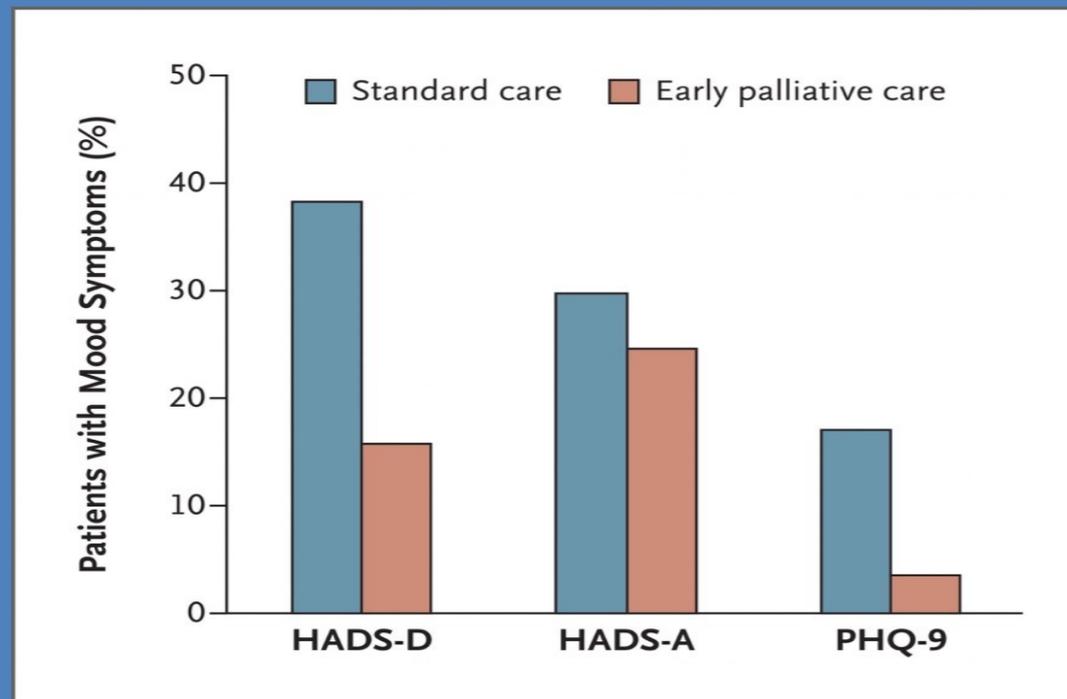
3 Tipps im Umgang mit An- und Zugehörigen

1. Klar kommunizieren, vorbereitet sein
2. Szenarien beschreiben/Bildersprache
3. Teach back

Calgary-Cambridge Guide

Was bewirken frühe End-of-Life Discussions nicht?

„Verlust der Hoffnung“



Temel JS et al., Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. N Engl J Med. 2010

Die Intervention

Temel JS et al., Early palliative care for patients with metastatic non-small cell lung cancer. N Engl J Med. 2010

Krankheitsverständnis

Gespräch über die Erkrankung und die Prognose

Festlegen von Therapiezielen

Symptomlinderung

Frage nach unkontrollierten Symptomen; Überweisung oder Medikation, falls erforderlich

Entscheidungsfindung

Therapiezielplanung/Therapiezieländerung, falls erforderlich

Umgang mit lebensbedrohlicher Erkrankung

Patient:innen und An- und Zugehörige

WARUM TUT MAN SICH DAS AN?



**“SOME PEOPLE
FEEL THE RAIN, OTHERS
JUST GET WET.”**

Hplyrikz.com

Bob Marley

Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.

Though wise men at their end know dark is right,
Because their works had forked no lightning they
Do not go gentle into that good night.

Good men, the last wave by, crying how bright
Their frail deeds might have danced in a green bay,
Rage, rage against the dying of the light.

Wild men who caught and sang the sun in flight,
And learn, too late, they grieved it on its way,
Do not go gentle into that good night.

Grave men, near death, who see with blinding sight
Blind eyes could blaze like meteors and be gay,
Rage, rage against the dying of the light.

And you, my father, there on the sad height,
Curse, bless, me now with your fierce tears, I pray.
Do not go gentle into that good night.
Rage, rage against the dying of the light.

Dylan Thomas

The Poems of Dylan Thomas, New Directions Publishing 1971.

L'Inconnue de la Seine



Sterbeverfügungsgesetz

Ärztlicher Part	Juristischer Part	Apotheke	Sterbeort
<p>2x</p> <p>Allgemeinmediziner:in oder FÄ/FA</p> <p>1x ÖAK-Diplom Palliativmedizin oder Spezialisierung</p> <p>Psychiatrische Abklärung bei Bedarf</p>	<p>Notariat</p> <p>Patient:innenvertretung (12 Wochen/2 Wochen)</p>	<p>Abgabe</p> <p>Natrium- Pentobarbital + Antiemetikum</p>	<p>Einnahme oder Nichteinnahme?</p> <p>Ort: privat</p>

1.

2.

3.

4.

Der Errichtung einer Sterbeverfügung hat eine Aufklärung durch zwei ärztliche Personen voranzugehen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation aufzuweisen hat, und die unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und einen freien und selbstbestimmten Entschluss geäußert hat.

Aufklärungsinhalte:

- mögliche Behandlungs- oder Handlungsalternativen, insbesondere Hospizversorgung und palliativmedizinische Maßnahmen, sowie einen Hinweis auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung oder auf andere Vorsorgeinstrumente, insbesondere Vorsorgevollmacht und Vorsorgedialog
- die Dosierung des Präparats (Natrium-Pentobarbital) und die für die Verträglichkeit des Präparats notwendige Begleitmedikation,
- Art der Einnahme des Präparats, Auswirkungen und mögliche Komplikationen bei der Einnahme des Präparats und dass mit einer Patientenverfügung lebensrettende Behandlungen abgelehnt werden können,
- einen Hinweis auf konkrete Angebote für ein psychotherapeutisches Gespräch sowie für suizidpräventive Beratung, und
- einen Hinweis auf allfällige weitere im konkreten Fall zielführende Beratungsangebote.



ADVANCE CARE PLANNING
PATIENTENVERFÜGUNG
VORSORGEVOLLMACHT
VORSORGEDIALOG
HAUSÄRZT:INNEN
VERTRAUENSÄRZT:INNEN
MOBILE PALLIATIVTEAMS
SYMPTOMLINDERUNG

www.hospiz.at www.palliativ.at www.patientenanwalt.com



A STUDY OF THE ACT OF DYING
Johns Hopkins Hospital

No. _____ Name _____ Hosp. No. _____ Date _____
 age _____ Nationality _____ Religion, P. C. H. _____

Nature of disease.

Length of illness.

The act of dying :

if sudden.

Did respiration stop before pulse—— how long?

Coma or unconsciousness before death—— how long?

If any fear or apprehension, of what nature.

Bodily, i. e. pain.

Mental.

Spiritual—— remorse, etc.

This card is not to be filled out unless done within twenty-four hours of the death of the individual.

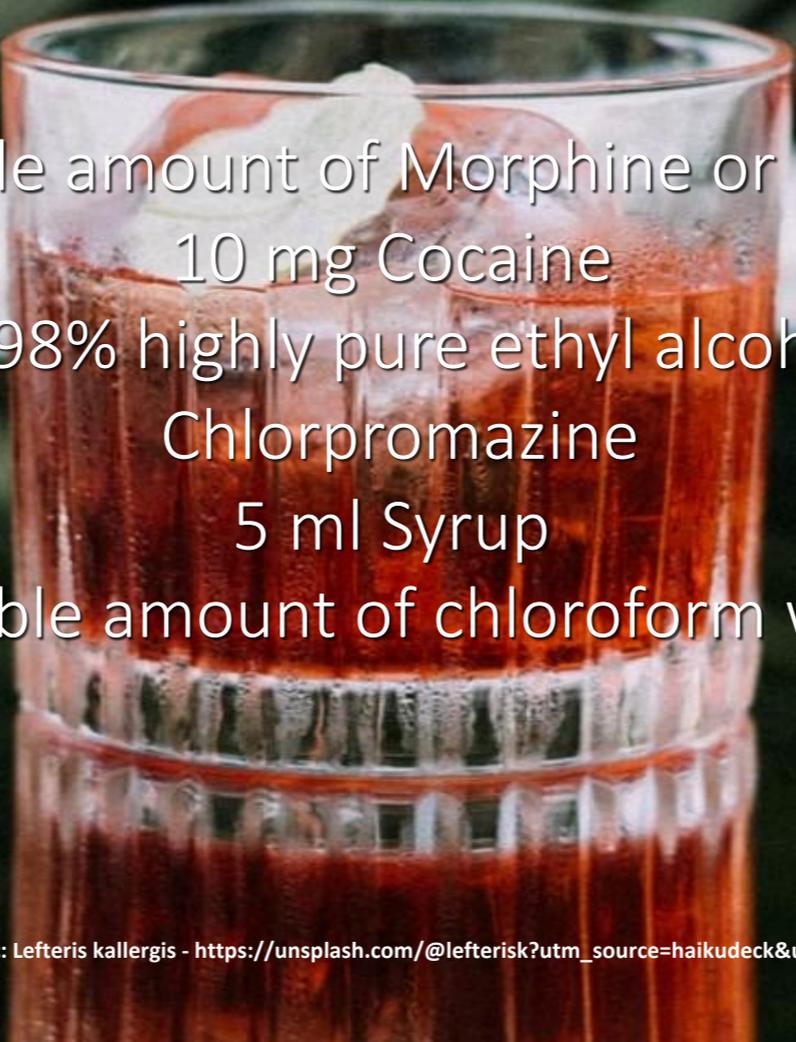
N. B. The object of this investigation is to ascertain the relative proportion of cases in which (1) the death is sudden : (2) accompanied by coma or unconsciousness : (3) by pain, dread or apprehension. Prof. Osler requests the intelligent co-operation of the members of the medical and nursing staff. Please note fully any other special circumstances connected with the act of dying.

Figure 2. Sample questionnaire from Sir William Osler's study on death and dying. Between 1900 and 1904, a total of 486 dying patients were studied at The Johns Hopkins Hospital.

Hinohara S. Sir William Osler's philosophy on death, Ann Intern Med. 1993

„To promote sociability“

Brompton Cocktail



Variable amount of Morphine or Heroin
10 mg Cocaine
2.5 ml 98% highly pure ethyl alcohol/Gin
Chlorpromazine
5 ml Syrup
Variable amount of chloroform water

cc: Lefteris kallergis - https://unsplash.com/@lefterisk?utm_source=haikudeck&utm_medium=referral&utm_campaign=api-credit

The Brompton Cocktail. Lancet 1979

Davis AJ, Brompton's cocktail. Making good-byes possible. Am J Nurs.1978

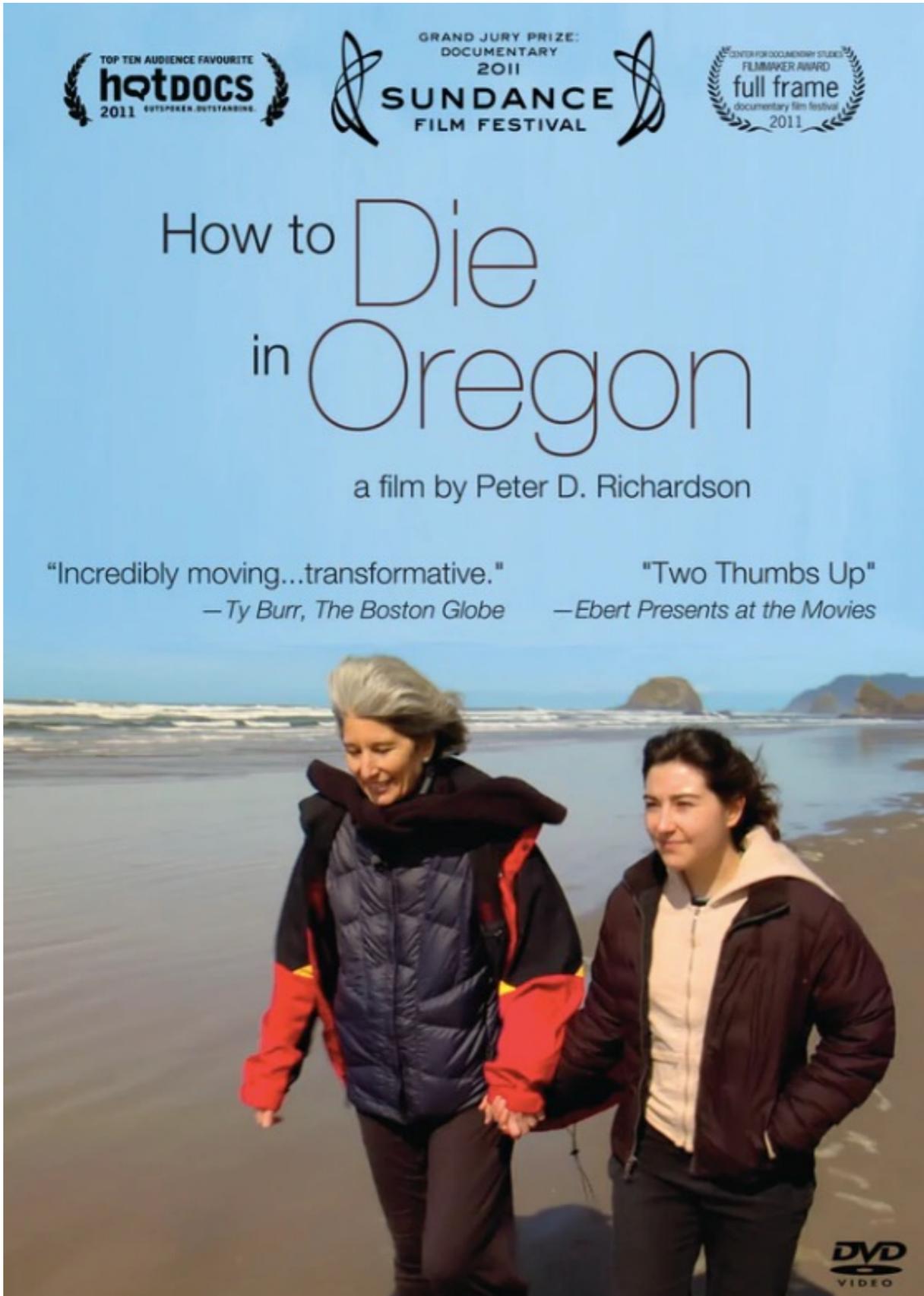


Serviervorschlag

clever
BACK
PULVER

15g

GLUTEN FREI



care NOT KILLING

not dead yet UK

STATE-ASSISTED DYING

PREFERENCES THIS MONTH

assisted suicide

Holyrood Webinar

Professor Marie Fallon

<https://www.youtube.com/watch?v=G3b5L767tng>

551 Seiten

413-440: Todeswünsche



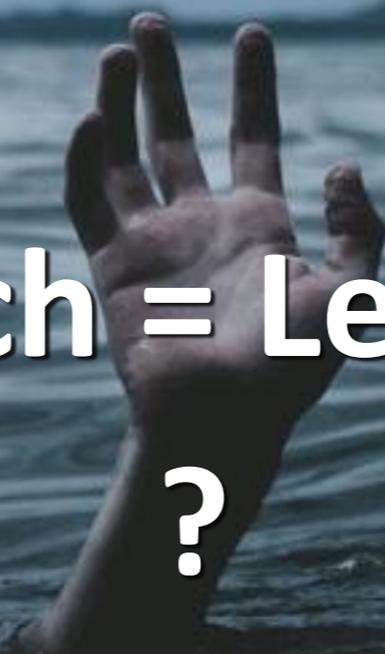
Leitlinienprogramm
Onkologie

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung

Langversion 2.1 – Januar 2020
AWMF-Registernummer: 128/001-OL

18.2.	Evidenzbasiertes Statement
Level of evidence 3	Patienten mit nicht-heilbarer Krebserkrankung und einem Todeswunsch können zugleich einen Wunsch nach Leben in sich tragen. Im Zeitverlauf und hinsichtlich der Intensität können sich Todeswunsch und Lebenswille verändern.
	Quelle: Rodriguez-Prat et al. 2017 [1507]

Quelle: S3 Leitlinie Palliativmedizin 2020



Sterbewunsch = Lebenswunsch
?

Die Kanadierin Tracey Thompsen (50) leidet an Long-COVID und ist arbeitsunfähig. Seit zwei Jahren muss die ehemalige Köchin mit chronischer Erschöpfung und anderen schwerwiegenden Symptomen kämpfen. Ihren Alltag kann sie kaum bewältigen. Deshalb hat sie nun aktive Sterbehilfe beantragt. Als Gründe gibt sie an, dass ihre Ersparnisse nur noch für fünf Monate ausreichen würden. Sterben wolle sie eigentlich nicht, doch die Aussichtslosigkeit ihrer Situation und mangelnde finanzielle Unterstützung hätten sie dazu gebracht (vgl. [CTV-News, 12.7.2022](#)).

Kirsten Evenblij^{1*} , H. Roeline W. Pasman¹, Johannes J. M. van Delden², Agnes van der Heide³, Suzanne van de Vathorst⁴, Dick L. Willems⁴ and Bregje D. Onwuteaka-Philipsen¹

Conclusions: Organ donation after euthanasia is a pure act of altruism. This combined procedure can also be performed after the patient has been anesthetized at home and during transportation to the hospital.

Öffentliche Meinungsumfragen ergeben hohe Zahlen an Befürwortenden des assistierten Suizids, **ABER** öffentliche Meinungsumfragen sind schlechte Instrumente, um komplexe Themen zu beleuchten

...but public opinion polls are poor instruments for understanding complex topics

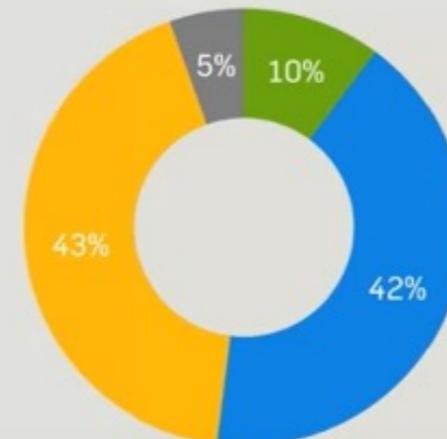
When relevant complexities are incorporated into public opinion polls on assisted dying, support drops¹

42% of people changed their mind from supporting assisted dying when empirical arguments against assisted dying were highlighted to them²

Public understanding of what is meant by 'assisted dying' is poor – 52% thought assisted dying referred to practices that are currently legal³

10% understood assisted dying to mean providing hospice-type care for people who are dying

What do you understand by the term 'assisted dying'?



■ Providing hospice-type care to people who are dying
■ Giving people who are dying the right to stop life-prolonging treatment
■ Providing people who have less than six months to live with lethal drugs to end their life
■ Don't know

1 Mangino DR, Bernhard T, Wakim P, Kim SY. Am J Geriatr Psychiatry. 2021 Apr;29(4):384-394.

2 [https://comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/Care_Assisted_Suicide_Poll_July_2014_\(with_summary_table\).pdf](https://comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/Care_Assisted_Suicide_Poll_July_2014_(with_summary_table).pdf)

3 <https://www.dyingwell.co.uk/survation-appg-for-dying-well-survey-july-2021/>



THINKING, FAST AND SLOW



DANIEL
KAHNEMAN



SCHNELLES
DENKEN,
LANGSAMES
DENKEN

NOBELPREIS FÜR WIRTSCHAFT

»Daniel Kahneman ist ganz sicher der wichtigste Psychologe unserer Zeit. Das Erscheinen dieses Buchs ist ein Großereignis.«

STEVEN PINKER

Frage 1, Variante A

(Es gibt keine Alternative zum assistierten Suizid, N= 531)

<i>Stellen Sie sich vor, dass eine Person an einer schweren Erkrankung mit starken Schmerzen leidet und bald sterben wird.</i>	
<i>Würden Sie es befürworten, wenn dieser Person ein tödliches Medikament übergeben wird, das sie selbst einnimmt und an dem sie stirbt?</i>	
<i>Ja</i>	69,9 %
<i>Nein</i>	18,6 %
<i>Keine Entscheidung</i>	11,5 %

Frage 1, Variante B

(Es gibt eine Alternative zum assistierten Suizid, N= 492)

<i>Stellen Sie sich vor, dass eine Person an einer schweren Erkrankung mit starken Schmerzen leidet und bald sterben wird.</i>	
<i>Welche Alternative würden Sie eher befürworten:</i>	
<i>Die Person erhält eine Behandlung, die ihre Schmerzen bis zu ihrem Tod deutlich lindert.</i>	50,8 %
<i>Der Person wird ein tödliches Medikament übergeben, das sie selbst einnimmt und an dem sie stirbt.</i>	31,2%
<i>Keine Entscheidung</i>	18,1%

Der Unterschied zwischen den beiden Fragevarianten ist hochsignifikant (4-Felder-Chi-Quadrat-Test, $\chi^2=150,9$; $df=1$; $p<.001$).

IM GESPRÄCH

„Mit der Wortwahl fängt es an“

Sensationsträchtige Artikel über Selbsttötungen können zur Nachahmung anregen. Wenn Medien dagegen über Bewältigungsstrategien berichten, kann das Suizide verhindern.

Frankfurter Allgemeine

ZEITUNG FAZ.NET

Stv. Leiter der Abteilung
für Sozial- und
Präventivmedizin

Assoc. Prof. PhD, Priv.-Doz. Dr.

Thomas **NIEDERKROTENTHALER**
MMSc

Tel: +43 1 40160-34611

Fax: +43 1 40160 934882

eMail:

thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at



In den vergangenen Jahren wurde viel über assistierten Suizid berichtet. Was ist Ihnen dabei aufgefallen? Das ist derzeit ein sehr aktuelles Thema. Bedenklich ist, dass diese Berichterstattung häufig rein in einen Freiheitsdiskurs eingebettet ist. Freiheit ist natürlich ein wichtiger Aspekt des Lebens und somit auch des Sterbens. Oft wird aber der Eindruck vermittelt, dass der assistierte Suizid ausschließlich Ausdruck eines freien Willens ist. Das ist problematisch, weil Menschen, die in Krisen in eine Suizidalität hineinrutschen, nicht immer frei und selbstbestimmt in ihren Entscheidungen sind. Wird das aber so dargestellt, kann auch das Imitationseffekte zur Folge haben. Nach einer Schweizer Studie stieg nach einer sehr sensationsträchtigen Berichterstattung über assistierten Suizid die Zahl der assistierten Suizide an. Es ist problematisch, wenn sich die Berichterstattung allein auf diesen Freiheitsaspekt konzentriert.

Viele Berichte zum assistierten Suizid verwenden den Begriff Freitod. Mit der Wortwahl fängt es an. Wir haben Probandinnen und Probanden drei Versionen eines Zeitungsartikels über Suizidprävention vorgelegt. Der einzige Unterschied: Im ersten Text verwendeten wir 15 Mal den Begriff Suizid, im zweiten den Begriff Freitod und im dritten Selbstmord. Anschließend maßen wir die Einstellungen zum Suizid. Das Ergebnis war eindeutig: Diejenigen, die den Text mit dem Begriff Freitod gelesen hatten, standen dem Suizid unterstützender gegenüber als die anderen Teilnehmenden.

ASCIRS

www.ascirs.at
www.palliativ.at

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

A. Feichtner · U. Körtner
R. Likar · H. Watzke · D. Weixler
Hrsg.

Assistierter Suizid

Hintergründe, Spannungsfelder
und Entwicklungen



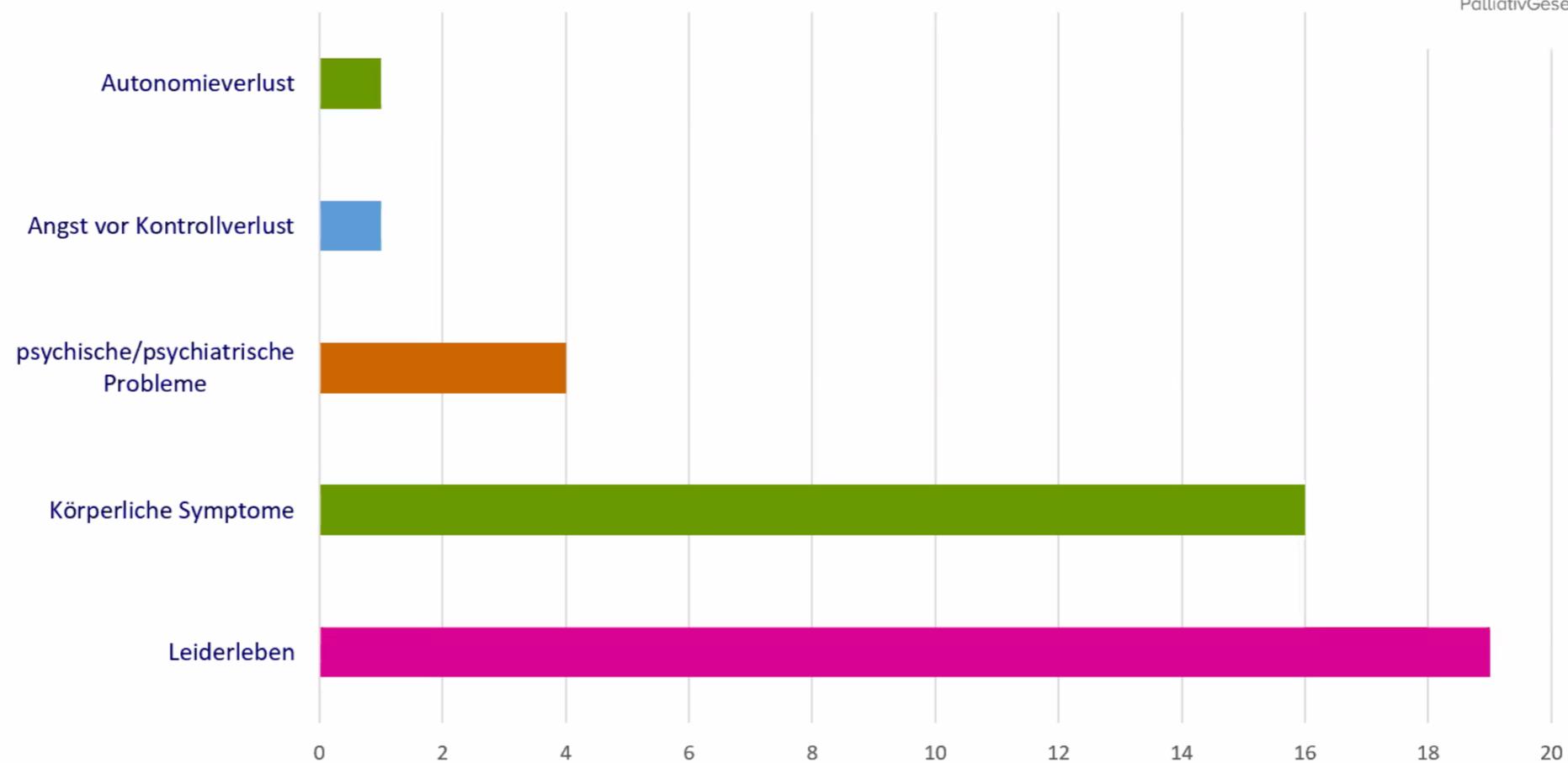
Welche

Assistierter Suizid
vollendet

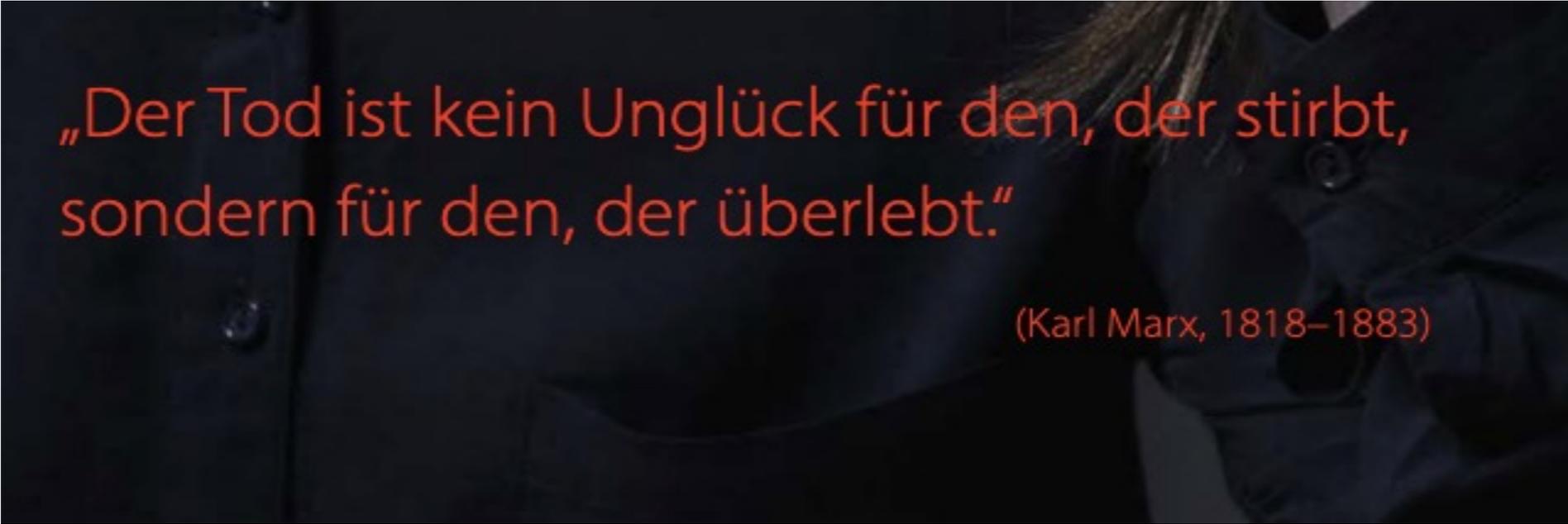


» zum Bericht

Motive für einen durchgeführten AS







„Der Tod ist kein Unglück für den, der stirbt,
sondern für den, der überlebt.“

(Karl Marx, 1818–1883)

A close-up photograph of a baboon's open mouth, showing its teeth and tongue. The baboon's fur is grey and black. The mouth is wide open, revealing the pink tongue and the sharp, yellowish teeth. The background is blurred, showing green grass.

Wut auf den Tod, der im Raum steht
Elisabeth Kübler-Ross

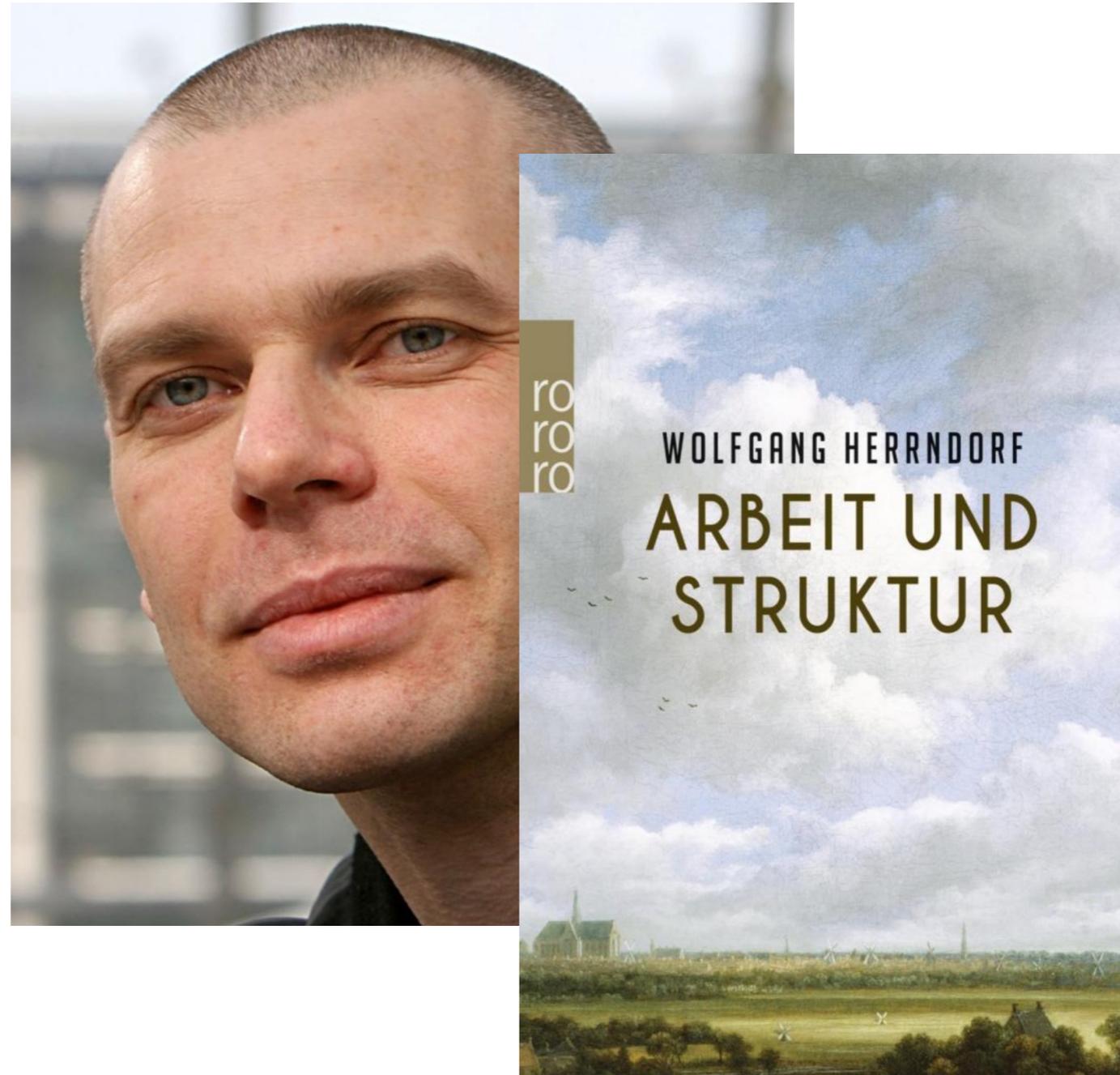


Der kaukasische
Kreidekreis
von Bertolt Brecht

30 Jahre ERNST-DEUTSCH-THEATER

SPIELZEIT 198(c):programmhefte24.de - Theodor-Storm-Antiquariat

www.wolfgang-herrndorf.de





"How people die remains in
the memory of those who live on."
Dame Cicely Saunders

To give space

Cicely Saunders

1918-2005

ZEITREISE NACH 1994:

<https://www.bbc.co.uk/programmes/p0093qyn>



Attitude

Behaviour

Compassion

Dialogue

*Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine:
The A B, C, and D of dignity conserving care. BMJ.
2007*

Was ist der Unterschied zwischen *Assistiertem Suizid* und *Palliativer Sedierung*?



Daniel Stolle

Die Intention



HABEN WIR
EINEN PLAN B ?

HATTEN WIR
EINEN PLAN A ?

PERSCHEID

3

Kodokushi

*Van den Berg V et al., Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Patients With Multiple Geriatric Syndromes.
JAMA Intern Med. 2021*



Praktische Probleme

NUR WEIL ES
TECHNISCH geht,
IST ES MORALISCH
NICHT UNBEDINGT
ZULÄSSIG.



„DARF ICH DAS TUN?“



Klassifikation
von Aussagen

Aussage
DAS ISSO!

deskriptiv
beschreiben

normativ
vorschreibend

evaluativ
bewertend

präskriptiv
setzt Normen
VORSCHREIBEND

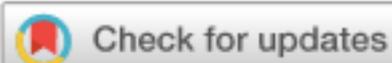


Gebote
VORSCHREIBEN

Verbote
VERBIETEN

DU SOLLST...

DU DARFST NICHT...



UK Health Alliance for Climate Change

Cite this as: *BMJ* 2022;376:o782

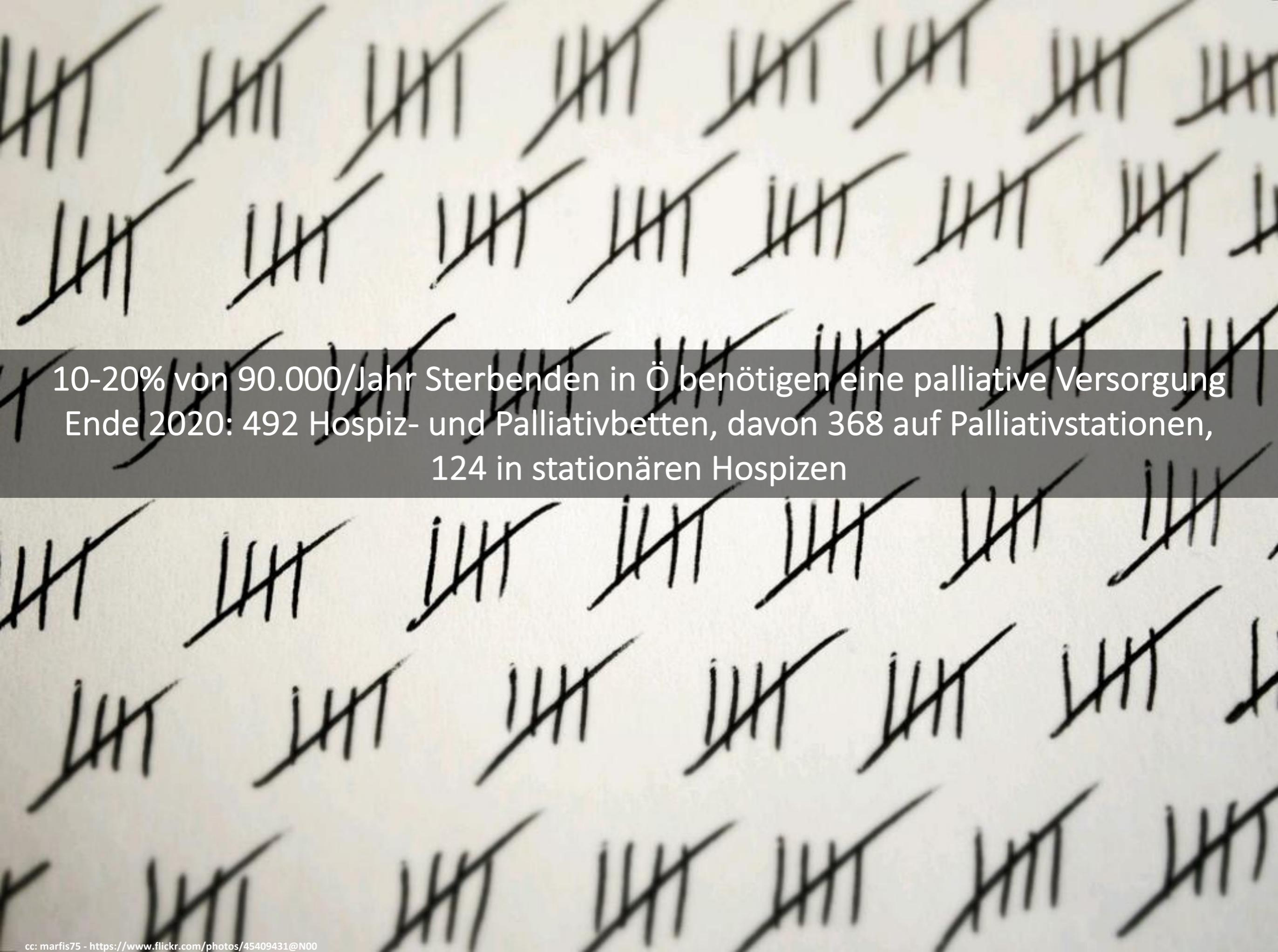
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o782>

Published: 24 March 2022

Pushing back on the arguments of the Lancet Commission on the Value of Death

Richard Smith *chair*

There is no randomised trial showing the people who talk and think about death die better than those who don't or that their families suffer less, and there probably never will be. It's hard, however, to believe that there is no benefit in knowing more about death and how we die (increased "death literacy"), preparing advanced care plans and advance decisions ("living wills"), writing legal wills, discussing funerals and arrangements for the disposal of the body, and having (as opposed to not having) the "essential conversation" with health professional as death comes close.



10-20% von 90.000/Jahr Sterbenden in Ö benötigen eine palliative Versorgung
Ende 2020: 492 Hospiz- und Palliativbetten, davon 368 auf Palliativstationen,
124 in stationären Hospizen

HOSPIZ- UND PALLIATIVFONDSGESETZ



Für das Jahr 2022 sind Bundesmittel von insgesamt 21 Mio. € vorgesehen. 2023 soll es 36 Mio. und 2024 51 Mio. € aus dem Bundesbudget geben. Der Fonds ist von 2022 bis 2024 mit 108 Mio. € dotiert.

Die Gelder sind zweckgewidmet und können von den Ländern für mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Hospizteams, Tageshospize und stationäre Hospize - jeweils für Kinder und Erwachsene - verwendet werden.

Ist Palliative Care ein Antidot?

*Roeland E et al. When open-ended questions don't work: the role of palliative paternalism in difficult medical decisions.
J Palliat Med. 2014*

antidot

Pers ² on Score											
Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Eating	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Rehabilitation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Social Situation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Suffering	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
O2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Nausea/Emesis	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Notes:											
Total Score										_____ /70	
<small>0= absence of burden; 10= worst imaginable burden; social situation: 0= high possibility of out of hospital care; 10= no possibility of out of hospital care</small>											

Patient Reported Outcome Measures

- Maximal 70 Punkte
- Zur Verlaufskontrolle geeignet
- Im ambulanten Setting sowie bei Konsiliarbesuchen einsetzbar
- Auch für Studierende/ärztliches Personal anderer Disziplinen geeignet

Masel EK et al., *The PERS²ON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study.* Eur J Cancer Care 2015
 Cortellini A et al., *The PERSONS score: A new tool for cancer patients' symptom assessment in simultaneous care and home care settings.* Palliat Support Care. 2020

Wer bin ich? Wer ist die andere Person?



Was muss ich/müssen wir als Team über Sie wissen, um Sie bestmöglich behandeln zu können?

Chochinov et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet 2011



“Sowohl als auch”
statt
“Entweder oder”





Masel EK et al., What Makes a Good Palliative Care Physician? A Qualitative Study about the Patient's Expectations and Needs when Being Admitted to a Palliative Care Unit. PLOS One. 2016

A close-up photograph of a wooden post with red and white striped caution tape wrapped around it. The tape is stretched across the post and extends into the background. The background is a blurred, sandy or dirt-covered ground.

Sicherheitsversprechen

Ethikberatung beim Suizidwunsch

Moderationshilfe von F. Salomon Version 3

Gründe für Suizidwunsch

Warum möchten Sie sich das Leben nehmen?

Was müsste geschehen, damit sie auf einen Suizid verzichten?

Was fürchten Sie, wenn Sie an morgen, nächste Woche usw denken?

Krankheit und Therapie

Welche Erkrankungen haben Sie?

Welche Symptome haben Sie?

Welche Behandlungen / Medikamente brauchen Sie?

Welche Hilfen / Pflege brauchen Sie?

Worunter leiden Sie (besonders)?

Wie erleben Sie Abhängigkeit?

Glauben und Werte

Religiöse / kirchliche Bindungen?

Was erwarten Sie nach dem Tod?

Möchten Sie religiöse Begleitung?

Dauerhaftigkeit

Seit wann haben Sie sich mit dem Gedanken beschäftigt?

Haben Sie schon früher einmal an Suizid gedacht oder ihn versucht?

Kennen Sie Menschen, die sich getötet haben oder es versuchten?

Lebenswunsch

Was macht Ihnen Freude / Hoffnung?

Worauf freuen Sie sich, wenn Sie an morgen, nächste Woche usw. denken?

Wie haben Sie früher Belastungen, Schicksalsschläge bewältigt?

Alternativen zum Suizid

Verzicht auf lebenserhaltende Therapie?

Palliativmedizin?

FVNF?

Palliative Sedierung?

Informierte / beteiligte Personen

Wer weiß davon?

Mit wem haben Sie darüber besprochen?

Wie denken diese Personen darüber?

Bezugspersonen

Menschen, die Ihnen besonders am Herzen liegen? Wer? Warum?

Wer soll Sie beim Suizid begleiten?

Wie denkt Ihre Familie über Ihren Wunsch / Plan?

Was würden Ihre Eltern sagen, wenn Sie es wüssten / noch lebten?

Wünsche zur Durchführung

Wann?

Wo?

Wie?

Wer würde beim Suizid assistieren?

Vorgehen beim Misslingen

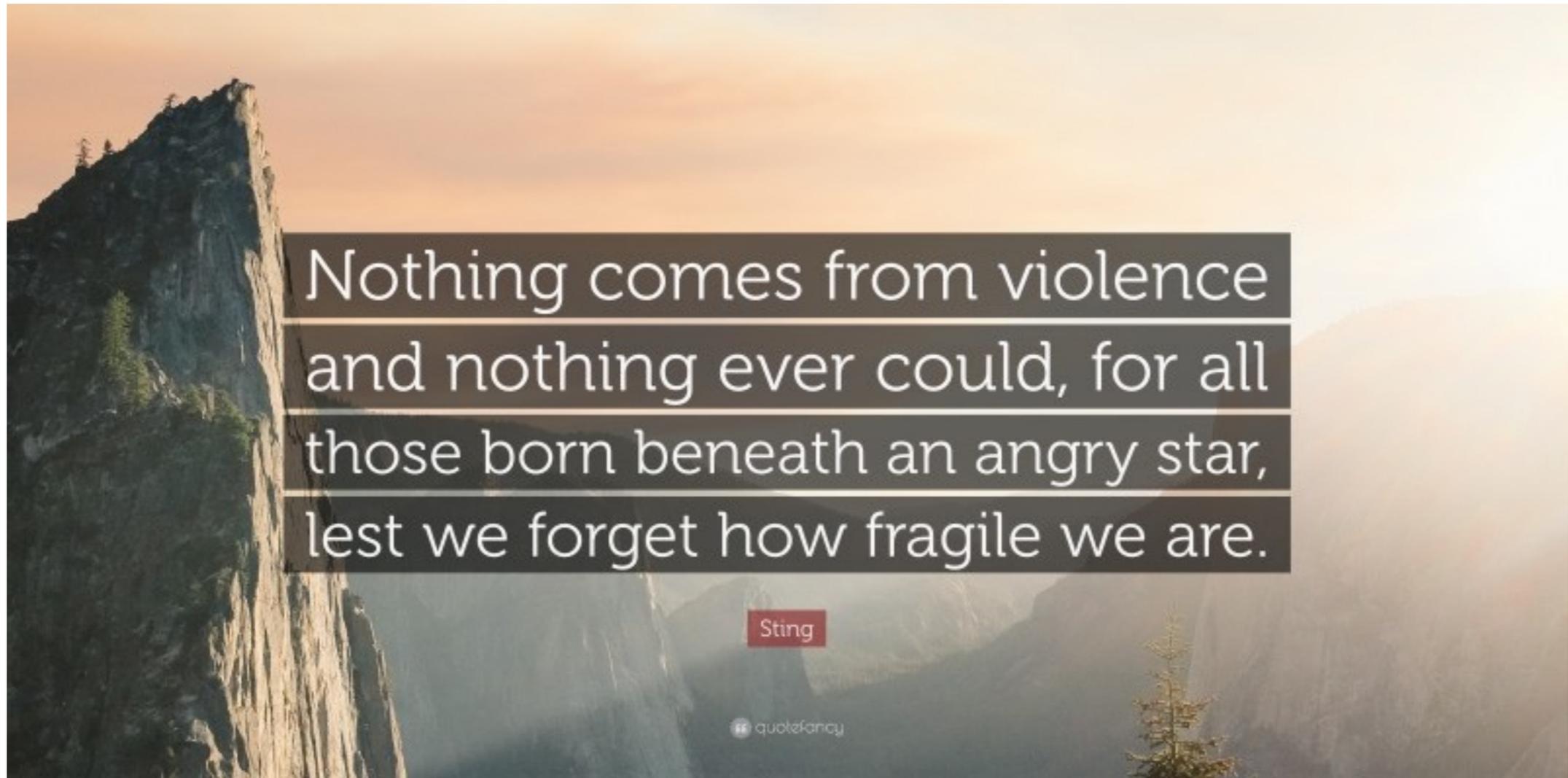


Ö1 Im Gespräch



"Jedes Gespräch ist eine Herausforderung. Es fordert von mir ganzen Einsatz - nicht zuletzt aufgrund der intensiven Recherche, die für mich die unabdingbare Voraussetzung für guten Journalismus ist. Es fordert von mir aber auch, mich auf jeden Menschen einzulassen, der für eineinhalb Stunden vor mir sitzt, mich zu öffnen, mitzudenken und mitzufühlen, genau zuzuhören und dabei selbst ganz zurückzutreten. Gespräche dieser Art zu führen, war für mich aber immer auch verbunden mit der Absicht, jenseits des Tagesjournalismus Gedanken zu vertiefen, Vorurteile zu hinterfragen, den Blickwinkel auf ein Thema oder eine Person für die Zeit des Gespräches zu verändern und damit im besten Fall eine nachhaltige neue Einsicht anzubieten."

Renata Schmidtkunz



DARAN DENKEN – DANACH FRAGEN – DARÜBER REDEN

www.kriseninterventionszentrum.at

www.suizidpraevention.at



@mlalanda

www.meduniwien.ac.at/palliativmedizin

www.meduniwien.ac.at/medical-comics

www.masel.at