

Z Gerontol Geriatr

<https://doi.org/10.1007/s00391-021-01924-5>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Thomas Frühwald¹ für Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) · Georg Pinter² für Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)¹Wien, Österreich²Zentrum für Altersmedizin, Klinikum Klagenfurt am WS, Klagenfurt, Österreich

Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie zum assistierten Suizid bei älteren Menschen

Entscheid des Österreichischen Verfassungsgerichtshofes vom 11.12.2020 zum assistierten Suizid – Perspektive der Geriatrie und Gerontologie

- Geriatrie, Palliative Care und Beihilfe zum Suizid stehen im Widerspruch zueinander. Geriater*innen, Palliative-Care-Teams, Ärzt*innen und Pflegepersonen müssen in die Beratung und bei Bedarf auch in die Betreuung der Patient*innen eingebunden sein.
- Eine Prüfung des Antrages auf Suizidassistenz bei einem alten Menschen muss durch zwei unabhängige Ärzt*innen erfolgen. Beide müssen eine geriatrische und palliativmedizinische Expertise aufweisen. Diese Prüfung muss innerhalb von 4 Wochen erfolgen und sie darf keinesfalls bewusst verzögert werden.
- Auch älteren Menschen, die einen assistierten Suizid in Anspruch nehmen möchten, muss der Zugang zu einem Palliativgespräch mit auch in Palliative Care erfahrenen Ärzt*innen ermöglicht werden.
- Assistierter Suizid darf nicht geschäftsmäßig angeboten werden.
- Ein- und Ausschlusskriterien für den Zugang zum assistierten Suizid müssen eindeutig und verständlich

formuliert werden. Es gilt, Missbrauch unbedingt zu verhindern.

Assistierter Suizid

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat mit seiner am 11.12.2020 verkündeten Entscheidung festgestellt, dass der im § 78 Abs. 2 des Strafgesetzbuches beschriebene Tatbestand der Hilfeleistung beim Suizid verfassungswidrig und daher aufzuheben ist. Bisher galt der § 78 Abs. 2 „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren zu bestrafen“. Nach dem Entscheid des VfGH wird der Passus „oder ihm dazu Hilfe leistet“ künftig wegfallen. Diese Änderung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2021 automatisch in Kraft.

§ 78 Abs. 1 Tatbestand Verleitung zum Suizid und § 77 Tötung auf Verlangen sieht der VfGH als verfassungskonform an.

Die Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes, dass das Verbot der Suizidbeihilfe verfassungswidrig ist, stellt die Autonomie in den Vordergrund. Es be-

steht das Recht auf Selbstbestimmung des Lebens und das Recht, das Leben selbstbestimmt zu beenden.

Der Gesetzgeber ist nun gefordert, bis Ende des Jahres 2021 ein dementsprechendes Maßnahmenpaket um dieses Höchstgerichtsurteil zu schnüren.

Bis dahin kann die Regierung gesetzliche Rahmenbedingungen und Regelungen beschließen, die die Kontrolle und den Schutz vor Missbrauch sicherstellen.

Die Regierung kann in dieser Hinsicht aber auch untätig bleiben, dann wäre die Suizidbeihilfe nach dem 31. Dezember 2021 ohne gesetzliche Regelung möglich.

Einleitung

Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Die Zahl der Suizidversuche nimmt zwar ab, jedoch steigt die Zahl der vollzogenen Suizide an. In Österreich wurden laut dem letzten, 2018 veröffentlichten Bericht „Suizid und Suizidprävention in Österreich“ [3] des österr. Gesundheitsministeriums 1209 Selbsttötungen vollzogen, wobei von einer großen Dunkelziffer auszugehen ist. Seit den

1980er-Jahren ist wohl von einem deutlichen Rückgang der Suizidhäufigkeit zu berichten. Dieser hat sich aber in den letzten Jahren stark verlangsamt, um ein gewisses Plateau zu erreichen. 40% der Suizide erfolgen bei Menschen, die älter als 60 Jahre sind, wobei der Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung ca. 20% beträgt. Das Suizidrisiko steigt mit zunehmendem Alter. Es ist mit 75 Jahren doppelt so hoch, ab dem 85. Lebensjahr 3-mal so hoch wie bei unter 65-Jährigen. Männer älter als 85 Jahre haben ein 5-mal so hohes Suizidrisiko wie Männer, die jünger als 65 sind. Circa 3-mal so viele Männer über 70 Jahre wie gleichaltrige Frauen begehen Suizide. Der Suizid gehört zu den 10 häufigsten Todesursachen älterer Menschen, somit ist dies auch ein Thema für die Geriatrie. Die Geriatrie, auch Altersmedizin oder Altenmedizin bzw. Altersheilkunde, ist die Lehre von den Krankheiten des alternenden Menschen, jener Zweig der Medizin bzw. der Gerontologie, der sich mit den psychologischen, sozialen, präventiven, klinischen und therapeutischen Belangen der Älteren befasst.

Suizid im Alter

Bei der Beurteilung der Risikofaktoren für den Suizid im Alter muss das Zusammenspiel verschiedener biologischer, sozialer, psychologischer und kultureller Faktoren berücksichtigt werden. Es geht allgemein um körperliche, psychische und soziale Funktionseinbußen:

- soziale Isolation, fehlender sozialer Rückhalt,
- Verluste von Bezugspersonen,
- negative Lebensereignisse („stressful life events“), z. B. Pensionierung, neue Wohnsituation (Pflegeheim), schon hier wäre präventiv anzusetzen,
- chron. Krankheiten,
- Multimorbidität, chronische Schmerzen,
- Gebrechlichkeit – Frailty, daraus resultierender Verlust an Selbstständigkeit und Autonomie,
- kognitive Beeinträchtigung (Demenz) – die Zeit der Diagnosestellung ist eine Risikosituation für Suizide, hier ergeben sich auch komplexe ethische Fragen bei der Abwägung

der Frage der Sinnhaftigkeit einer Frühdiagnostik.

Es gibt eine vermutlich große Dunkelziffer in der Suizidinzidenz – die „maskierten Suizide“: das „Sich-gehen-Lassen“, der bewusste Verzicht auf medizinische Behandlung, die medikamentöse Non-compliance, Ablehnung von Ernährung, Verwahrlosung („Diogenes-Syndrom“).

Bei der Selbsttötung als ultimativer Folge des Todeswunsches ist zu bedenken, dass es gerade die älteren Menschen wirklich ernst meinen: Bei jüngeren Erwachsenen ist das Verhältnis von Suizidversuch zu vollzogenem Suizid ca. 20:1, bei den über 65-Jährigen ist es 4:1!

Die Zunahme der Suizidrate ist bei über 85-Jährigen am höchsten. Es gibt auch einen Gender-Aspekt: Die Suizidrate ist bei Männern je nach Altersgruppe 4- bis 8-mal höher als bei Frauen. Männer, insbesondere geschiedene oder verwitwete, sind besonders gefährdet – Letztere haben ein mehr als doppelt erhöhtes Suizidrisiko im 1. Jahr nach dem Tod der Partnerin.

Der suizidale Akt wird bei älteren Menschen oft länger und konsequenter geplant.

Der Suizid erfolgt vielfach als Abwägen und Entscheiden, unbeeinflusst von Affekten, im Glauben „am Ende eines erfüllten Lebens“ angelangt zu sein, im Sinne eines „completed life“ mit der Folge eines „Bilanzsuizids“. Der Alterssuizid ist meist eine Reaktion auf altersspezifische Situationen mit mehrfachen Belastungen, die als wenig oder gar nicht beeinflussbar eingeschätzt werden. Manchmal ist der Suizid als quasialtruistischer Akt der Befreiung der Umwelt von der Last, die man darzustellen glaubt, zu verstehen.

Als Risikofaktoren zu betrachten sind neben den schon genannten Suizidversuchen in der Anamnese „Suizidankündigungen“, Suizide von Angehörigen, psychiatrische Erkrankungen (Depression bei 50%, Schizophrenie, Sucht), Beziehungskrisen, familiäre Konflikte, fehlende emotionale, spirituelle oder religiöse Bindung, materielle Probleme.

Beim Thema des Erkennens der Suizidalität ist zu bedenken, dass die objektive Einschätzung der Gesamtsituation we-

niger maßgeblich ist als das Ausmaß der negativen Bewertung durch den Betroffenen/die Betroffene selbst. Auch gilt es zu beachten, dass ältere Menschen den Suizid seltener ankündigen als jüngere, dass 70% der Suizidanten im Monat vor dem Suizid den Hausarzt aufsuchen, dass häufig Depressionen mit Agitiertheit, Reizbarkeit, Unzufriedenheit, Leistungsinsuffizienz, Interessenverlust, Schlafstörungen, vegetativen, somatischen, oft hypochondrisch anmutenden Beschwerden, die oft wahnhaft gesteigert sind, assoziiert sind, dass weniger eine tiefe, traurige Verstimmung beobachtet wird, und dass es sich oft um arbeitsame, leistungsorientierte, wenig flexible Persönlichkeiten handelt.

Als Hinweise auf mögliche Suizidalität sollten beachtet werden:

- Äußerungen über Sterben und Tod,
- Ordnen von eigenen Angelegenheiten,
- Verschenken von Besitz, Verfassen von Testamenten,
- Aufsuchen des Arztes ohne klaren Grund,
- Veränderung von Gewohnheiten (Essen, Schlafen),
- Vernachlässigung,
- plötzliches Ruhiger-Werden,
- vermehrte Aktivität nach einer apathischen Phase.

Der Todeswunsch im Alter ist ein multifaktorielles, multidimensionales Geschehen [9], psychosoziale und spirituelle Faktoren spielen eine größere Rolle als körperliche. Es entwickelt sich ein Gefühl der Nutzlosigkeit, eine Last zu sein. Einsamkeit, soziale Isoliertheit, Verzweiflung ob des wahrgenommenen Kontrollverlustes über die eigene Lebenssituation sind verstärkende Faktoren. Es kommt zur existenziellen Angst im Sinne einer „total pain“, zum Anhedonie. Dies ist die Unfähigkeit, positive Emotionen wie Glück, Wohlbefinden oder Zufriedenheit zu empfinden. Somit ergibt sich ein Unvermögen, sich des Lebens zu erfreuen.

Ein schwindendes Selbstwertgefühl entsteht insbesondere bei den „Hochaltrigen“: Ab ca. 85 Jahren fühlen sich die meisten Menschen subjektiv „wirklich alt“ [11]. Progrediente körperliche

Defizite im Rahmen des Gebrechlichkeitssyndroms, der sog. Frailty, werden manifest: Inkontinenz, rezidivierende Stürze, Immobilität, kognitive Behinderung, Vergesslichkeit, fortschreitende Defizite der Selbsthilfefähigkeit mit zunehmendem Hilfs-, Betreuungs- und Pflegebedarf.

Ein geäußelter Sterbewunsch eines älteren Menschen ist zunächst lediglich die Vorstellung, dass er oder sie sich den Tod als besseren Zustand als das Leben vorstellt. Die Frage, was hinter dieser Vorstellung steht, ist sorgfältig zu ergründen [7].

Dieser Todeswunsch kann sowohl bei Menschen in Institutionen der Langzeitbetreuung, aber auch bei zuhause betreuten Personen wahrgenommen werden und lässt sich dann in dem für das betreuende Umfeld oft belastenden freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) beobachten. Solange dies die wohl überlegte, freiwillige Entscheidung eines Menschen ist, der sich der Tragweite einer solchen Entscheidung bewusst ist, ist sie zu akzeptieren. Auszuschließen ist in jedem Fall, dass diese nicht Ausdruck einer behandelbaren Depression oder einer ebenfalls behandelbaren somatischen Erkrankung ist und wirklich selbstbestimmt und autonom, ohne äußeren – sozialen – Druck geschah. Solch ein sozialer Druck kann auch entstehen, wenn der alte Mensch ständig zu spüren bekommt, als Belastung wahrgenommen zu werden – z. B. durch Kosten, die durch Betreuung und Pflege generiert werden.

Zum Erfüllen des Todeswunsches im Alter wird Sterbefasten, der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, als „natürlicher Suizid“, als Ausweg am Lebensende dargestellt – „wenn das Leben durch Alter und Leiden zur Last wird“. Dabei seien keine aktiven lebensverkürzenden Maßnahmen notwendig [5].

Wie soll nun dem potenziell zum Suizid führenden Todeswunsch im Alter begegnet werden? Was tun, damit alte Menschen nicht das Gefühl bekommen, nutzlos, eine zunehmende Last zu sein? Die Gesellschaft soll nicht nur jene verteidigen und unterstützen, die eine herzeigbare, messbare Leistung erbringen. Familien, die oft durch die Betreuung und Pflege nicht nur in materieller Hin-

sicht überfordert sind, müssen aktiv unterstützt werden, das inkludiert auch das Angebot kompetenter ambulanter und stationärer palliativer Betreuung.

Wir benötigen eine realistische, durchaus nicht primär negative Perspektive aufs Alter und den Alterungsprozess. Die Mehrzahl der alten und hochaltrigen Menschen ist bis zuletzt nicht gebrechlich (frail), nicht pflegebedürftig – sondern vital, robust, fit, kognitiv intakt, kreativ, potenziell produktiv, zufrieden. Das zeigte auch die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie (ÖIHS), die 2015 von der Österreichischen Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen durchgeführt wurde (ÖPIA, 2015, www.oepia.at). An einem repräsentativen Sample 80- bis 85-Jähriger ($n = 410$) konnte gezeigt werden, dass 39,0% mit ihrer Lebenssituation sehr zufrieden, 40,2% eher zufrieden, nur 14,9% mittelmäßig zufrieden und 3,7% eher nicht zufrieden bzw. 1,2% gar nicht zufrieden waren.

In einem Editorial im *British Medical Journal* schreibt der irische Geriater und Gerontologe Prof. Desmond O'Neill vom Dubliner Trinity College über die Dividende des Alterns („the dividend of ageing“, [10]). Er fragt: Menschen werden alt, sie werden gebrechlicher, langsamer, anstrengender ... Sind sie deswegen weniger wertvoll? Dazu beklagt er das Unvermögen unserer Gesellschaft, in der zunehmenden Langlebigkeit einen Schatz zu sehen statt ausschließlich der eindimensionalen Perspektive der Last und des Niedergangs. Es resultiert daraus eine „perniziöse“ Abwertung der Potenziale im Alter. Denn man stelle sich nur vor: Was wäre die Welt – was wären wir – ohne die jetzt gebrechlichen, pflegebedürftigen, sterbenden Alten?

Aufgabe der Geriatrie am Lebensende

Das medizinische Spezialfach Geriatrie wirkt im Spannungsfeld zwischen der Todesnähe und dem Sichern bestmöglicher Lebensqualität, unabhängig von der Länge der noch verbleibenden Lebensspanne. Eine weitere Herausforderung liegt darin, sowohl die Förderung der Selbstständigkeit und Autonomie als

auch Schutz, Hilfe und Betreuung sicherzustellen. In der Geriatrie ist die Betreuungsqualität an der Grenze zwischen „Was kann getan werden“ und „Was soll getan werden“ angesiedelt. Dies verlangt ein großes Maß an Empathie, hoher fachlicher geriatrischer, palliativ-medizinischer und vor allem ethischer Kompetenz. Die Todesnähe der geriatrischen Patient*innen ergibt sich aus der demografischen Realität, aus dem mit dem Alter steigenden Risiko für chronische Multimorbidität und geringer werdenden Kapazitäten, mit zusätzlichen akuten Krankheitsereignissen fertigzuwerden. Der Tod ist in der geriatrischen Patientenpopulation viel präsenter als in jeder anderen Altersgruppe. Eine zunehmende Zahl von Menschen erreicht das Endstadium chronischer Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, respiratorische und zerebrale Erkrankungen, auch Krebserkrankungen. Mit der größer werdenden Wahrscheinlichkeit, sehr alt – hochaltrig – zu werden, steigt das Risiko, fortschreitende Gebrechlichkeit (Frailty) und kognitive Defizite (Demenz) zu erleben, damit einhergehend eine progrediente Abhängigkeit von Pflege und Betreuung sowie einen Verlust von Autonomie und Selbstständigkeit. Diese nur kurz skizzierte Situation wird gefürchtet, erzeugt Angst und den Wunsch, sie nicht erleben zu müssen.

Der Todeswunsch im Alter ist eine Realität, der es zu begegnen gilt. Psychosoziale und spirituelle Faktoren spielen sehr oft eine größere Rolle als körperliche Symptome, insbesondere wenn das soziale Umfeld einem das Gefühl vermittelt, nutzlos und eine Last zu sein, oder man selbst sich so erlebt. Eine nur eindimensionale negative Perspektive des hohen Alters als Last und Niedergang resultiert in einer Abwertung der positiven Potenziale des Alters. Diese aufzuzeigen ist auch eine der Aufgaben der Geriatrie und Gerontologie, die zu mehr Lebenssinn am Lebensende verhelfen können.

Geriatrie und Palliative Care

Die palliative Betreuung alter Menschen unterscheidet sich von den Ansätzen und Methoden, die für jüngere Menschen, vor allem Krebspatient*innen entwickelt

wurden, durch einige Besonderheiten. Zu den klassischen Symptomen der Palliative Care gesellen sich die typisch geriatrischen Syndrome/Symptome, gepaart mit verminderter funktioneller Kapazität und Funktionseinschränkungen: Gebrechlichkeit, Mobilitätsverlust, Gedächtnisschwäche, Depression unwillkürlicher Harn- oder Stuhlverlust (Inkontinenz), Sturzerkrankung sowie psychische (vor allem Depression) und soziale (Einsamkeit, Isolation, Armut) Faktoren.

Hinzu kommt, dass viele alte Patient*innen ihre Bedürfnisse nicht ausreichend formulieren können oder wollen. Natürlich haben sich die meisten in einem langen Leben Mechanismen erarbeitet, mit Krisen umzugehen, aber in dieser Grenzsituation unseres Seins sind sie oft zu schwach und überfordert, häufig auch hilflos. Die Erkrankungen, seien sie nun körperlicher oder seelischer Natur, können von den Patient*innen gänzlich Besitz ergreifen, sie verändern, beugen, sie auch ihrer Autonomie berauben.

Die Behandlung und Begleitung müssen daher immer individuell angepasst, funktionalitäts-, problem- und symptombezogen sein.

Um den vielen und vielfältigen Aspekten in der geriatrischen Palliativmedizin gerecht zu werden, braucht es ein in der Betreuung alter Menschen erfahrenes Team.

Die palliative Geriatrie vereint die Prinzipien und die Praxis von Geriatrie und Palliative Care.

Geriatrische Palliativmedizin

- ... arbeitet auf Basis des geriatrischen Assessments, welches die funktionellen Probleme, aber auch die Ressourcen der Patient*innen erfasst und erstellt auf Basis der Ergebnisse einen umfassenden Therapie- und Behandlungsplan. Sie bekennt sich zu einem individualisierten, multiprofessionellen und interdisziplinären Zugang zum alten Menschen sowie zu seinen Angehörigen.
- ... bezieht neben der Behandlung somatischer und psychischer Probleme auch soziale und spirituelle Aspekte

sowie das persönliche Umfeld in das Betreuungskonzept mit ein.

- ... zielt auf gute Schmerz- und Symptomkontrolle unter besonderer Berücksichtigung funktioneller und kognitiver Einschränkungen und verlangt daher besondere Kompetenz im Umgang mit hochbetagten, kommunikativ oder kognitiv beeinträchtigten Menschen.
- ... erkennt die besonderen Charakteristika von Symptom- und Krankheitspräsentation im Alter, die wechselseitige Beeinflussung verschiedener Erkrankungen und die Notwendigkeit einer sicheren Pharmakotherapie.
- ... erkennt ethische Problemsituationen, nutzt zur Problemlösung unter anderem das Vier-Prinzipien-Modell [2] sowie Strukturen wie klinische Ethikberatung (Ethikkommission) und Ethikboard und bezieht an erster Stelle die Betroffenen, aber auch ihr Umfeld in den Entscheidungsprozessen mit ein.
- ... greift die Bedürfnisse alter Menschen und ihres Umfeldes in den verschiedenen Betreuungssituationen auf (zu Hause, im Krankenhaus, in einer Pflegeeinrichtung, im Hospiz).
- ... beachtet insbesondere das Versorgungsnetz der Patient*innen und unterstützt An- und Zugehörige darin, mit den Herausforderungen in der Pflege und Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase zurechtzukommen.

Frailty und Palliative Care

Gebrechliche alte Menschen wirken schwach und energielos, können sich nur langsam fortbewegen und sind jederzeit gefährdet, zu stürzen oder Komplikationen einer bereits bestehenden Erkrankung zu erleiden. Frailty entwickelt sich als Folge der altersbezogenen Abnahme mehrerer physiologischer Systeme und führt zu Vulnerabilität und plötzlicher Veränderung des funktionellen Status bei nur geringen Auslösern. Zwischen 25 und 50 % der alten Menschen über 85 Jahre sind davon betroffen [6].

Frailty ist ein prognostischer Faktor, der mit deutlich erhöhter Mortalität verbunden ist [12].

Frailty erfordert aber auch einen palliativmedizinischen und ethischen Zugang, wenn ein fortgeschrittenes oder schon weit fortgeschrittenes Stadium erreicht ist.

Demenz und Palliative Care

Mit zunehmender Lebenserwartung steigt auch die Zahl der Menschen mit demenziellen Syndromen. Zugang zu Palliative Care ist auch für diese Patientengruppe essenziell. Dadurch kommt es auch in Palliativeinrichtungen zu einer Zunahme an zu betreuenden Patient*innen. 1995 hatten weniger als 1 % der Hospizpatient*innen als Hauptdiagnose eine Demenz, 2014 waren es schon 15 % [14]. Um den steigenden Ansprüchen gerecht zu werden, braucht es entsprechende gerontopsychiatrische und geriatrische Strukturen mit der entsprechenden Expertise, um die Betroffenen optimal zu betreuen.

Die Erkrankung zeigt in allen Stadien durchaus eine Heterogenität der Ausprägung, vor allem in der frühen Phase. In den fortgeschrittenen Stadien sind alle Kriterien für den Bedarf an Palliative Care erfüllt. Es kommt zu progredientem funktionellen Abbau, zu Sarkopenie und Frailty. Es treten zusätzliche medizinische Komplikationen auf, und die Betroffenen haben ein mittleres Überleben von nur mehr ca. 5 Jahren [15].

Das Vermitteln von einschneidenden Diagnosen erfordert das ehrliche, aber sehr oft auch das schwierige Gespräch. Schwierig für den Arzt, schwierig für die Patient*innen. Es erfordert eine entsprechende ernsthafte Vorbereitung, das „Abholen“ der Patient*innen zum Gespräch, das Geben von Zeit, Mut und Hoffnung, aber auch das aktive Nachfragen.

Wenn das Schweraussprechliche, das Unaussprechliche gesagt ist, brauchen schwer kranke Menschen laufend unseren Beistand [4].

Diese Gespräche finden leider nur unzureichend statt. Untersuchungen zeigen, dass nur jeder fünfte Angehörige über die Prognose von Patient*innen mit

fortgeschrittener Erkrankung aufgeklärt wird. Dieser Faktor, verbunden mit einer sicher noch unzureichenden palliativen Ausrichtung der Therapie bei schwer demenzkranken Menschen, führt sehr oft noch zu einer Übertherapie bei diesen Patient*innen. Eine Untersuchung an 323 Pflegeheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz ergab, dass bei 40,7% der Betroffenen in den letzten 3 Monaten ihres Lebens noch eine der folgenden belastenden Interventionen durchgeführt wurde: parenterale Ernährung, PEG-Sonde, Transfer in ein Krankenhaus oder in eine Notfallambulanz.

Demenz und Schmerz

Chronische Schmerzen treten bei Menschen mit Demenz sehr häufig auf, wobei mit einer Prävalenz von über 50% bei zu Hause lebenden und mit über 80% bei Pflegeheimbewohnern ausgegangen werden muss [1].

Ein großer Anteil von Personen mit Demenz und Nichttumorschmerzen erhält keine ausreichende pharmakologische Behandlung. Alte Menschen mit moderater, mittelschwerer und schwerer Demenz und Personen mit Behinderungen sind die höchsten Risikogruppen für eine nicht suffiziente Schmerztherapie [13].

Das hat sich leider bis heute noch nicht ausreichend verändert. Vorurteile, mangelnde Kompetenz in Schmerztherapie, mangelhafte Kommunikation und unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit sind die Gründe dafür.

Kooperation Geriatrie und Palliativmedizin

Es gibt eine Fülle an Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zwischen Geriatrie, Palliativmedizin und der Hospizbewegung. Dies erfordert den Dialog zwischen und innerhalb der entsprechenden Fachgesellschaften hinsichtlich der Betreuung und Begleitung von schwer kranken alten Menschen. Die Herausforderungen der Zukunft können durch eine entsprechende Zusammenarbeit sicher besser und effektiver gelöst werden [8].

In einer gemeinsamen Stellungnahme der EAPC (European Association for Palliative Care) und der EuGMS (European Geriatric Medicine Society) wird eine bessere Palliativversorgung für alte Menschen in Europa gefordert. Viel zu oft werden alte Menschen unnötigen Untersuchungen, Behandlungen, Krankenhauseinweisungen oder intensivmedizinischen Behandlungen unterzogen. Das ist belastend für die Patient*innen, ihre Familien und teuer für die Gesellschaft.

Dafür werden ihnen einfühlsame Begleitung, optimale Symptomkontrolle sowie die Möglichkeit, nicht nur am Leben zu sein, sondern ein Leben zu haben, vorenthalten.

Der Zugang zu einer hochwertigen Palliativversorgung für alte Menschen und ein enges Zusammenspiel zwischen geriatrischen und interdisziplinären Palliativteams könnten die Bedürfnisse dieser Patientengruppe besser berücksichtigen und Kosten in der sozialen und Gesundheitsversorgung einsparen [16].

Korrespondenzadresse

Dr. Georg Pinter

Zentrum für Altersmedizin, Klinikum Klagenfurt am WS
Feschnigsstraße 11, 9020 Klagenfurt, Österreich
georg.pinter@kabeg.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Frühwald und G. Pinter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. Achterberg WP, Gambassi G, Finne-Soveri H, Liperoti R, Noro A, Frijters DHM, Cherubini A, Dell'Aquila G, Ribbe MW (2010) Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. *Pain* 148(1):70–74. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.008>
2. Beauchamp TL, Childress JF (2019) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, Oxford
3. BMSGPK (Hg) (2020) Suizid und Suizidprävention in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

4. Bucka-Lassen E (2005) Das schwere Gespräch. Deutscher Ärzte-Verlag, ISBN 978-3-7691-0501-8
5. Chabot B, Walther C (2015) Ausweg am Lebensende: Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Reinhardt, München
6. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K (2013) Frailty in elderly people. *Lancet* 381(9868):752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
7. Grob D (2012) Vom Umgang mit Sterbewünschen. *Schweiz Ärztezeitung* 93:13
8. McCormick E, Chai E, Meier DE (2012) Integrating palliative care into primary care. *Mt Sinai J Med* 79:579–585. <https://doi.org/10.1002/msj.21338>
9. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014) What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care* 13:38. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
10. O'Neill D (2015) BMJ Blogs: The BMJ "Blog Archive": Welcoming the new ageing in a global context 13.10.15
11. Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA) (Hrsg) (2018) Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie
12. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 173(5):489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
13. Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA (2006) Management of noncancer pain in community-dwelling persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 54:1892–1897. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00986.x>
14. Stewart J, Schultz S (2018) Palliative care for dementia. *Psychiatr Clin North Am* 41(1):141–151
15. Wolf-Klein G, Pekmezaris R, Chin L, Weiner (2007) Conceptualizing Alzheimer's disease as a terminal medical illness. *Am J Hosp Palliat Care* 24:77–82. <https://doi.org/10.1177/1049909106295297>
16. World Health Organization (Hrsg) (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. ISBN 978-0-9928277-0-0