

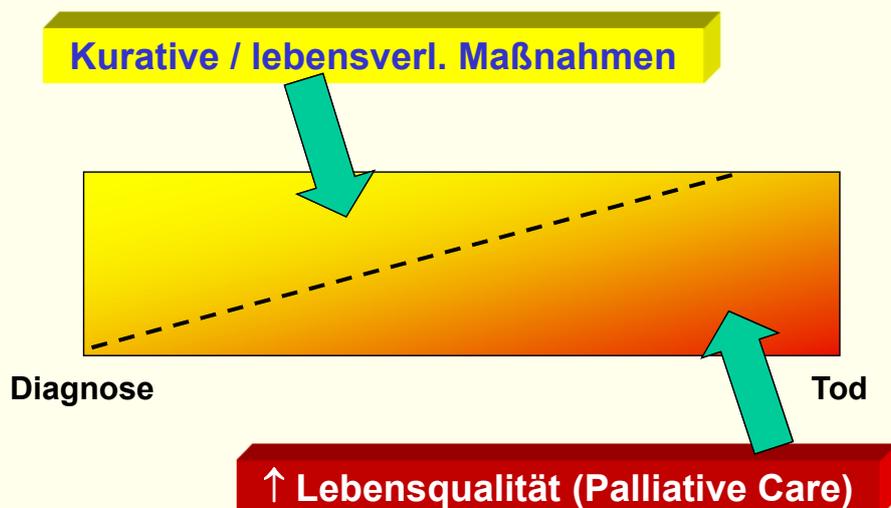


- Einleitung: Palliative Care
- Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen
- Tötung auf Verlangen
- Assistierter Suizid
 - Schweiz, Oregon, Deutschland
- Was ist den Menschen wirklich wichtig?
- Gefahren für die Selbstbestimmung
- Fürsorge im Dialog

Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psycho-sozialer und spiritueller Natur.

WHO, 2002

Palliative Care: neue Vorstellung



**Palliative Care ist Betreuung
für die letzte Lebensphase,
nicht nur in der letzten Lebensphase**

**Palliative Care ist Aufgabe aller im
Gesundheitswesen Tätigen**

Wir sind heute zu einem Punkt gelangt, wo, leider unsere positive Einstellung ihre Grenze erreicht hat. Auf eine Skala von 0 bis 10 ist unsere Lebensqualität schon seit einiger Zeit stabil bei 1. Das begründet eine schmerzliche Entscheidung, meine langsame Agonie zu beenden.

Aber auch in dieser Stadium erlauben uns die Kompetenz, die Mittel und die Fähigkeiten der Palliativmedizin, das was uns bevorsteht mit Gelassenheit anzuschauen. Zu unserer großen Entlastung wird auch dieser letzte Schritt von der Palliativmedizin begleitet werden.

O.D., August 2012

Wie kann man Leiden begegnen

- Symptomkontrolle
- Psychosoziale Betreuung
- Spirituelle Begleitung
- Palliative Sedierung
- Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen
- *Suizidhilfe?*
- *Tötung auf Verlangen?*

Der Fall Bettina K.

- 2002 Unfall → Lähmung, **Beatmung**
- 2004 Antrag auf BtM abgelehnt
- 2005 Suizidhilfe in der Schweiz
- 2012 EGMR verurteilt Deutschland
- 2017 Urteil des BVerwG
- 2018 De facto-Nichtanwendungserlass
- **... und es war alles unnötig**

(Borasio & Voltz: Fallbericht; Müller & Schöch: Juristische Stellungnahme. Zschr Med Ethik 1994, 143 ff. u. 321 ff.)

Wie reden wir über das Lebensende

- „Selbstmord“ (verbietet sich)
- Suizid „begehen“
- „organisierte Beihilfe“ zum Suizid
- Freitod
- Ist „Suizidhilfe“ der richtige Ausdruck?

«Medizinische Hilfe im Sterben»

Italien: Der Fall Welby

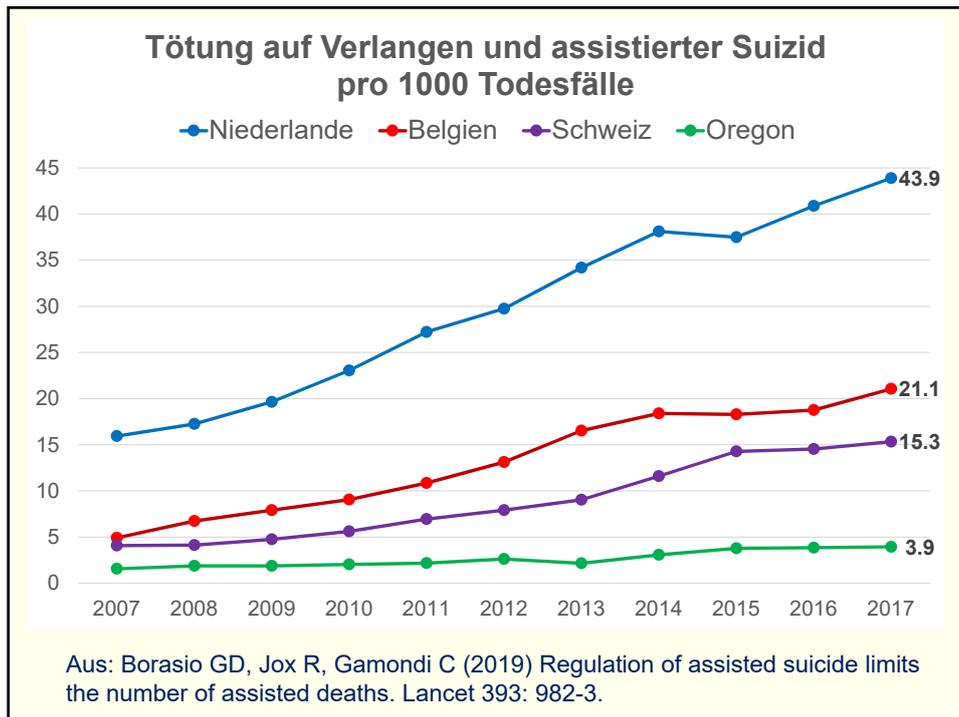


Die Verweigerung des kirchlichen Begräbnisses für Piergiorgio Welby war

- 1. ein theologisches Armutszeugnis**
- 2. eine pastorale Bankrotterklärung der italienischen katholischen Kirche**

Probleme der Tötung auf Verlangen aus ärztlicher Sicht

- Tötung auf Verlangen ist unnötig
- Ausweitung auf psychisch Kranke und Kinder
- **Tötungen ohne Verlangen (LAWER) bei dementen Patienten**
- Absenkung der psychologischen Hemmschwelle



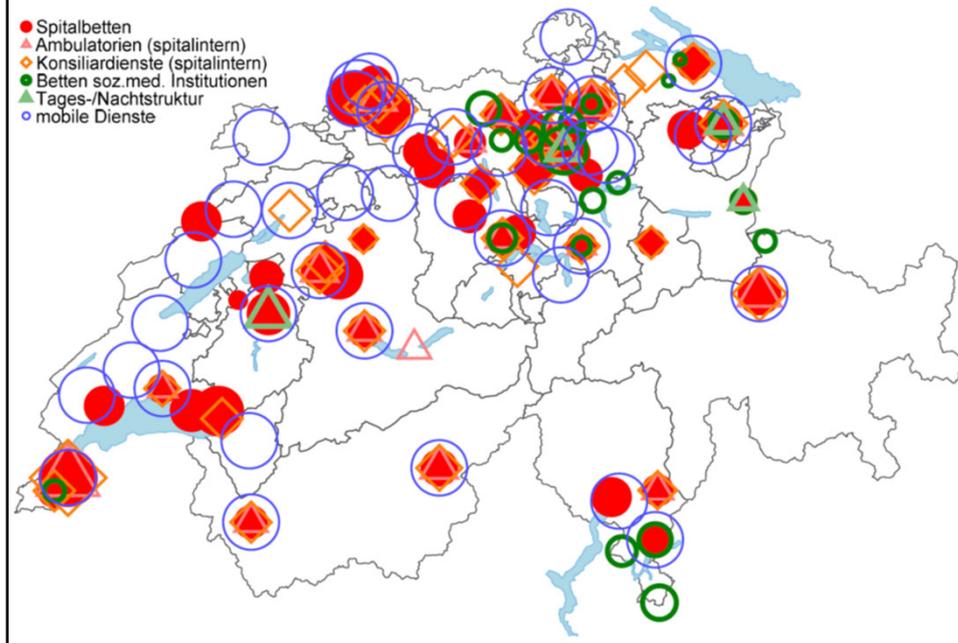
**Es gibt fundamentale Unterschiede
zwischen assistiertem Suizid und
Tötung auf Verlangen –
juristische, ethische und praktische**

Eine klare Regelung des assistierten Suizids könnte der beste Schutz vor der Tötung auf Verlangen sein

Situation in der Schweiz

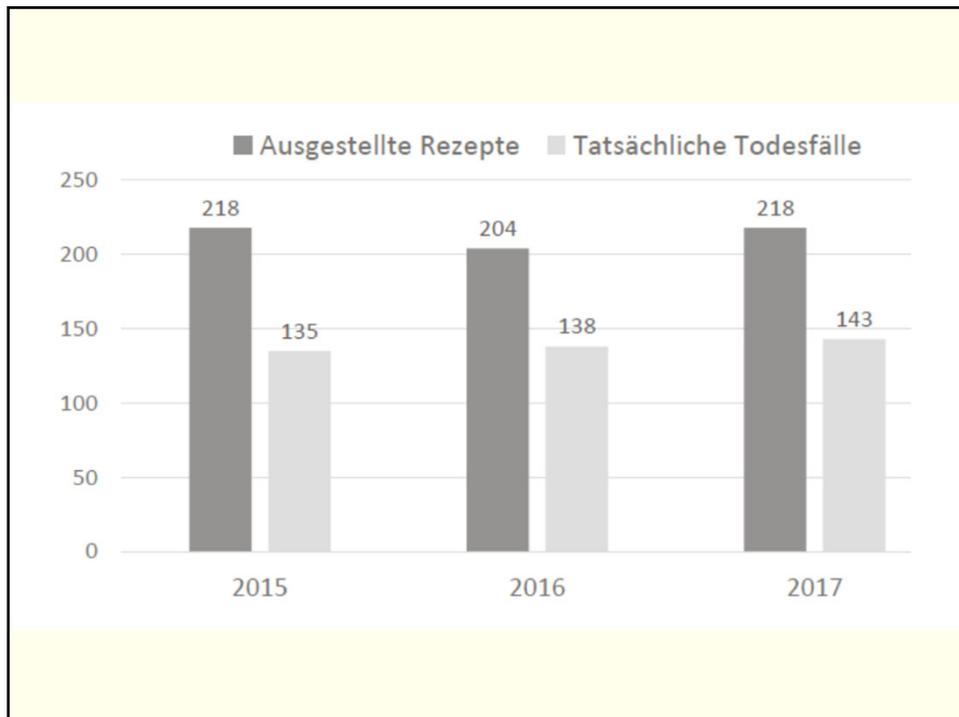
- Tötung auf Verlangen: verboten (Art. 114 StGB)
- Assistierter Suizid: Verboten, wenn es aus "selbst-süchtigen Beweggründen" erfolgt (Art. 115 StGB)
- Durchführung meist durch Suizidhilfe-Vereine
- Ca. 15 von 1000 Todesfällen
- Zunahme bei psychisch Kranken und gesunden Hochbetagten

Spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (Stand 2018)



Situation in Oregon

- Death with Dignity Act (1997)
- Nur ärztlich assistierter Suizid
 - unheilbare, lebensbegrenzende Erkrankung
 - Volljährigkeit und Freiverantwortlichkeit
 - Zwei unabhängige Ärzte
 - Aufklärung über Alternativen, insbes. Palliativmedizin
 - transparente Dokumentation und Meldung
 - Verbot der öffentlichen Werbung für Suizidhilfe.
- Ca. 4 von 1000 Todesfällen
- 90% der Patienten mit Palliativbegleitung



Situation in Deutschland

- Suizidhilfe bis 2015 nicht strafbar
- Neuer § 217 StGB (2015)
 - Verbot der „geschäftsmäßigen“ Suizidhilfe
 - Große Rechtsunsicherheit, v.a. bei Ärzten
 - Von Anfang an Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit
- 26.2.20: Das Bundesverfassungsgericht erklärt den neuen § 217 für verfassungswidrig und nichtig.
 - „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht ... umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.“
- Damit ist eine gesetzliche Neuregelung der Suizidhilfe erforderlich

Gesetzesvorschlag für Deutschland

- Zulassung der ärztlichen Suizidhilfe
- Voraussetzungen:
 - Volljährigkeit und **Freiverantwortlichkeit**
 - Aufklärung über Alternativen, insbesondere Palliativmedizin, durch zwei unabhängige Ärzte
 - Wartezeit von mind. 10 Tage
 - transparente Dokumentation und Meldung
 - Verbot der Werbung für Suizidhilfe
 - Verbot der Tötung auf Verlangen



Gesetzesvorschlag für Deutschland: Begründung

- Kein Zweifel an Existenz des freiverantwortlichen Suizids
- Suizidwünsche auch bei bester Palliativversorgung
- Pflichten des Staates: Selbstbestimmung und Fürsorge
- **Fürsorge:**
 - durch Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit, kompetente Beratung und Aufzeigen von Alternativen
 - durch Schutz vor sozialem Druck
 - durch bestmögliche Suizidprävention
 - durch Förderung der Palliativmedizin und Hospizarbeit
 - durch Verbot gewerblicher Suizidhilfe
 - durch Verbot der Tötung auf Verlangen

Suizidhilfe: eine ärztliche Aufgabe (1)

1. Kommunikative Kompetenz und Erfahrung
2. Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit, Freiverantwortlichkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches
3. Wissen über Krankheitszustände, Behandlungs- und Unterstützungsoptionen sowie Sterbebegleitung.
4. Vermittlung des Zugangs zu diesen Optionen

Suizidhilfe: eine ärztliche Aufgabe (2)

5. Wissen um die Wirkungsweisen sedierender und tödlicher Substanzen.
6. Vertrauensverhältnis der Arzt-Patient-Beziehung und ärztliche Schweigepflicht als Gesprächsvoraussetzungen
7. Ärztliche Berufsethik: Lebensschutz und Respekt der Selbstbestimmung der Patienten

Suizidhilfe: eine ärztliche Aufgabe (3)

Nach geltender Rechtslage sind folgende Tätigkeiten Ärzt:innen vorbehalten:

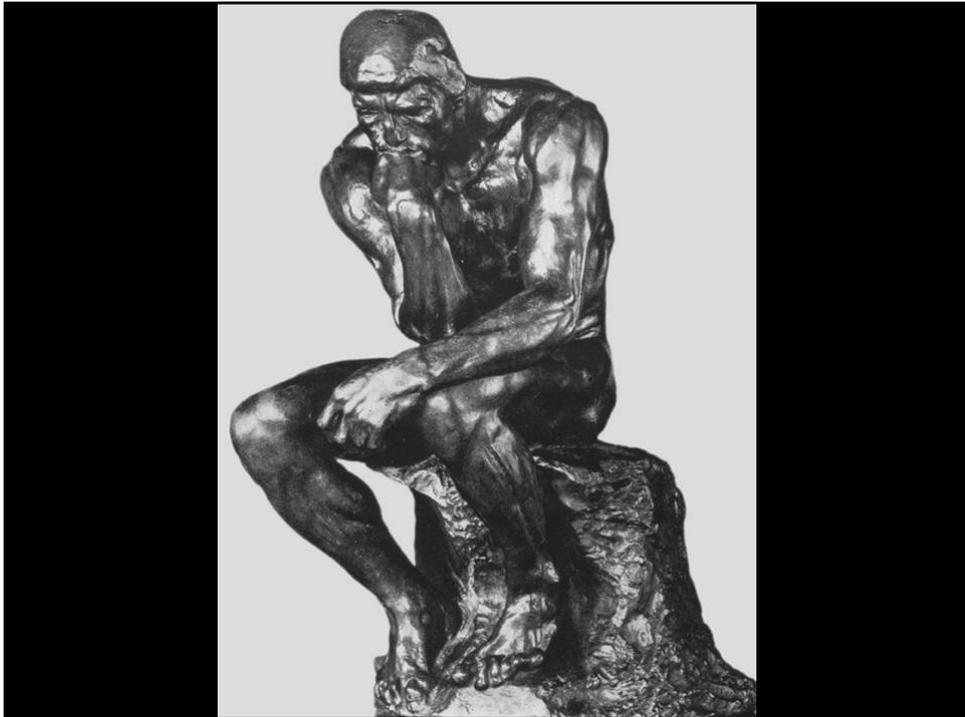
- Aufklärung über medizinische Situation
- Feststellung der Freiverantwortlichkeit
- Aufklärung über Alternativoptionen (insbesondere der Palliativmedizin)
- Information über die Wirkungsweise der tödlichen Substanz
- Verschreibung der tödlichen Substanz

Gesetzesvorschlag: Gegenargumente

- Angst vor „ethischem Dammbbruch“
- Angst vor einer Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient
- Angst vor Suizidzunahme
- Angst vor Verschlechterung der Palliativversorgung
- **Angst vor sozialem Druck auf Betroffene**

Gefahr des sozialen Drucks

- Keine Hinweise in Daten aus Oregon – aber: Suizidhilfe nur wenn Lebenserwartung <6 Mo
- Wunsch, der Familie „nicht zur Last zu fallen“
- Angst vor „Abschiebung“ ins Pflegeheim
- Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter
- Oft unzureichende pflegerische und palliative Versorgung
- **Was sind uns die alten, pflegebedürftigen, großteils dementen Menschen wert, die wir alle einmal sein werden?**



**Die „Sterbehilfe-Debatte“:
Eine große Nebelkerze?**

**Warum wird die Autonomie-Debatte
auf die Selbstbestimmung des
Todeszeitpunktes reduziert?**

Angst

Angst

Angst

Angst

**Was ist den Menschen am
Lebensende wirklich wichtig?**

Fallbeispiel

Gedanken zur Selbstbestimmung

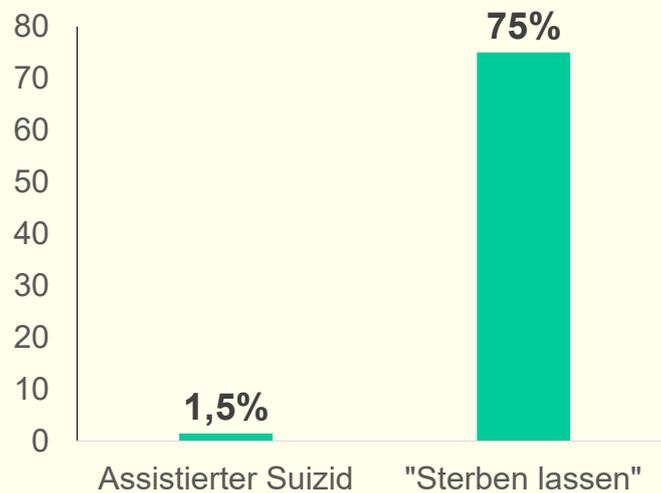
- Selbstbestimmung geschieht in einem komplexen Netz aus sozialen Beziehungen, psychologischen Befindlichkeiten, kulturellen Prägungen und spirituellen/religiösen Überzeugungen.
- Fragen wie «Welche Erinnerung wird von mir bleiben?» oder «Wie wird es meiner Familie nach meinem Tod ergehen?» sind oft am wichtigsten.
- Angst und Schuldgefühle gehören zu den größten Hindernissen für die Selbstbestimmung.
- Echte Selbstbestimmung ist ohne wahrhaftige Kommunikation nicht möglich

Die wirklichen Gefahren für die Selbstbestimmung am Lebensende

- Unzureichende Pflege
- Unzureichende Palliativversorgung
- **Ökonomisch motivierte Übertherapie**

Fallbeispiel

Häufigkeit am Lebensende



Originalarbeit

Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende

Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015

Carolin Fleischmann-Struzek*, Anna Mikolajetz*, Konrad Reinhart, J. Randall Curtis, Ulrike Haase, Daniel Thomas-Rüddel, Ulf Dennler, Christiane S. Hartog

- Krankenhauseinweisungen +0,8% / Jahr
- Intensiveinweisungen +3% / Jahr
- **Alter über 85** +7% / Jahr
- Beatmung 25% → 30,5%
- Tod mit Intensivtherapie 20,6% → 25,6%
- Tod mit Intensivtherapie **>65 J.:** Anstieg 3x so stark wie Anstieg der Krankenhaus-Todesfälle

ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer

Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A., Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H., Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N., Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H., J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

Ergebnisse

- Randomisierte Studie
- Patienten mit frühzeitiger Einbindung der Palliativmedizin hatten:
 - Weniger Depression
 - Höhere Lebensqualität
 - Weniger aggressive Therapien
 - Geringere Kosten
 - **Signifikant höhere Lebenserwartung (ca. 3 Monaten)**

Vergleich

	Nivolumab	Palliativmedizin
Lebensverlängerung	2,8 Monate	2,7 Monate
Nebenwirkungen	Fatigue Dyspnoe Muskuloskel. Schmerzen Pneumonitis Colitis Hepatitis Nephritis Hypo/Hyperthyroidismus	Verringerung aggressiver Behandlungen am Lebensende Reduktion depressiver Symptome Verbesserung der Lebensqualität
Kosten	>100'000 US \$	-117 US \$ /d
NICE	-	+++

Temel et al., NEJM 2010; Greer et al., J Palliat Med 2016

**Das Gesundheitssystem
leidet unter massiven
finanziellen Fehlanreizen,
insbesondere am Lebensende**

**Wir brauchen ein neues
Paradigma zur Versorgung
alter, dementer und sterbender
Menschen, bei welchem die
Fürsorge in den Vordergrund
steht, nicht der Gewinn**

Fürsorge im Dialog



Søren Kierkegaard
(1813-1855)

„Wenn wir jemandem helfen wollen, müssen wir zunächst herausfinden, wo er steht. Das ist das Geheimnis der Fürsorge. Wenn wir das nicht tun können, ist es eine Illusion zu denken, wir könnten anderen Menschen helfen.

Jemanden zu helfen impliziert, dass ich mehr verstehe als er, aber ich muss zunächst verstehen, was er versteht. Tue ich das nicht, so hilft mein größeres Verständnis gar nichts.“

**Die Medizin der Zukunft
wird eine hörende sein,
oder sie wird nicht mehr sein.**