

Dr. Michael Wunder
Deutscher Ethikrat
27.11.2014

Der assistierte Suizid aus Sicht der Palliativmedizin und der Suizidpräventionsforschung

Ärztlich assistierter Suizid – Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

2014

„Eine adäquate ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung kann den Wunsch nach der Beihilfe zum Suizid in den allermeisten Fällen ausräumen.“

Vorschläge der DGP zur Entlastung des Patienten und seines Umfeld

- Darlegung, wie die bestmögliche medizinische Behandlung unter Einbindung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote aussehen könnte
- Aufzeigen ganz konkreter Entlastungsmöglichkeiten im häuslichen und stationären Umfeld
- **Offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen über den Todeswunsch**
- Konkrete Auseinandersetzung mit dem individuellen Problemen und Befürchtungen des Patienten
 - Bei existentieller innere Not Hilfeangebot durch Psychotherapeuten oder Seelsorger
 - Beendigung, respektive Verzicht auf lebenserhaltene Therapien besprechen, inklusive **palliativer Sedierung**
- Thematisierung des freiwilligen Nahrungs- und Flüssigkeitsverzichts ,der jederzeit unter- oder abgebrochen werden kann

Palliative Sedierung

= „überwachte Einsatz von Medikamenten mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren.“

Aus: EAPC framework on palliative sedation and clinical practice

Indikationen

- Einsatz erst dann, wenn andere therapeutische Maßnahmen versagt haben
- die Sedierungstiefe soll so gering wie möglich sein, aber eine angemessene Linderung der Beschwerden bewirken.
- kontinuierliche tiefe Sedierung nur wenn der Patient sich in der allerletzten Lebensphase befindet mit der erwarteten Prognose von Stunden, höchstens weniger Tage. Ansonsten immer nur intermittierende und leichte Sedierung.
 - Missbrauch liegt vor, wenn mit dem Ziel sediert wird, den Tod zu beschleunigen.

Suizid und Suizidassistentz

aus palliativpsychologischer Sicht

Leben – auch unter der Bedingung schwerer Erkrankung – zeichnet sich stets durch die Grundtendenz des Psychischen aus: die Selbstaktualisierung (Kurt Goldstein)

- Der Wunsch, diesem Leben bewusst ein Ende zu bereiten, ist eine Kognition, die die innere Verfasstheit des Lebens und dessen Ausdrucksformen eine Ende von außen setzen will
(hat nichts mit der Tatherrschaft des Suizidenten zu tun)
- Das von innen, vom Leben selbst bestimmte Ende wird negiert und durch eine kognitive Entscheidung ersetzt.
(unabhängig davon, ob die Entscheidung nachvollziehbar ist oder verständlich)
- Ein Suizidwunsch ist nicht der Wunsch zu sterben, sondern so nicht weiter zu leben.

Stimmen der Palliativmedizin aus der Schweiz

„Nur eine Minderheit entscheidet sich für begleitete Sterbehilfe. Für die große Mehrheit ist dies gar nie eine Option. Und für die meisten Menschen, die Sterbehilfe in Betracht ziehen, wenn sie sich mit ihrer Diagnose auseinandersetzen müssen, ist das Thema vom Tisch, wenn wir ihre Befürchtungen verringern und erklären, was wir tun können.“

Andreas Weber, Palliativmediziner am Spital Wetzikon bei Zürich

„Für die meisten Patienten ist dies keine Option. Zu wissen, dass es diese Option gibt ist aber so etwas wie eine Versicherung für Leute, die ihre Autonomie, ihre Selbstbestimmung und ihre Selbstbestimmung und ihre Würde behalten wollen.“

Sonja Flotron, Präsidentin von palliative.ch

Anstieg der Suizidbeihilfe-Fälle von Personen mit Wohnsitz in der Schweiz

2011 431 Fälle

2012 508 Fälle

Zahl der ausländischen Personen mit rd. 200 Fälle konstant

Zieht das Angebot die Nachfrage oder wird der Bedarf größer?

berätungs-zentrum
alsterdorf

Palliativversorgung in Deutschland

IST- und Soll-Situation 2013

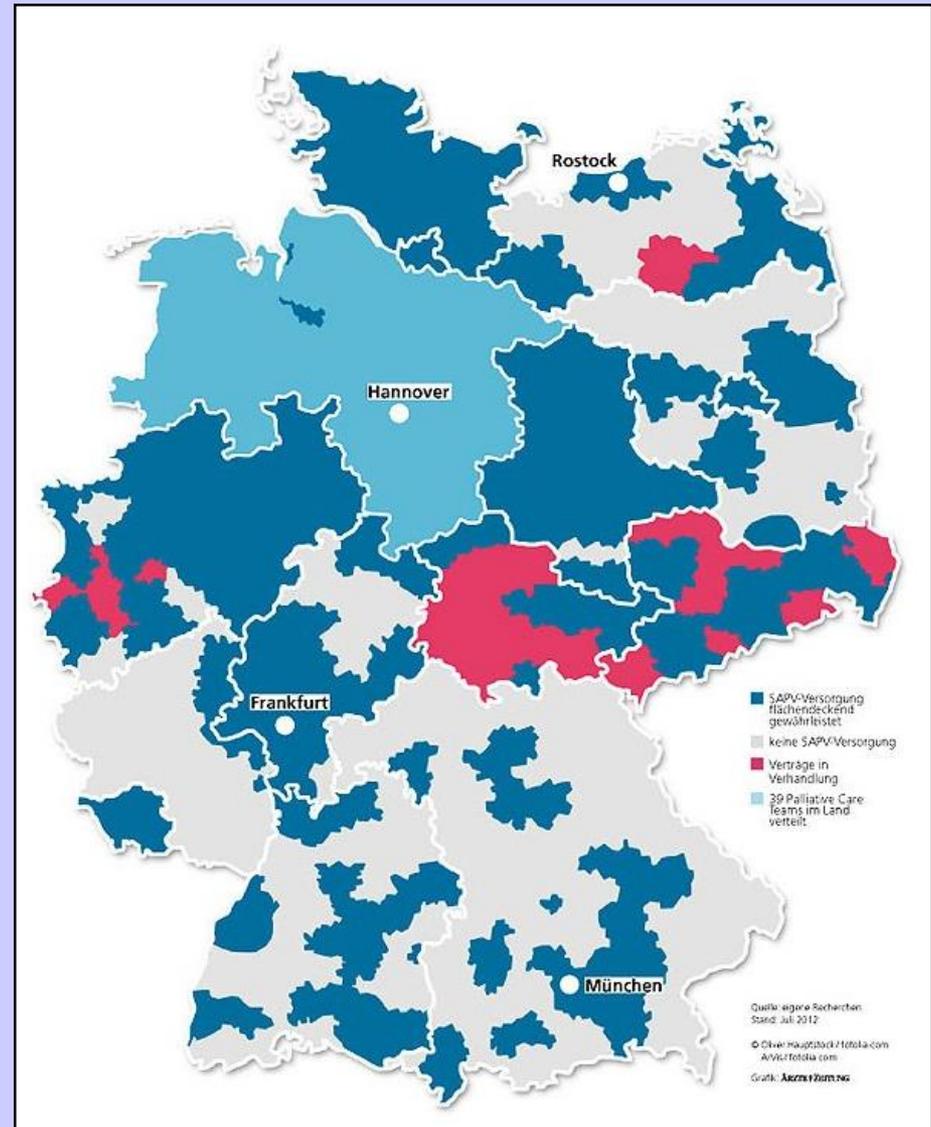
- ca. 10 Professuren
- ca. 8000 Ärzte mit Zusatzbezeichnung
- ca. 20.000 Pflegende mit 160 Std. Kurs
 - 80.000 Ehrenamtliche
- ca. 40 Betten/Plätze/1 Mio. Einwohner
(195 stat. Hospize und 231 Palliativstationen)
SOLL: 50 Betten/Plätze/1 Mio. Einwohner
- ca. 250 SAPV Verträge
(IST: 1 PCT/330.000 Einwohner)
SOLL: 1 PCT/250.000 Einwohner oder 320 PCTs

SAPV in Deutschland

KV-Bezirk	Anzahl der Betriebsstätten
Baden-Württemberg	30
Bayern	33
Berlin	39
Brandenburg	10
Bremen	2
Hamburg	8
Hessen	25
Mecklenburg-Vorpommern	12
Niedersachsen	52
Nordrhein ^{1,2}	2
Rheinland-Pfalz	7
Saarland	6
Sachsen	17
Sachsen-Anhalt	11
Schleswig-Holstein	9
Thüringen	8
Westfalen-Lippe ¹	2

¹ Regional spezifische Regelungen

² Derzeit sind in Nordrhein 18 Palliative Care Teams für die SAPV zugelassen (Stand 01.01.2013).



Quelle: <http://www.kbv.de/html/10250.php>

Regionale Unterschiede in der SAPV
Quelle Ärztezeitung Juni 2012

Zukunftsfragen der Palliativversorgung

Allgemeine ambulante palliative Versorgung (AAPV)
als integraler Bestandteil des Gesundheitswesens

Mängel: Definitive Abgrenzung AAPV/SAPV, Unterfinanzierung der AAPV

„Early Integration“ (frühzeitige Einbeziehung)

- um im Krankheitsverlauf früh unterdiagnostizierte Schmerzen zu erkennen und
 - um einen individuellen Versorgungsplan („advance care planning“) einzuleiten

(Dauerhafte Mitbetreuung durch SAPV-Teams in Gestalt intermittierende Begleitung und/oder Palliativmedizinischer Konsiliardienst in jedem Krankenhaus)

Einbeziehung der Palliativpsychologie in die SAPV

Palliative Geriatrie als integraler Bestandteil von Einrichtungen der Altenhilfe

Etablierung der Palliativmedizin in den Ausbildungscurricula
Gesundheitswesens Tätigen

Bewertung

Unstrittig:

quantitativer Ausbau und qualitative Weiterentwicklung der Palliativmedizin erforderlich

Offen:

„Auflösen des Wunsches nach Suizidassistenz durch gute palliative Angebote in den allermeisten Fällen“

oder

„Wunsch nach Suizidassistenz als alternative Option“

Erkenntnisse aus der Suizidprävention

Suizidprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.
(Derzeit 100.000 Suizidversuche/Jahr, 10.000 Suizide/Jahr)

Mittel der Suizidprävention:

- Ausbau niedrigschwelliger Beratungs- und Behandlungsangebote
 - Fortbildung in den medizinischen und psychosozialen Berufen
(Früherkennung, Kriseninterventionswissen)
- Einschränkung der Verfügbarkeit oder Erreichbarkeit von Suizidmitteln
(Waffen, **Medikamente**, Chemikalien, Absicherung von Bauwerken)
 - Gesellschaftliches Klima
in dem Suizidproblematiken wahr- und ernstgenommen werden
- Vermeidung öffentlicher Berichterstattung, in der der Suizid als
nachvollziehbar
oder positiv und billigend dargestellt wird
(Gefahr: Nachahmungstäter)

„In Würde leben – in Würde sterben

Aufklären, Hilfen bereitstellen und Leiden wirksam behandeln, statt assistierter Suizid“

Juni 2014

- Keine legale gewerbsmäßig oder geschäftsmäßig ausgeübte Beihilfe zum Suizid
- Keine Werbung für Angebote der Suizidbeihilfe oder für Suizidmittel
(Schwererreichbarkeit von Suizidmitteln)
 - Keine Tabuisierung der Suizidproblematik
(„Viele Suizidenten haben kurz vor dem Suizidversuch den Arzt aufgesucht, ihm aber vom Suizidwunsch aus Angst, nicht verstanden zu werden, nicht berichtet“)
- Neben dem Ausbau der palliativen Angebote Aufbau eines breiten Spektrums suizidpräventiver Maßnahmen (insbesondere für Ältere und körperlich Erkrankte)

„Ein Suizidwunsch ist nicht gleich der Ausdruck eines unbedingten Willens zu sterben, sondern Ausdruck der Befindlichkeit, unter den derzeitigen Umständen nicht weiter leben zu wollen.“

Bewertung

Unstrittig:

Suizidprobleme müssen stärker wahrgenommen und besprechbar werden (auch in der Arztpraxis)

Offen:

Würde eine leichtere Zugänglichkeit zu Suizidmitteln den allgemeinen Zielen der Suizidprävention zuwider laufen?
Würde die öffentliche Anerkennung „berechtigter Suizide“ (im Falle der ärztlichen Suizidassistenz) das Risiko der Nachahmungstätter erhöhen?

ENDE

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit