

Umgang mit dem Sterbewunsch in der Palliative Care

daniel.bueche@kssg.ch

Sterbewunsch
Was bedeutet dies?
Wovon sprechen wir?



Studie

In der Schweiz haben Ärzte um Heike Gudat und Christoph Rehmann-Sutter 30 Menschen mit Tumorerkrankungen und 32 mit neurologischen Krankheiten sowie polymorbide Patienten zu ihren Wunsch nach Sterben befragt.

Darüber hinaus wurden Interviews mit Behandlern und Angehörigen ausgewertet

Gudat

Sterbewünsche bei schwer kranken Menschen haben meist einen komplexen Hintergrund.

- ▶ Die Aussage „**Ich möchte nicht mehr Leben**“ kann verschiedene Bedeutungen haben.
- ▶ Ärzte sollten mit ihren Patienten den feinen aber deutlichen Unterschied zwischen ‚wünschen‘ und ‚wollen‘ erkennen.

Absichten von schwerkranken Menschen:

1. **Lebenswunsch**
2. **akzeptiert das Sterben**
3. **wünscht das Sterben**
 - **will nicht beschleunigen:**
 - blickt dem Sterben entgegen
 - hofft, das Sterben kommt rascher
 - wünscht das Sterben, aber darf/will nicht beschleunigen
 - **wünscht zu beschleunigen:**
 - denkt hypothetisch ans Beschleunigen
 - wünscht zu beschleunigen, ist aber nicht opportun
 - wünscht zu beschleunigen, und es ist auch eine Option
4. **will das Sterben – unternimmt Schritte**
 - explizite Anfrage („Request“)
 - unterlässt lebenserhaltende Maßnahmen, erwartet dadurch das Sterben
 - unternimmt aktive Schritte, um das Leben zu beenden

Patientenstimme

Patient will sterben, aber darf nicht beschleunigen:

„Ich warte jetzt schon so lange auf den Tod. (...) Ich möchte nur noch hinüber schlafen. Sie weiß es zwar, aber für sie ist es wahnsinnig ... Wenn ihre Liebe nicht so groß wäre (*brüchige Stimme*), hätte ich keine Chemo gemacht.“

Patient, 77 Jahre, Lungenkarzinom

Patientenstimme

Patient will sterben und will es beschleunigen:

„Also ich bin eine Kämpfernatur. Ich habe wirklich gekämpft (*lässt die Hand fallen*). Jetzt bin ich am Limit, jetzt mag ich einfach nicht mehr. Das [Stopp der Therapie] war für mich wie eine Erleichterung. Da habe ich den Entscheid gefällt, und es war gut. Das war Anfang des Jahres.“

Patientin, 57, Kieferkarzinom, stoppt alle Therapien

Beachte

- ▶ Kein Patient hatte nur einen Wunsch.
- ▶ Fast alle Teilnehmer gaben nicht nur an, „leben zu wollen“. Sie hatten gleichzeitig den Wunsch, zu sterben.
 - Davon hatten wiederum einige einen dritten Wunsch, den konkreten Wunsch zu sterben, allerdings erst in der Zukunft.
- ▶ Will leben
 - Ein Teil davon, hatten dennoch das „Sterben akzeptiert“.

Motivation für Sterbewunsch

- ▶ Verlust ihrer Autonomie beziehungsweise der Verlust ihres Handlungsraums
- ▶ eine Last für Angehörige und seine Umgebung zu sein (mindestens ein Drittel der Patienten mit Sterbewunsch äußern)
 - Dies kann eine lebensbejahende Komponente haben.
 - Diese Aussage löse bei Patienten und Angehörigen nicht nur negative Assoziationen aus.
 - „Es bedeutet auch, dass der Patient ein Objekt der Liebe ist, um das man sich kümmern muss“.
 - Menschen, die das Gefühl haben, anderen zur Last zu fallen, müssen nicht unbedingt jene sein, die ein großes körperliches Leid erfahren, oder die besonders pflegebedürftig sind. „Es scheint viel mehr mit Haltungen, moralischen Vorstellungen und den Signalen der Umgebung zu tun zu haben“.

Wer ist betroffen?

«Die Praxis zeigt, dass die **Behandelnden** zu wenig auf die Bedürfnisse von Patienten eingehen, die das Sterben wünschen, aber es nicht beschleunigen wollen“, sagte Gudat. Auch sie leiden oft erheblich und müssten begleitet werden.»

Suizidgedanken – Suizidalität



Suizidgedanken

Wer von Ihnen hatte noch **NIE**
Suizidgedanken?

Suizid & Euthansie

Petermann Heike (2008) Z Evid Fortbilde Qual Gesundh wesen 102:171

- ▶ Stoiker: Suizid als guter Tod möglich, wenn vorher das Leben abgeschlossen wurde (alles im Reinen ist)
- ▶ Aristoteles: lehnt Suizid ab
- ▶ Augustinus (355–430) verurteilt Suizid
- ▶ Thomas More (1478–1535): Utopia => Suizid bei qualvollem Leben möglich unter Zustimmung der Behörden und Priester
- ▶ Michel de Montaigne (1533–1592) Suizid unter bestimmten Voraussetzungen (unerträgliches Leid) möglich
- ▶ David Hume (1711–1776) : «es würde gleichermaßen verbrecherisch sein, für die **Erhaltung wie für die Zerstörung des Lebens** tätig zu sein.» Suizid möglich
- ▶ Immanuel Kant (1724–1804): lehnt Suizid ab

Suizid & Euthanasie

Hurst Samina A (2003) BMJ 326:271–273

Emanuel E (1994) Ann Intern Med 121:793–802

- ▶ Errungenschaft der Aufklärung, dass das Strafrecht die Strafbarkeit des Freitodes / Suizids abgeschafft hat
- ▶ Um 1900 wurde Euthanasie für schwerkranke Menschen in den USA und UK diskutiert
- ▶ 1918 erklärt die Bundesregierung der Schweiz: „...im modernen Strafgesetz gilt Suizid nicht mehr als Straftat...“ Euthanasie wurde damals nicht debattiert.

Suizidgedanken – Suizidalität bei schwerer Krankheit



Suizidalität

Sterbewunsch bei 44.5% onkologischen
Patienten im terminalen Stadium (Chochinov
1995)

- Bei 8.5 ist dieser Sterbewunsch anhaltend

Verlangen nach Sterbehilfe

Wilson (2007) stellte fest, dass 39.8% der terminal erkrankten Menschen über aktive Sterbehilfe und Suizidhilfe nachdachten

- 5.8 würden einfordern, wenn es gesetzlich erlaubt wäre

Suizide

Suizide bei schweren / lebensbedrohlichen Erkrankungen (z.B. onkologischen Leiden) werden v.a. in der frühen Erkrankungsphase – nach der Diagnosestellung – durchgeführt.

Suizidale Einengung

- ▶ Wann kommen die Suizidgedanken?
 - ▶ Früh in der Erkrankung, wenn man noch «krankheits-unerfahren» ist
 - Frühe Demenz
 - Bei der Diagnosestellung der Krebserkrankung
 - Bei der Diagnosestellung der ALS
 - Bei der Diagnosestellung des Sterbens??
- Hypothesen:
- ⇒ die Suizidalität kommt in Situationen der (maximalen) Verunsicherung
 - ⇒ Sterben ist eine Situation der maximalen Verunsicherung

Suizide am Lebensende

- ▶ Darüber wissen wir wenig
- ▶ Unser Wissen ist ungenau

Suizidalität / Suizidgedanken

- ▶ Gehören zum Menschsein
- ▶ Sind in Krisenzeiten vermehrt
- ▶ Graubereich des Wissens bei Menschen am Lebensende

Entscheidungen am Lebensende



Medizinische Entscheidungen am Lebensende, MELS-Studie

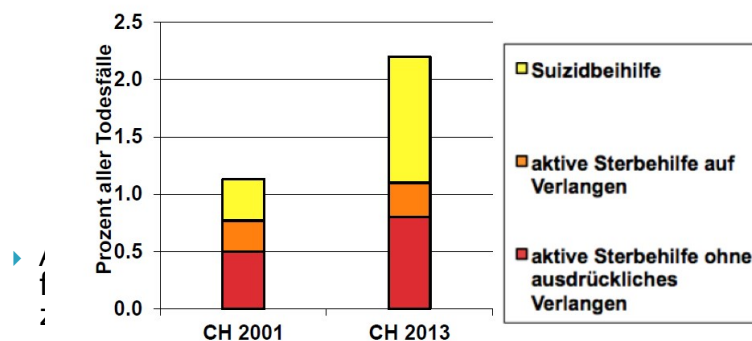
Faisst K (2003) SÄeZ;84 (32/33) 1676 – 1678

Insgesamt bei 51% aller Todesfälle in der Schweiz sind Sterbehilfeentscheidungen getroffen worden!!!

- ▶ Passive Sterbehilfe 27.7%
- ▶ Indirekt aktive Sterbehilfe 22.1%
- ▶ Suizidbeihilfe 0.4%
- ▶ Aktive Sterbehilfe auf Verlangen 0.3%
- ▶ Aktive SH ohne ausdrückliches Verlangen 0.4%

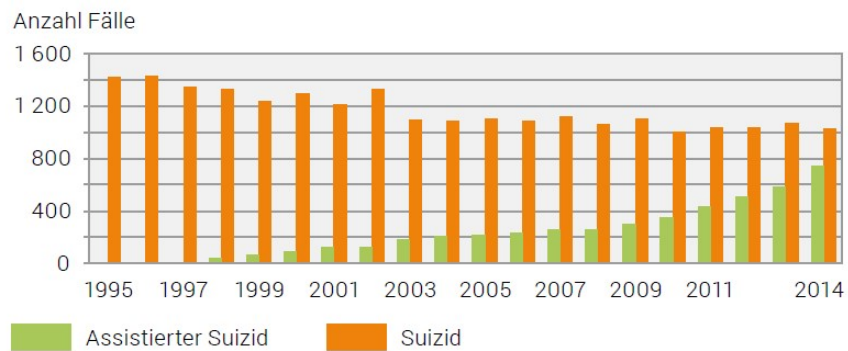
Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe in der CH

Bosshard G et al (2016) Medical end-of-life practices in Switzerland: A comparison of 2001 and 2013. JAMA 176:555-556



Assistierter Suizid und Suizid 1995–2014

G 7



Sterbewunsch – Lebensangst



Was führt zu vermehrten Suizidgedanken?

- ▶ Das Leben gelebt zu haben
- ▶ Keinen Sinn mehr sehen
- ▶ Vom Leben abgeschnitten zu sein
- ▶ Unkontrollierte Symptome
- ▶ Angst vor Abhängigkeit

Sterbewunsch

Lebensangst

Motive für den assistierten Suizid gemäss Angaben der rezeptierenden Ärzte und der Sterbewilligen selber

	Ärzte	Sterbewillige
<i>Somatische Gründe</i>		
Schmerz	56%	58%
Atemnot	23%	23%
<i>Soziale Gründe</i>		
Drohende Pflegebedürftigkeit	37%	39%
Immobilität	23%	30%
<i>Psychoexistentielle Gründe</i>		
Kontrolle der Todesumstände	12%	39%
Würdeverlust	6%	38%

Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Mahrer Imhof R, Schwarzenegger C, Ziegler SJ, Böttiger G (2009). Reasons why People in Switzerland Seek Assisted Suicide: The View of Patients and Physicians. Swiss Medical Weekly 139:333-338.

Bilanzsuizid

- ▶ Gibt es diesen
- ▶ Möglicherweise schon, aber

Die Bilanz ist aber kein Budget!!!

Bilanzsuizid

- ▶ Basierend auf den aktuellen Gegebenheiten?
- ▶ Ohne Wissen (Vorstellungen allenfalls schon) über das was auch noch kommen könnte!

Bilanzsuizid

- ▶ Die Frage nach dem WARUM
 - Warum bin ich krank
 - Warum muss / soll ich leiden....
 - Warum STERBEN wir
 - Warum Leben wir
- ▶ Haben wir als Palliative Care Verantwortliche ein Antwort darauf?

Bilanzsuizid

- ▶ Können wir eine Antwort darauf haben?
- ▶ Müssen wir ein Antwort auf die Frage nach dem WARUM haben?

Existentielle Einsamkeit



Existentielle Einsamkeit des Sterbenden

Ettema EJ (2010) Ther Med Bioeth 31:141–169

Existentielle Einsamkeit (existential loneliness):

- nicht tolerierbare Leere, Traurigkeit
- Auftreten als Resultat der Bewusstwerdung des eigenen fundamentalen Getrenntsein / Alleinsein / Entbundensein / nicht-mehr bezogen sein (separateness) als ein menschliches Wesen (als ICH) von unserer Welt
- Wird meist erlebt in lebensbedrohlichen Situationen. In der Bewusstwerdung (Konfrontation mit dem) des Todes wird der Mensch sich seiner fundamentalen Einsamkeit bewusst.
- Diese Einsamkeit kann nicht weggenommen werden, weder durch Anwesenheit durch andere Personen noch durch adäquaten Umgang mit den Gefühlen
- Jeder Mensch muss **alleine seinen** Tod sterben

Existential loneliness

kann charakterisiert werden durch...

1. **Conditio humana** Grundbedingung des menschlichen Seins
Grundform der Einsamkeit. Wir sind immer getrennt vom andern. Wir nehmen diese immer dann besonders wahr in lebensbedrohlichen oder anderen bedrohenden Situationen
2. **Erfahrung** der absoluten Beziehungslosigkeit (zu irgend etwas)
3. **Prozess** die negative Erfahrung der einsamen menschlichen Natur wird in eine positive umgewandelt. Können Menschen erleben, die in einer persönlichen Krise EL erfahren und dadurch mehr über den Sinn ihres Lebens lernen/erfahren. Prozess der mit innerem Wachstum beschrieben wird. Resultat der Möglichkeiten menschlichen Seins.

Voraussetzung für
Suizidbeihilfe (SAMW 2018)



SAMW (2014) Richtlinie zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende.

„...Es ist nicht seine (Arzt) Aufgabe, von sich aus Suizidbeihilfe anzubieten, sondern er ist im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen **unerträglichen Situation** der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und **dauerhaft** bestehen bleiben.....Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit....Diese Dilemmasituation erfordert eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes. Die Entscheidung im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist als solche zu respektieren....Prüfung der folgenden Voraussetzungen:

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass **das Lebensende nahe ist**.
- **Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert** und soweit gewünscht auch eingesetzt.
- Der Patient ist **urteilsfähig**, sein Wunsch ist **wohlerwogen**, **ohne äusseren Druckentstanden** und **dauerhaft**. Dies wurde von einer **unabhängigen Drittperson überprüft**, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.“

SAMW 2018

...in Bezug auf den assistierten Suizid urteilsfähig...Arzt muss...**Urteilsunfähigkeit sorgfältig ausgeschlossen**... Falls eine psychische Krankheit, eine Demenz oder ein anderer Zustand vorliegt, der häufig mit fehlender Urteilsfähigkeit verbunden ist, wurde die Urteilsfähigkeit durch einen entsprechenden **Facharzt** evaluiert.

...Wunsch ist **wohlerwogen**...**ohne äusseren Druck**... dauerhaft...**problematisches Abhängigkeitsverhältnis** ...möglicher Einfluss auf den Suizidwunsch sorgfältig...

...**Krankheitssymptome und/oder Funktions-einschränkungen** des Patienten sind für diesen **Ursache unerträglichen Leidens**.

SAMW 2018

...**Medizinisch indizierte therapeutische Optionen sowie andere Hilfs- und Unterstützungsangebote**

...gesucht & **erfolglos**...oder...vom urteilsfähigen Patienten als **unzumutbar** abgelehnt.

...**Wunsch** des Patienten, in dieser unerträglichen Leidenssituation nicht mehr leben zu **wollen**, ist für den Arzt aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche **nachvollziehbar** und es ist für ihn vertretbar, in diesem konkreten Fall Suizidhilfe zu leisten.

Gemäss SAMW 2018

- ▶ Urteilsfähigkeit
 - Demenz, psychische Krankheiten als Sonderfälle
- ▶ Wohlerwogen
 - Keine Abhängigkeit
- ▶ Krankheits- und Funktionseinschränkungen sind Ursache des unerträglichen Leidens
 - Unterstützungs- und Hilfsangebote wurden bedacht
- ▶ Freiwilligkeit
 - Wunsch nicht mehr leben zu wollen
 - *Will der Mensch sterben?*
 - Für den Arzt nachvollziehbar

Überlegungen



Palliative Care und Suizidhilfe

- ▶ unerträgliche Situation (Leiden)
- ▶ Urteilsfähigkeit
- ▶ Werther-Effekt versus Autonomie
- ▶ «wohlerwogen»
- ▶ ohne äusseren Druck
- ▶ Verminderung der aktiven Sterbehilfe
- ▶ Suizide und Suizidwunsch können wir nicht gänzlich verhindern
 - Suizidbeihilfe verbieten? gesetzlich regeln?
Rahmenbedingungen schaffen?

Wohlerwogen: Facts *Exit*

Zeitspanne zwischen Erstgespräch bis Freitodbegleitung

	< 7 Tage	8 – 14 Tage	> 14 Tage
2013	21.0%	19.0%	60.0%
2014	22.6%	13.0%	64.4%
2015	25.5%	15.0%	59.5%

Umsetzung: Facts *Exit*

Dauer der Mitgliedschaft

	< 3 Monate	3 – 12 Mte	1 – 3 Jahre	> 3 Jahre
2013	23.5%	13.9%	16.1%	46.5%
2014	25.5%	17.7%	14.9%	41.9%
2015	35.0%	9.6%	15.4%	40.0%

Ärztliche Kompetenzen

Ärztliche Kompetenz, ja oder nein?	FMH , NEK	Persönlich DB
Feststellung des Lebensende	–	–
Krankheitsbedingtes Leiden	–	–
Festlegung der Urteilsfähigkeit	+	+
Verschreibung eines todbringenden Arzneimittels	+	?

ZUSAMMENFASSUNG



Zusammenfassung

- ▶ Auseinandersetzung mit Suizidgedanken gehören zum Menschen
- ▶ Sterbewunsch – Lebensangst – Bilanzsuizid
- ▶ Was steht hinter der Traurigkeit
- ▶ **Warum** versuchen ins **Wozu** überzuführen
- ▶ Keine Antworten haben bedeutet nicht, nichts anbieten zu können