

Suizidbeihilfe, terminale Sedierung, Sterbefasten

Schwierige Entscheidungen am Lebensende

**Vortrag im Rahmen der GV Palliativ Luzern,
Viva Luzern, Eichhof, Luzern, 22. Mai 2017**

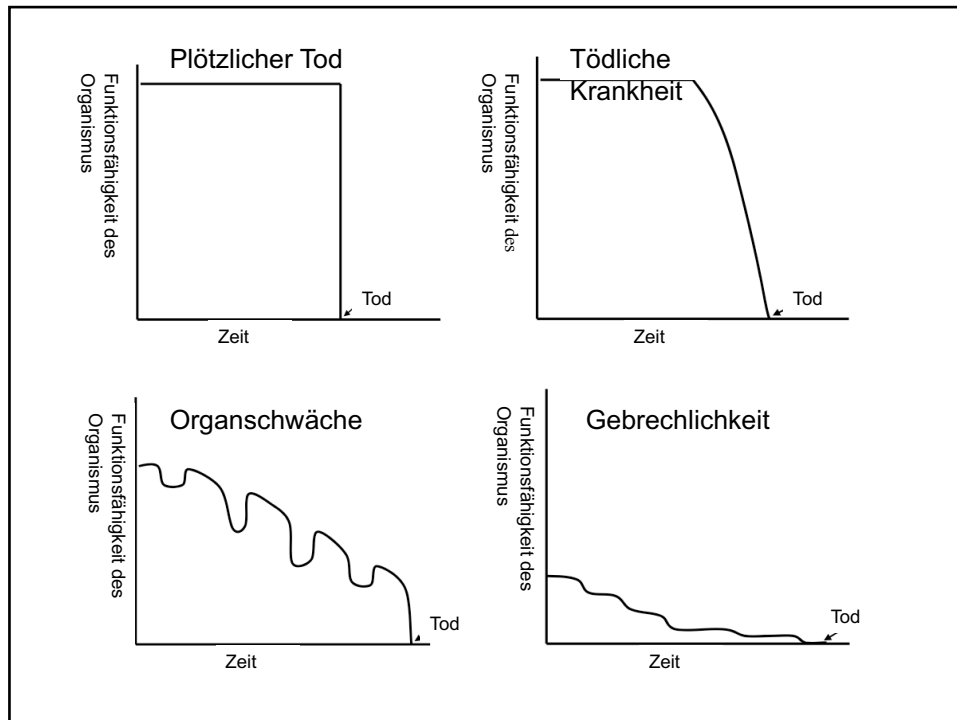
PD Dr. med. Georg Bosshard
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie
Privatdozent für Klinische Ethik der Universität Zürich
Leitender Arzt Long-term Care, Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich
Zentrumsarzt Alterszentrum Bruggwiesen, Effretikon
georg.bosshard@usz.ch



Übersicht

- Einleitung
- Empirische Daten zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende allgemein
- Terminale Sedierung
- Sterbefasten
- Beihilfe zum Suizid





Wovor fürchten wir uns beim Sterben an Krebs?

- Unerträgliche Schmerzen
- Atemnot, Ersticken

Und wovor fürchten wir uns beim Sterben mit Demenz?

- Zunehmende Abhängigkeit
- „Verlust der Persönlichkeit“, Wesensveränderung („Welche Erinnerung hinterlasse ich den Angehörigen?“)
- Den Angehörigen / der Gesellschaft zur Last fallen

„An Krebs zu sterben ist der beste Tod“

Ein plötzlicher Tod mag für die betroffene Person selber gut sein, aber für Angehörige kann er sehr hart sein, besonders wenn eine wichtige Beziehungen in verletztem und unversöhntem Zustand zurückgelassen wird.

Der langsam fortschreitende Tod durch Demenz ist vielleicht der schrecklichste, der Mensch wird nach und nach ausgelöscht. Aber immerhin, wenn der Tod dann eintritt, ist es oft nur noch ein wie ein leichter Kuss.

Der Tod durch Organversagen – Herz, Lunge, Nieren – ist mit viel zu vielen Spitalaufenthalten und einer grossen Abhängigkeit von Ärzten verbunden.

Darum ist der Krebstod der beste Tod. Man kann sich von seinen Liebsten verabschieden, nochmals über sein Leben nachdenken, man kann vielleicht nochmals diejenigen Orte besuchen, die einem wichtig sind, seine Lieblingsmusik hören oder seine Lieblingsgedichte lesen. Und man kann sich, in Übereinstimmung mit dem eigenen Glauben, auf die Begegnung mit seinem Schöpfer oder auf das ewige Vergessen vorbereiten.

Aber man halte sich bitte fern von überambitionierten Onkologen, und lasst uns doch endlich damit aufhören, Milliarden zu verschwenden in der Hoffnung, Krebs zu heilen, was vielleicht nur dazu führt, dass wir danach einen sehr viel schlimmeren Tod sterben müssen.

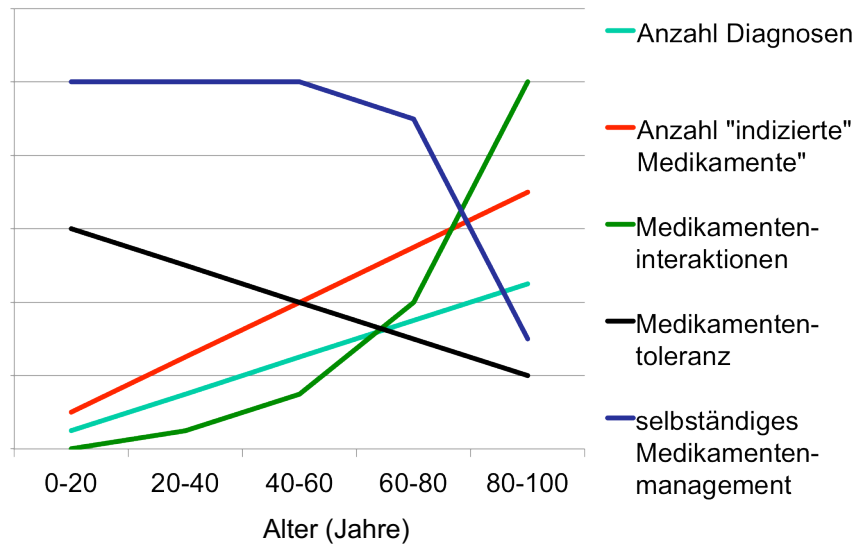
Richard Smith. Dying of cancer is the best death. BMJ blog, 31. Dezember 2014.

<http://blogs.bmj.com/bmj/2014/12/31/richard-smith-dying-of-cancer-is-the-best-death/> (Übersetzung GB)

„Ich sitze seit 47 Jahren im Rollstuhl und habe trotzdem ein schönes und selbstbestimmtes Leben geführt. Irgendwann wird es zu Ende gehen. Aber wie? Ich möchte nicht als Pflegefall enden, der von anderen gewaschen, frisiert und abgeputzt wird. Ich möchte mir nicht den Nahrungersatz mit Kanülen oben einfüllen und die Exkremente mit Gummihandschuhen unten wieder herausholen lassen. Ich möchte nicht vertrotteln und als freundlicher oder bösartiger Idiot vor mich hindämmern.“

Udo Reiter. Mein Tod gehört mir. Süddeutsche Zeitung, 4. Januar 2014

Herausforderungen adäquater Medikamentenverschreibung mit fortschreitendem Alter resp. fortschreitender Multimorbidität



Wenn ein Patient sagt: „Ich will sterben“

Sterbewunsch

- lebensverlängernde Behandlungen ablehnend, nachvollziehbar
- demütig den Verlauf der Grundkrankheit hinnehmend
- Nicht-mehr-essen-wollen bei allgemeinem Erlöschen der Lebenskräfte
- gezieltes Sich-zu-Tode-Hungern
- lebensverlängernde Behandlungen ablehnend, nicht nachvollziehbar
- appellativ oder drohend

Suizidwunsch

- ernsthaft / pathologisch
- ernsthaft / nachvollziehbar <-> **Wunsch nach Suizidbeihilfe**
- appellativ oder drohend

Begriffsdefinitionen verschiedener Formen von Sterbehilfe

Passive Sterbehilfe	Verzicht auf bzw. Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen
Indirekte Sterbehilfe	Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können
Suizidbeihilfe	Verschreibung eines tödlichen Medikamentes, um dem Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen
Aktive Sterbehilfe	Gezielte Verabreichung eines tödlichen Medikamentes

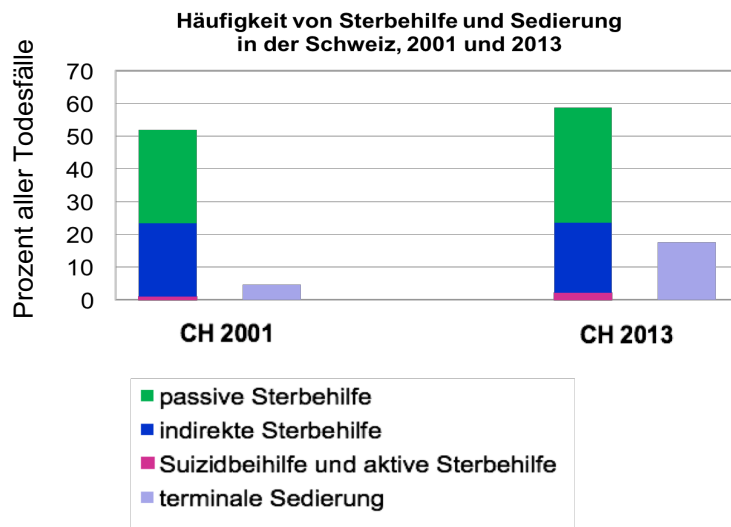
Terminale Sedierung

Gezielte, bis zum Tode anhaltende Ausschaltung des Bewusstseins eines kurz vor dem Tode stehenden Menschen mittels Sedativa

-> *Sonderform der Palliativen Sedierung, wobei die Sedierung*

*(a) tief ist im Sinne der Induktion eines Komas, und
(b) von Anfang an entschieden wurde, den Patienten nicht mehr aufwachen zu lassen.*

Materstvedt LJ, Bosshard G (2009) Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *Lancet Oncology* 10:622-627.



Bosshard G, Zellweger U, Bopp M, Schmid M, Hurst SA, Puhan MA, Faisst K (2016) Medical end-of-life practices in Switzerland: A comparison of 2001 and 2013. JAMA Intern Med 176: 555-556.

**Schmerz, Dyspnoe und Delirium bei terminalen Krebspatienten:
Häufigkeit, Kontrollierbarkeit, Notwendigkeit einer Sedation**

	Symptom liegt vor in	Symptomkontrolle gelingt in	Sedierung* eingesetzt in
Schmerz	70%	80%	7%
Dyspnoe	38%	45%	16%
Agitiertes Delir	34%	47%	40%
	<i>Quelle: [1]</i>		<i>Quelle: [2]</i>

* Davon kontinuierliche Sedierung bis zum Tod in 37%

[1] Gomez-Batiste X et al. Catalonia WHO Demonstration Project on Palliative Care Implementation 1990-1995: Results in 1995. J Pain Symptom Manage 1996;12:73-78

[2] Chiu TY et al. Sedation for Refractory Symptoms of Terminal Cancer Patients in Taiwan. J Pain Symptom Manage 2001;21:467-472

Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life = VSED (Sterbefasten)

VSED can be defined as an action by a competent, capacitated person, who voluntarily and deliberately chooses to stop eating and drinking with the primary intention of hastening death because of the persistence of unacceptable suffering.

Ivanovic N, Büche D, Fringer D (2014) Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life – a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliat Care 13: 1 doi:10.1186/1472-684X13-1

Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit, um schneller zu sterben (FVNF)

1. Studie von L. Ganzini im US-Bundesstaat Oregon 2001

- Befragung von 126 Palliative Care Pflegenden, die angegeben hatten, eine Patienten gepflegt zu haben, der FVNF versucht oder zu Ende geführt hatte.
- 16 der 126 beschriebenen Patienten (13%) hatten FVNF begonnen, aber wieder aufgegeben, wegen Durst oder auf Druck der Angehörigen. Bei weiteren 8 war das Ergebnis des FVNF der befragten Pflegenden nicht bekannt.
- Von den 102 Patienten, bei welchen der FVNF zum Tode führte, starben 85% innerhalb von 15 Tagen nach Beginn des FVNF.
- Hauptmotive der Patienten zum FVNF waren Lebensmüdigkeit und schlechte Lebensqualität.
- Die Pflegenden beobachteten wenig Schmerzen (Wert = 2 auf einer Skala 1=schmerzlos bis 9=unaushaltbarer Schmerz) und Leiden (Wert = 3 auf einer Skala 0=kein Leiden bis 9=abhaltendes schweres Leiden)
- Bei 94 Patienten (92%) bewerteten die Pflegenden den Tod insgesamt als gut, bei 8 Patienten (8%) als schlecht.

Ganzini L et al. (2003) Nurses' experiences with Hospice Patients Who Refuse Food and Fluids to Hasten Death. NEJM 349:359-365

2. Studie (aus NL 2009), Kommentare und Fallbeispiele von B. Chabot und C. Walter

- Insgesamt ähnlich Ergebnisse wie Ganzini et al. 2001
- Von 97 beobachteten Personen mit FVNF starben 69% innerhalb von 2 Wochen. Bei 11% dauerte es allerdings über einen Monat.
- Chabot schildert zahlreiche Fallbeispiele.
 - „Umfeld und Pflegepersonal können durch das Sterbefasten von Anfang an sehr gefordert sein. Kritisch kann es für sie werden, wenn sich das Sterbefasten in die Länge zieht“.
 - „Ob einem Patienten Nahrung und Flüssigkeit vorenthalten oder aber angeboten werden, wenn er im Zustand eines Delirs danach verlangt, sollte zuvor eindeutig festgelegt werden“.
 - „FVNF muss unterschieden werden vom Verhalten älterer, dementer Patienten, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ablehnen, die aber gar nicht mehr zu reflektierten Entscheidungen fähig sind. (...) Es bedarf nämlich einer gewissen konstanten Willensfestigkeit, um FVNF zu vollziehen.“
 - „Es ist von Vorteil - aber nicht unbedingt notwendig - wenn dies von einem Arzt für Allgemeinmedizin oder von einem anderen Arzt mit Ausbildung in Palliative Care überwacht wird“.
 - Im vorliegenden Fall „wäre eine kleine Pumpe mit Midazolam (3 bis 6 mal 10 mg subcutan pro Tag) vielleicht ein passendes palliatives Mittel gewesen“.

Chabot B, Walther C (2015) Ausweg am Lebensende. Sterbefasten – Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. 4. Auflage, Reinhardt Verlag, München / Basel.

Medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Betreuung von Patienten am Lebensende (2004)

- Die **Beihilfe zum Suizid** nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, weil sie den Zielen der Medizin widerspricht
- Die Entscheidung eines einzelnen Arztes, aufgrund einer persönlichen Gewissensentscheidung dennoch Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist zu respektieren. In einem solchen Fall verlangen die Richtlinien die Prüfung der folgenden Voraussetzungen:
 - (a) Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
 - (b) Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt.
 - (c) Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

**Schweizer Bundesgericht 2006
(Urteile 2A.4812006 und 2A.662006)**

Die Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital mit dem Ziel, einem Patienten die Selbsttötung zu ermöglichen, verlangt eine "den Regeln der ärztlichen Berufs- und Sorgfaltspflichten entsprechend vorgenommene Diagnose, Indikationsstellung und ein Aufklärungsgespräch". Des Weiteren ist die Prüfung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit des Patienten für seinen Sterbewunsch zentral.

**Schweizer Bundesgericht 2006 II
(Urteile 2A.4812006 und 2A.662006)**

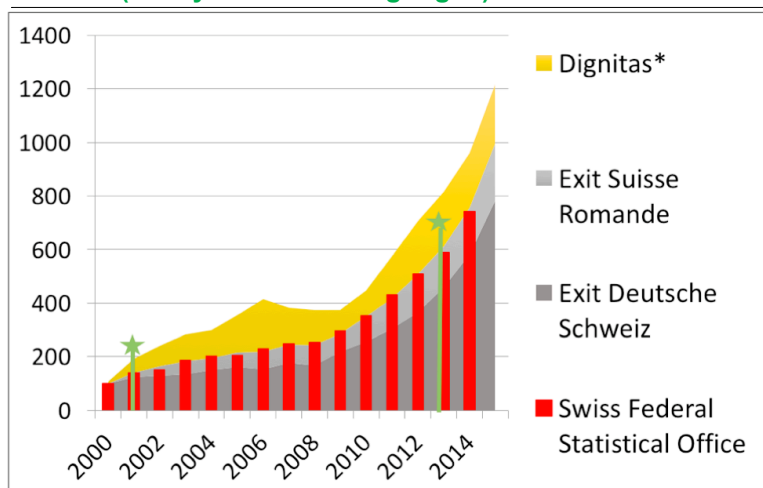
Ärztliche Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken ist nicht generell ausgeschlossen, es ist aber "äusserste Zurückhaltung" geboten. Es soll unterschieden werden "zwischen einem Sterbewunsch, der Ausdruck einer therapierbaren psychischen Störung ist und nach Behandlung ruft, und dem selbstbestimmten, wohlwogenen und dauerhaften Entscheid einer urteilsfähigen Person (Bilanzsuizid)". Zu letzterem können grundsätzlich auch Personen mit der Vorgeschichte einer psychischen Erkrankung gelangen. Die Unterscheidung dieser beiden Situationen „kann nicht ohne ein vertieftes psychiatrischen Fachgutachtens getroffen werden“.

Beihilfe zum Suizid: Etablierte Rechtspraxis in der Schweiz

- Bei Schluckunfähigkeit ist auch der Einsatz von Infusionen oder Magensonden erlaubt (in jedem Fall aber Selbstapplikation durch den Sterbewilligen).
- Verrechnung eines üblichen Arzthonorars ist keine Selbstsucht, also keine Verletzung von Art. 115 StGB.
- Zusammenspiel ärztlicher und nichtärztlicher Verantwortlichkeiten, z.B. Zweitmeinung durch Sterbehelfer der Organisation, Meldung des Todesfalles durch Sterbehelfer.
- Suizidbeihilfe in Spitälern der Deutschschweiz (nicht aber der Romandie) meist verboten.
- Regelungen in den Pflegeheimen uneinheitlich; falls Suizidbeihilfe im Heim erlaubt, Beteiligung des Personals in aller Regel verboten.

Bosshard G (2012) Assisted suicide – medical, legal and ethical aspects.
Schweizerische Rundschau für Medizin – PRAXIS 101:183-189

Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, 2003-2014, Fälle pro Jahr: offizielle Daten des Bundesamts für Statistik (2016), Angaben der Sterbehilfeorganisationen (2015), Studien (anonyme Ärztebefragungen)



* hauptsächlich aus dem Ausland einreisende Personen betroffen (sog. "Sterbetourismus")

„Sterbetourismus“ 2008-2012: Wichtigste Herkunftsländer

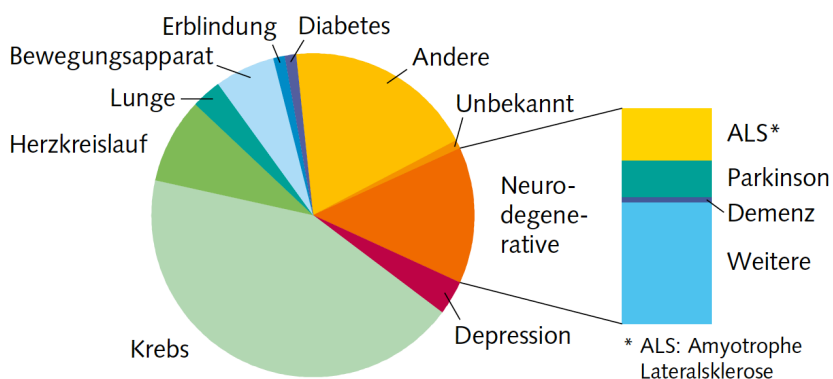
Table 2 All cases per year and country

	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Germany	59	37	28	67	77	268
UK	23	27	24	23	29	126
France	19	7	8	13	19	66
Italy	2	4	4	12	22	44
USA	0	0	5	9	7	21
Austria	4	3	1	2	4	14
Canada	5	0	5	0	2	12
Total	123	86	90	140	172	611

Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, Bartsch C (2014) Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics 2014-1020091 (Epub ahead of print)

Krankheiten bei Sterbehilfe 1998/2009

G 5



© BFS

Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz.
Bundesamt für Statistik BFS, Neuenburg, März 2012

Gründe für das Verlangen nach Suizidbeihilfe

	Ärzte	Patienten	P value
<i>Somatische Gründe</i>			
Schmerz	56%	58%	0.74
Atemnot	23%	23%	1.00
<i>Soziale Gründe</i>			
Drohende Pflegebedürftigkeit	37%	39%	0.65
Immobilität	23%	30%	0.17
<i>Psychoexistentielle Gründe</i>			
Kontrolle der Todesumstände	12%	39%	0.000
Würdeverlust	6%	38%	0.000

Fischer S et al (2009) Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. Swiss Med Wkly 139:333-338

Immer mehr Staaten weltweit legalisieren die „Sterbehilfe“, entweder als Beihilfe zum Suizid (AS) und / oder als aktive Sterbehilfe auf Verlangen (E)

	Legalisierte Praxis	Jahr der Legalisierung
Northern Territory (AUS)	E	1996 - 1997
Oregon (USA)	AS	1997
Niederlande (EU)	AS / E	2002
Belgien (EU)	(AS) / E	2002
Washington State (USA)	AS	2008
Luxemburg (EU)	E	2009
Montana (USA)	AS	2010
Vermont (USA)	AS	2013
Québec (Can)	AS	2014



UniversitätsSpital
Zürich

Aus: Materstvedt LJ, Bosshard G. Euthanasia and palliative care. In: Cherny N et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 5th edition (erschienen im April 2015)



ANALYSIS

Assisted dying for healthy older people: a step too far?

A recent Dutch proposal to extend its assisted dying law could increase social pressure on older people and reinforce negative ideas surrounding old age, argue **Els van Wijngaarden and colleagues**

Els van Wijngaarden *researcher*¹, Ab Klink *professor*², Carlo Leget *professor*¹, Anne-Mei The *professor*³

¹University of Humanistic Studies, Utrecht, Netherlands; ²VU University, Amsterdam, Netherlands; ³University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands; Correspondence to: E van Wijngaarden e.vanwijngaarden@uvh.nl

In October 2016, the Dutch minister of health, welfare, and sports advanced a proposal to legalise assisted dying for older

From the 1980s two competing views were dominant in the political and legal debate: the patient's autonomy and right to



Sterbehilfe: Exit verankert Altersfreitod in den Statuten

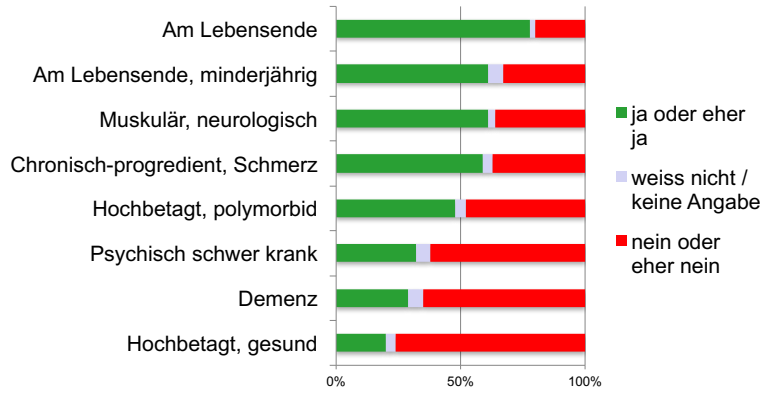
Samstag, 24. Mai 2014, 18:12 Uhr, aktualisiert um 20:35 Uhr



Die Sterbehilfeorganisation Exit will lebensmüden Hochbetagten den Zugang zum Sterbemedikament erleichtern. Die Generalversammlung verankerte das Engagement für den Altersfreitod in den Exit-Statuten.



Einstellung der Schweizer Ärzteschaft zur Beihilfe zum Suizid (n=1318): Unter welchen Umständen ist Beihilfe zum Suizid grundsätzlich vertretbar?



Brauer S, Bolliger C, Strub JD (2015) Swiss physicians' attitudes to assisted suicide. Swiss Med Wkly 145:w14142

**Herzlichen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**