UNIVERSITÄTS KLINIKUM jena

Selbstbestimmtes Sterben – Herausforderungen im klinischen Alltag

Ulrich Wedding

ulrich.wedding@med.uni-jena.de

Jede ärztliche Behandlung ist ein Eingriff in den Körper.

Den Eingriff rechtfertigen allein Indikation und Patientenwille

-> besteht eine Indikation, kann eine ärztliche Behandlung abgelehnt werden

-> besteht keine Indikation, kann eine ärztliche Behandlung nicht eingefordert werden

Selbstbestimmung kann durch Patientenwillen
(aktuell, vorab verfügt, durch Ermächtigte, …) ausgeübt werden

Formen der Sterbehilfe / Sterbebegleitung

- Tötung auf Verlangen
- ***Assistierter Suizid / Beihilfe zur Selbsttötung***
- Therapie am Lebensende
- Sterben zulassen
- (palliative Sedierung)

Deutscher Ethikrat 2005

Ursachen, Bedeutungen und Funktionen von Todeswünschen

- körperliche Symptome
- psychische Symptome (Depressivität, Angst, Hoffnungslosigkeit)
- soziale Probleme (Isolation/Alleinsein)
- Persönlichkeit (Wunsch nach Autonomie und Kontrolle, Identitätsverlust)
- Qualität der Beziehungen des Patienten zu ihm wichtigen Menschen
- existentielle, spirituelle, lebensanschauliche Dimension.

https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html

Formen von Todeswünschen

Autoren	FORMEN VON TODESWÜNSCHEN					
1) Ohnsorge et al. [1508, 1520]	Akzeptanz des Sterbens		Wunsch zu sterben als:			
			1) Hoffen aufs Ende	2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung	3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung	
2) Nissim et al. [1509]	Loslassen	Verzweiflung		Hypothetischer Fluchtplan		
3) Balaguer et al. [1503]				Wish to hasten death (WTHD)		
4) Mod. nach Wolfersdorf [1515-1517] und Lindner [1514]	Lebens-sattheit	Lebens-müdigkeit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Suizidalität (distanziert -> latent -> akut)		

Suizidaler Handlungsdruck

https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html

18.3.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad **B**	Bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung *sollte* im Verlauf das Vorhandensein von Todeswünschen aktiv erfragt werden.
Level of Evidence **4**	Quellen: S3 Unipolare Depression [1320], SNS-Leitlinie [1541]

18.4.	Evidenzbasiertes Statement
Level of Evidence **1-**	Es gibt keinen Hinweis, dass das Ansprechen von suizidalen Gedanken zu deren Entstehung oder Steigerung führt.
	Quellen: Blades et al. 2018 [1542], Crawford et al. 2011 [1543], de Beurs et al. 2016 [1544], DeCou et al. 2018 [1545], Harris et al. 2016 [1546]

18.5.	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Bei Äußerung eines Todeswunsches bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung *sollen* Verlauf, Ausprägung und subjektive Anlässe sowie mögliche Suizidgedanken, Suizidabsichten und Suizidpläne erfragt werden.

https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/128-001OL.html

Ziele bei Patienten mit Todeswünschen

- Wahrnehmen und Erkennen
- Verstehen
- Kompetent begleiten
- Suizidprävention

Fazit Todeswünsche in der Palliativmedizin:

Hinter den meisten erfragten und geäußerten Todeswünschen verbergen sich Anliegen nicht **so** leben zu wollen

Es besteht eine große Ambivalenz zwischen dem Wunsch zu Leben und dem Wunsch nicht so leben zu wollen und gleichzeitig das Nicht-mehr-leben-werden zu akzeptieren

Für die meisten Anliegen lassen sich befriedigende Antworten finden, manchmal eine gezielte Sedierung. Für viele Patienten ist das Wissen um diese Möglichkeiten bereits Therapie.

Palliativmedizin muss erfahren/erfahrbar werden, um wirken zu können.

Die Suche nach Lösungen mit Zugängen zur Lebendigkeit des Lebens ist intensiver, ohne den Weg der Suizidhilfe

Fazit: Das Urteil und seine Begründung

Suizid ist ein Grundrecht und das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe schränkt dieses Grundrecht in ungerechtfertigtem Umfang ein.

Der Staat darf sich nicht zwischen einen freiwillig Suizidhilfe Suchenden und einen freiwillig Suizidhilfe Anbietenden stellen.

Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Aufgaben des Staates sind der Schutz des Lebens und die Ermöglichung / Sicherstellung von Autonomie (freiverantwortlich, ernsthaft und dauerhaft)

Berufsrecht und ärztliche Suizidhilfe

Vielfältige ärztliche Aufgaben in der Suizidprävention und vor einem möglichen Suizid

Der 124. Deutsche Ärztetag 2021 beschließt die Streichung des Satzes: *„Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“* aus der Berufsordnung

Er bekräftigt mit sehr großer Mehrheit die Aussage: *„Die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe“*

Der 125. Deutsche Ärztetag 2021 beschließt eine Empfehlung zum Ausbau der Suizidprävention

III. 3. Hilfe zum Suizid

„Die rechtliche Bewertung von Handlungen im Zusammenhang mit einem Suizid hängt entscheidend von der Freiverantwortlichkeit der Suizidhandlung ab.“

„Strafbar ist die *Hilfe zu einem Suizid, der nicht freiverantwortlich* begangen wird.“

https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=220611

Krebs: konventionelle und assistierte Suizide (Schweiz 1999-2018)

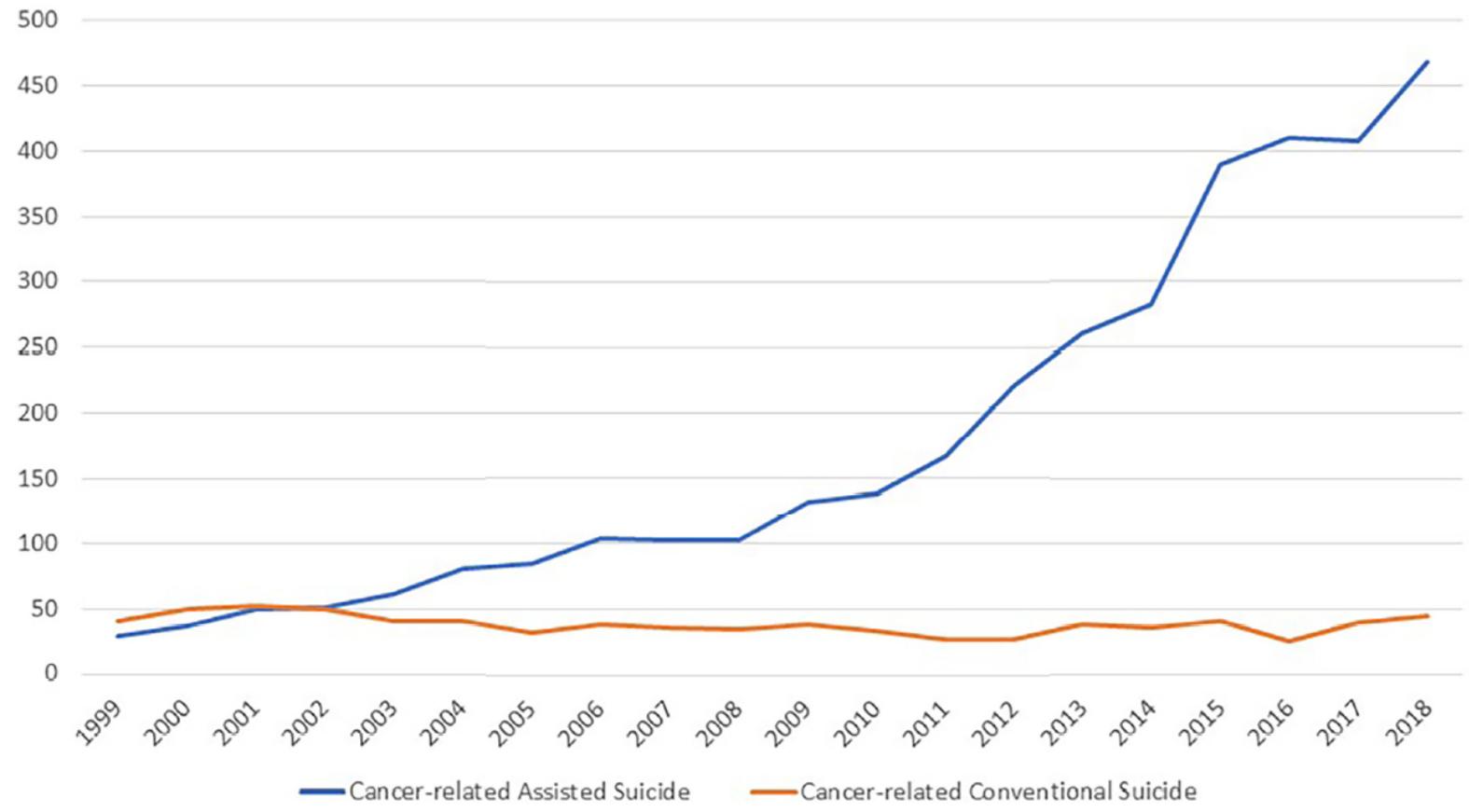

FIGURE 2 Development of the number of cancer-associated conventional and assisted suicide cases in Switzerland 1999–2018.

The ratio of cancer-associated AS in relationship with all cancer-associated deaths increased over time to 2.3%

Güth et al. Cancer Medicine 2023

Fazit: Selbstbestimmtes Sterben

Auch der nicht mit Assistenz eintretende Tod ist / kann ein Selbstbestimmter sein

Klarheit des Patientenwillens – vs. „Recht auf Ambivalenz“ – vs. Erfahrbarkeit des Angebots

Schlechte „health-“ und „death-literacy“ und unzureichendes Wissen um Versorgungsangebote und unzureichende Nutzung von Vorausverfügungen, ACP …

Voraussetzung „Dauerhaftigkeit“ üblicherweise nicht (allein) im klinischen Setting überprüfbar

Suizidhilfe führt nicht zum Rückgang konventioneller Suizide