

Sterben ist (k)eine Kunst



Luzern
Mai 2018

Hans Neuenschwander

Das Menue

- Zum Thema - Motivation
- RL
 - Arbeitsweise
 - Form/Aufbau - Inhalte
 - Reaktionen
- Ungewissheiten

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)



- Gegründet 1943
- Kommissionen, ZEK
 - Diskussion von politischen, kulturellen, gesellschaftlichen Fragen der Medizin
 - Verfassung von RL

Motivation

MEDIZIN-
ETHISCHE
RICHT-
LINIEN

Betreuung von
Patientinnen und Patienten
am Lebensende

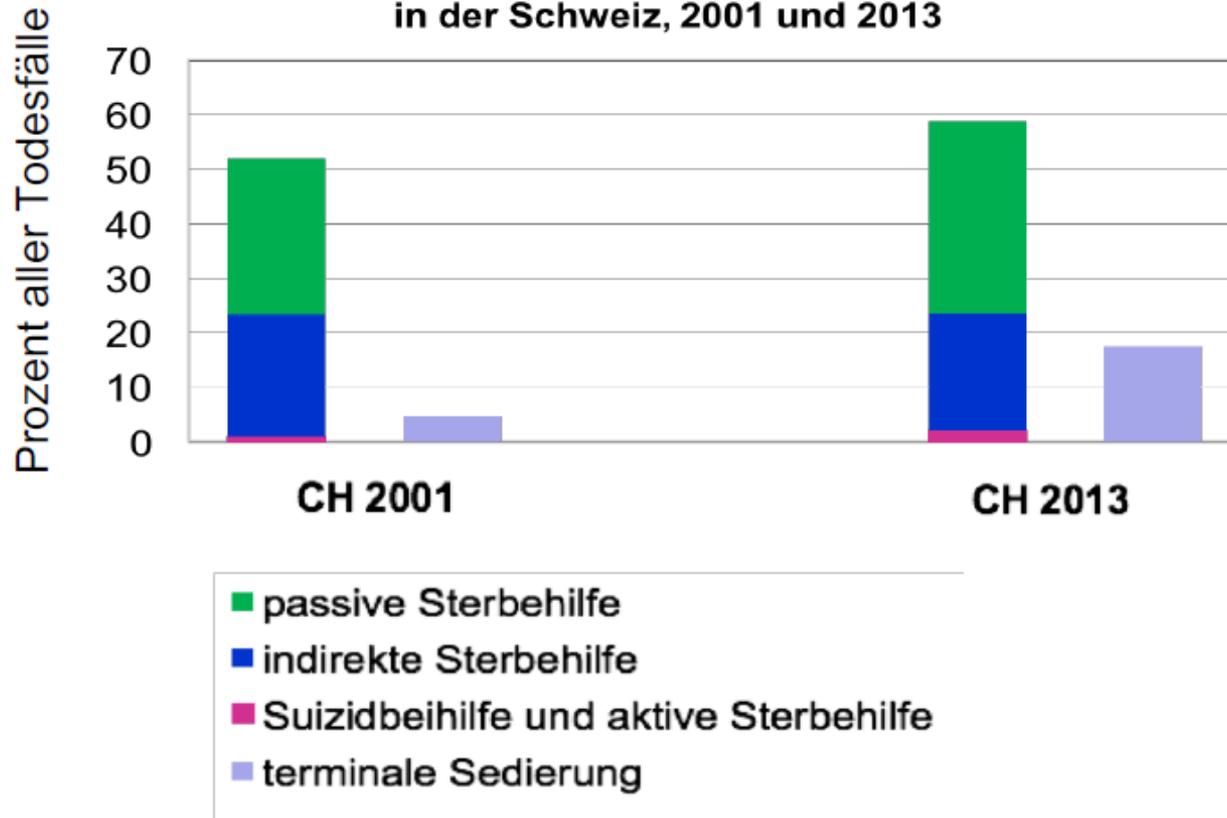
SAMW  Schweizerische
Akademie der Medizinischen
Wissenschaften

- Birth ist fatal disease
- Wir sterben heute länger
- Primat Autonomie

Anstösse

- Bedürfnisse nach Hilfestellung
 - Gespräche über Leben und Tod
 - Neue Entscheidungsmodelle (SDM, ACP)
 - Betreuung der Angehörigen
- Neue Erkenntnisse aus SAMW-studie und NFP 67
- Öffentliche Diskussion um AS bei nicht sterbenskranken Personen
- Zunahme von Sedierung

Häufigkeit von Sterbehilfe und Sedierung in der Schweiz, 2001 und 2013



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.

RL: Iter

- Auftrag Mai 2015 an Su-ko
- Basis, u.a. Studie Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe
(<https://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Aerztliche-Suizidhilfe.html> und [NFP 67: Leitgedanke palliative care](#))
 - Vermittlung zw. versch. gesellschaftlichen Positionen
- Nov. 2017 an den Senat, verabschiedet zur Vernehmlassung
- Einarbeitung der Rückmeldungen
- Vom Senat genehmigt 17.5.2018
- Publikation voraussichtlich Juni 2018

Zusammensetzung der Subkommission

Prof. Dr. med. Christian Kind, St. Gallen, Vorsitz

Dr. med. Daphné Berner, Corcelles (ehem. Kantonsärztin)

Susanne Brauer, PhD, Zürich, Vizepräsidentin ZEK (Ethik)

Sonja Flotron, Reconviller (Pflege / Palliative Care)

Prof. Dr. phil. Heinz Gutscher, Zürich (Sozialpsychologie)

Prof. Dr. iur. Daniel Hürlimann, St. Gallen (Recht)

Prof. Dr. med. Samia Hurst, Genf (Ethik)

Dr. med. Roland Kunz, Zürich (Geriatric / Palliative Care)

Dr. sc. med. Settimio Monteverde, MME, MAE, RN, Zürich (Pflege / Ethik)

Dr. med. Hans Neuenschwander, Lugano (Onkologie / Palliative Care)

Prof. Dr. med. Hans Pargger, Basel (Intensivmedizin)

Dr. med. Florian Riese, Zürich (Psychiatrie / Palliative Care)

Lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Bern, ex officio (Recht, SAMW)

Prof. Dr. med. Walter Reinhart, Chur (Innere Medizin)

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann, Fribourg (Ethik)



Grundgedanken

- Prinzipien der PC
- Achtung der Selbstbestimmung, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse von Angehörigen und Betreuenden
- Schutz vulnerabler Patienten vor medizinischen Massnahmen, die nicht ihrem aufgeklärten freien und wohlüberlegten Willen entsprechen

Erwünschte Wirkung der RL

- Hilfestellung für die Betreuung von Menschen am Lebensende und deren Angehörige, speziell wenn Sterbewünsche geäußert werden
- Verhinderung einer Polarisierung der Ärzteschaft
- Akzeptanz in der Öffentlichkeit

Was möchten die RL erreichen ?

- Förderung des «guten Sterbens»
- Respektierung der Selbstbestimmung des Patienten
- Respektierung der ärztlichen Gewissensfreiheit
- Selbstverständnis der Medizin, welche das Patientenwohl als übergeordnetes Ziel hat

Was möchten die RL vermeiden ?



- Gesellschaftlichen Druck (nudging)
Richtung Lebensverkürzung von
chronisch Kranken und Hochbetagten
- Druck auf Ärzte, Suizidhilfe anzubieten
- Ausweitung medizinischer
Lebensverkürzung auf nicht
selbstbestimmungsfähige Personen

Geltungsbereich

- Sterbende Patienten
- Patienten mit wahrscheinlich tödlich verlaufender Krankheit
- Patienten mit Sterbewünschen

Die Richtlinien: Gliederung

- Präambel
- RL
 - Geltungsbereich
 - Grundsätze
 - Sprechen über Sterben und Tod
 - Umgang mit Sterbewünschen
 - Entscheidungsprozesse
 - Handlungen, die – möglicherweise oder sicher - den Eintritt des Todes beschleunigen
- Anhang
 - Glossar
 - Behandlungsziele (nur elektronisch)

Neu

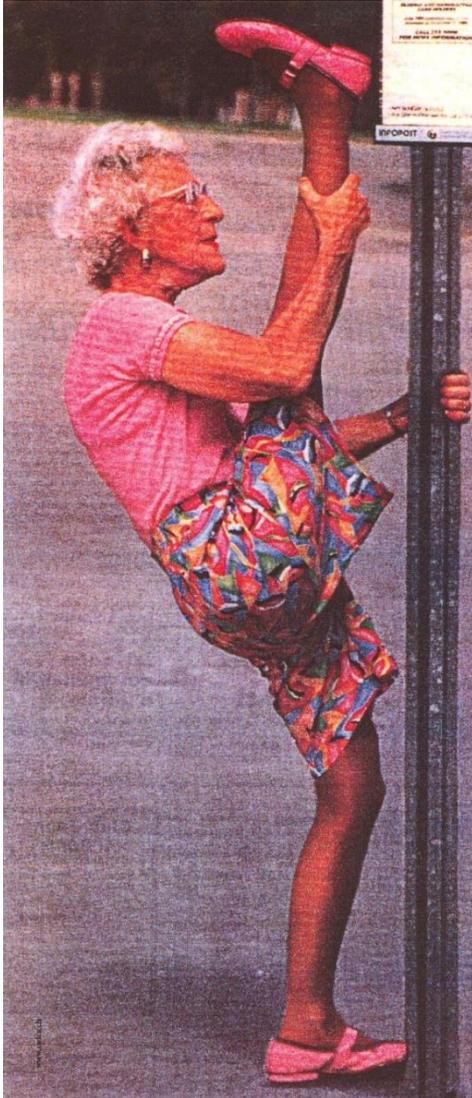
- Erweiterung des Geltungsbereichs
- Grundsätze/Ziele
- Betonung des Gesprächs
- Selbstbestimmung, inkl. SDM, ACP
- Betreuung der Angehörigen
- Handlungen die ev. Todeseintritt beschleunigen (3 Kategorien)*
- Präzisierung zur palliativen Sedierung
- AS auch vor Eintritt in die Sterbephase
- FVNF



Handlungen die möglicherweise oder sicher den Eintritt des Todes beschleunigen

- Allgemein akzeptiert
 - Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch
 - Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen
 - Sedierung*
- Kontrovers diskutierte Handlungen
 - AS
 - FVNF
- Nicht zulässige Handlungen
 - Tötung auf Verlangen
 - Tötung ohne entsprechendes Verlangen

Das Leben vor dem Tod



Nur wenige sterben
einen nicht erwarteten
Tod

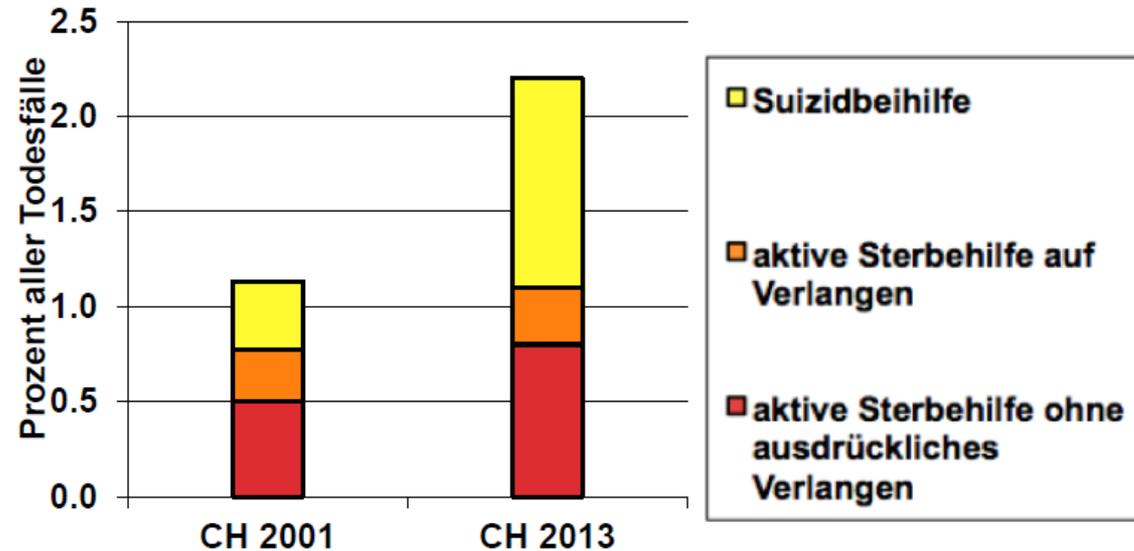
Entscheide am Lebensende in der CH

Todesfälle (2001):	44 036
nicht erwartet	32%
erwartet, ohne MDEL	17%

MDEL	51%
„aktive indirekte Sterbehilfe“	22%
„passive Sterbehilfe“	28%
Sterbehilfe	1.04%
Euthanasie	0.27%
sog. Assistierter Suizid	0.36%
LAWER	0.42%

Sterbehilfe

Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe in der Schweiz



Van der Heide A et al (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362:645-650

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

Sterbehilfe

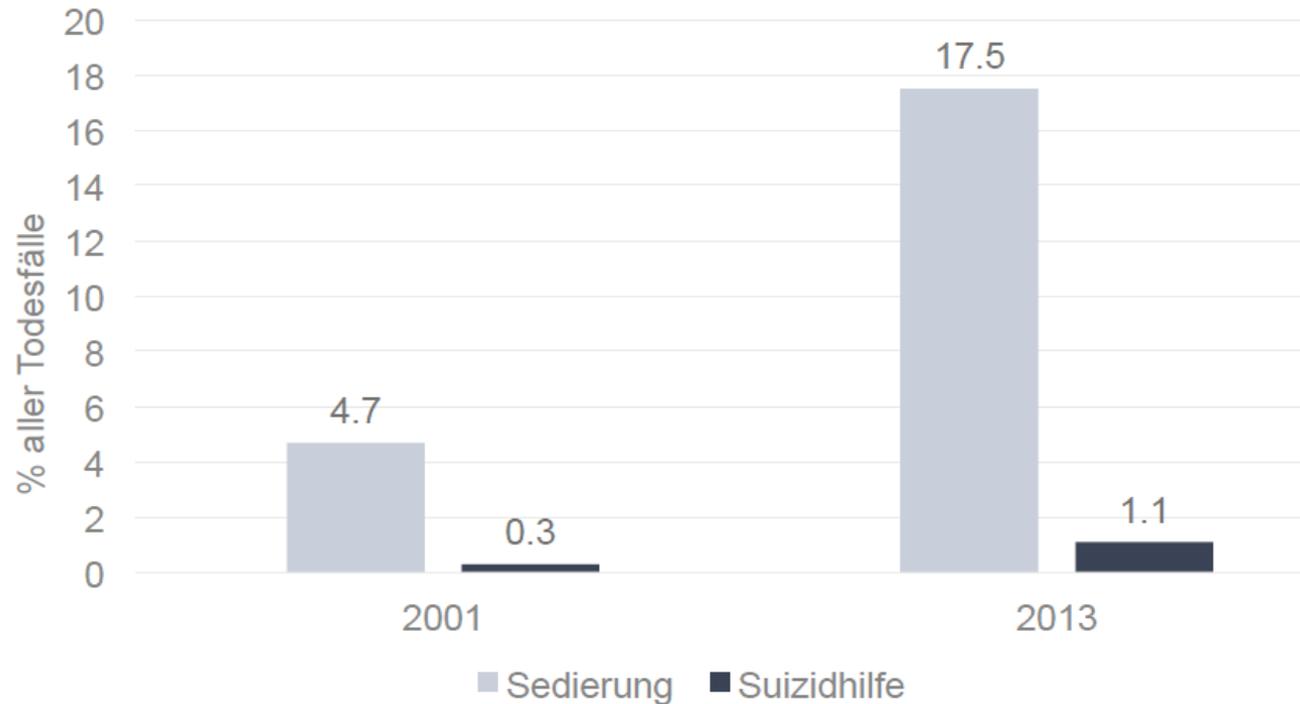
Gründe für das Verlangen nach Suizidbeihilfe

	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

Palliative Sedierung

Sedierung bis zum Tod und Suizidhilfe 2001 vs. 2013



Daten von: Bosshard G. et al. JAMA Intern Med 2016;176:555

Palliative Sedierung

- Symptomgesteuert bezüglich Sedierungstiefe und Dauer
- Für nichtsomatisches Leiden nur als respite, falls andere nichtmedizinische Möglichkeiten nicht reichen
- Kontinuierliche Sedierung bis zum Tod nur nach Beginn des Sterbeprozesses zulässig
- Entscheidungs- und Ausführungsprotokoll

Suizidhilfe

- Art 115 SGB
- Keine Verpflichtung des Arztes
- Überreichen der Akten und Abklärung der allgemeinen Urteilsfähigkeit ist nicht teil der Beihilfe
- AS-bezogene Urteilsfähigkeit muss vorhanden sein (s. RL SAMW Nov.2018)
- Das krankheitsbedingte Leiden ist für den Patienten unerträglich
- Der Wunsch ist für den Arzt nach sorgfältiger Beurteilung nachvollziehbar

Sterbefasten (FVNF)

- Sedierung zur Unterdrückung von Hunger und Durst ist nicht zulässig
- Falls der Patient nach Trinken oder Essen verlangt, darf ihm dies trotz anderslautender Patientenverfügung nicht verweigert werden

Vernehmlassung

- 118, zum Teil umfassend und differenziert
 - positiv 73%
 - negativ 16%
 - gemischt 11%
- zustimmend/nicht zustimmend
 - Ärzteorganisationen(13/1)
 - Pflegeorganisationen (9)
 - Palliative-care-Einrichtungen (9)
 - Spitäler, Heime (8)
 - Ethikkommissionen (9/1)
 - BAG, Kantone (9/2)

Redaktion

- Einbezug von Kindern, Menschen mit Behinderungen, Notfallsituationen
- Ethische Begründung und Präzisierungen in Bezug auf Suizidhilfe*

Redaktion bezüglich AS

- Sterbehilfeorganisationen nicht mehr als
Zusammenarbeitspartner erwähnt
- Meldepflicht der NaP-verschreibung
- Überprüfung nur in Bezug auf Urteilsfähigkeit,
Wohlerwogenheit und Abwesenheit von Zwang
- Rücksicht auf Angehörige und Betreuer

Wir haben die Wahrheit gesucht.

Wir haben sie nicht gefunden.

Morgen wird sie jemand anderes suchen.

Sokrates

Ruedi Joss

- Sterben ist Teil des Lebens
- Warum haben wir Angst vor dem Sterben ?
- Ist man autonom allein ?

Früher war alles besser!
Gestern z. B. da war

Sonntag



Shabby Chic
www.heart.com



Sir Luke Fildes, 1887

Früher starb man schneller, «aus dem Leben heraus»

Presto agitato

f drammatico

8. 3 *

Das Lebensende wird delegiert

- Von der Familie an die Profis
- Von den Ärzten an die Pflegenden
- Von der Gesellschaft an die Institutionen
- Von den Spitälern an die Heime
- Von der Realität zur Virtualität

Warum tun wir uns schwer mit Ungewissheiten?



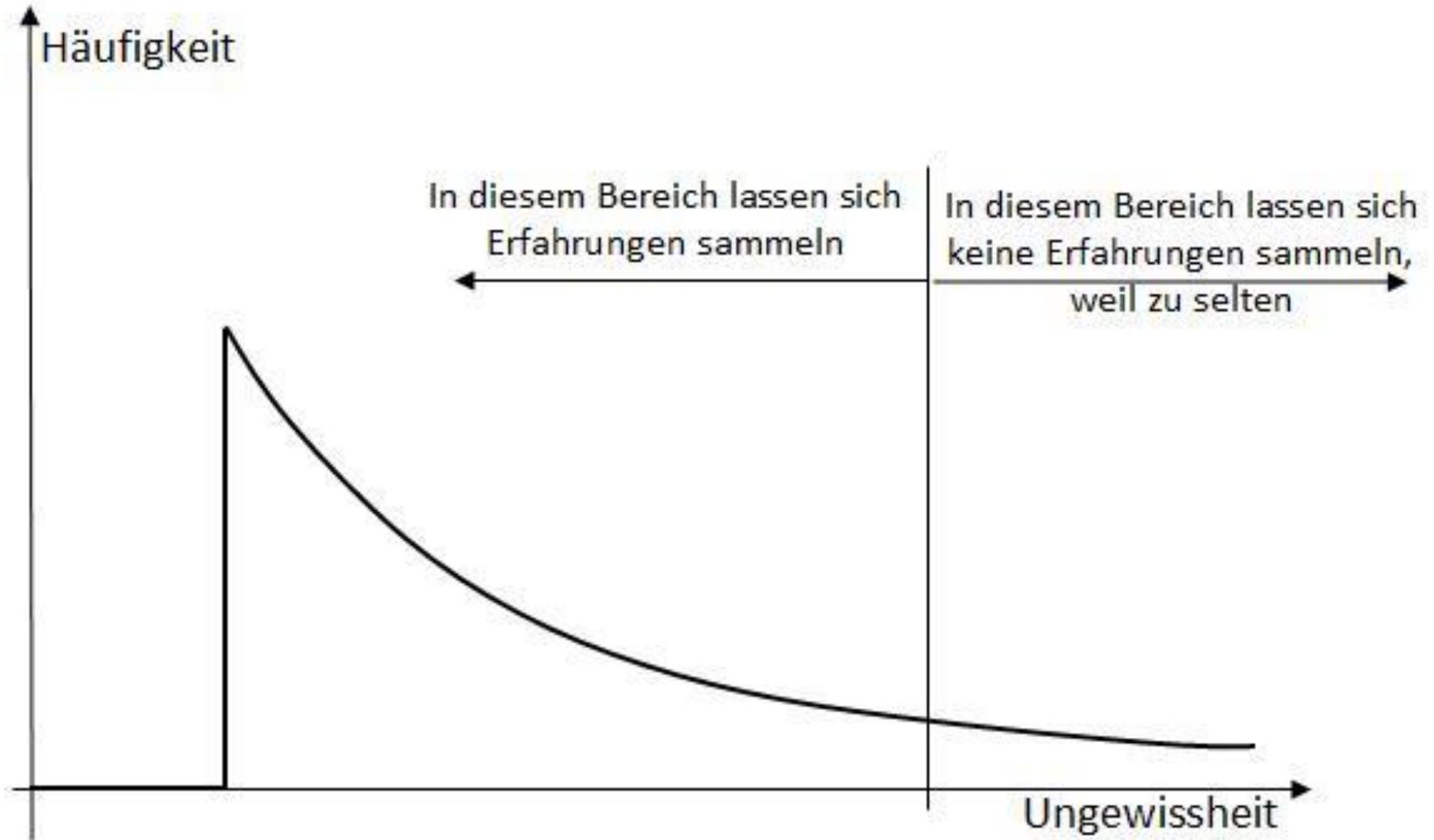
Umgang mit Ungewissheiten





Well yes, I suppose it is a multiple-choice question

Fähigkeit zum Umgang mit Ungewissheiten



Gegen oder für was seid ihr nicht versichert?



- **Krankheit,
Unfall, Geburt,
Tod, Pensionierung,
Lohnausfall,
Arbeitslosigkeit,
Rechtsschutz, Kasko, Diebstahl,
Einbruch, Feuer, Wasser, Hagel, Glasbruch,**

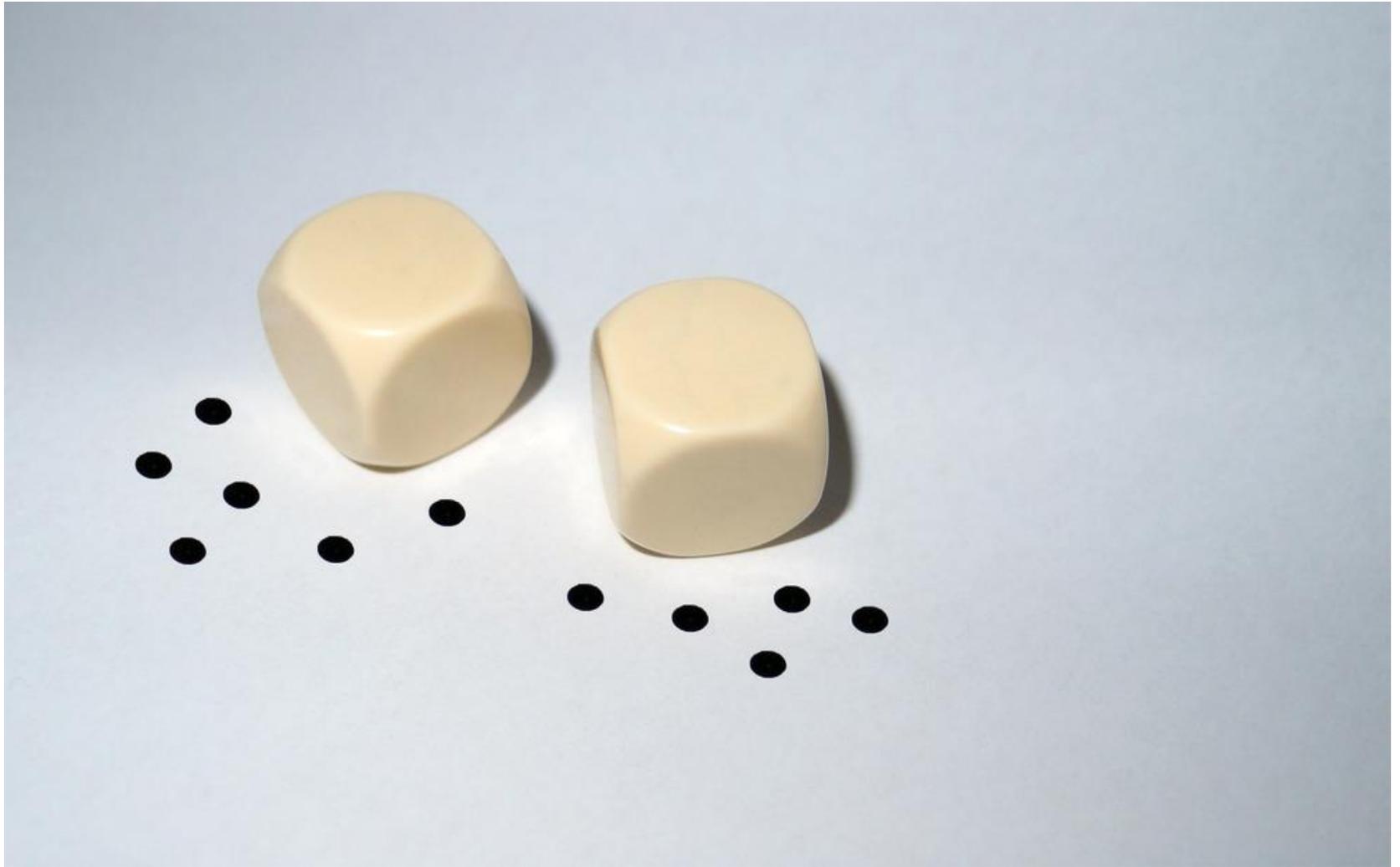
Naturkatastrophen, Haftpflicht, Reise, Waschmaschinenservice,, Schlüssel verlieren;.....



„Etiam nunc regredi possumus; quod si ponticulum transierimus, omnia armis agenda erunt.“ „Eatur quo deorum ostenta et inimicorum iniquitas vocat.

„lacta alea est.“





Re-owning



Die Zukunft ist nicht mehr, was sie einmal war. (Karl Valentin)



„Die Würde des Menschen besteht in der Wahl.“

Max Frisch

«Je planmässiger die Menschen vorgehen, desto wirksamer trifft sie der Zufall.»

Friedrich Dürrenmatt





Relationale Autonomie





Es ereignet sich nichts Neues. Es sind immer die alten Geschichten, die von immer neuen Menschen erlebt werden.

William Faulkner, 1897 - 1962

IMAGINE

