

Suizidalität in der Palliative Care

Wenn ein Patient das Verlangen nach Sterbehilfe, nach Beschleunigung des Sterbens oder Suizidhilfe äussert.

daniel.bueche@kssg.ch

Inhalt

- Suizidgedanken – Suizidalität
- Sterbenswunsch – Lebensangst
- Suizidbeihilfe (kurz)
- Was kann Palliative Care anbieten bei Suizidgedanken, Suizidwünschen...

SUIZIDGEDANKEN - SUIZIDALITÄT

Suizidgedanken

Wer

von Ihnen

hatte noch

NIE

Suizidgedanken?

Suizid & Euthansie

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

- Stoiker: Suizid als guter Tod möglich, wenn vorher das Leben abgeschlossen wurde (alles im Reinen)
- 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)
- 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 Strafwürdigkeit 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.

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.

Suizide am Lebensende

- Darüber wissen wir wenig
- Unser Wissen ist ungenau

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%

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

Suizidalität /Suizidgedanken

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

STERBEWUNSCH - LEBENSANGST

Was führt zu vermehrten Suizidgedanken?

Sterbewunsch

- Das Leben gelebt zu haben
- Keinen Sinn mehr sehen
- Vom Leben abgeschnitten zu sein

Lebensangst

- Unkontrollierte Symptome
- Angst vor Abhängigkeit

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, Bosshard 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?

Traurigkeit

Traurigkeit, was steht dahinter?

- Trauer
- Depression
- Einsamkeit / existential loneliness
- Demoralisierungssyndrom

=> Gemäss DSM V oder ICD 11 kann alles unter depressiver Episode subsumiert werden!

Trauer

Die Trauer ist ein natürlicher Weg des Menschen einen Verlust zu verarbeiten und damit umgehen zu lernen.

Der Weg ist nicht geradlinig, sondern verschlungen und führt häufig wieder zum Ausgangspunkt zurück.



Traurigkeit, Freudlosigkeit?

Diagnose der Depression

- **Freudlosigkeit (Anhedonie)**
- **Hoffnungslosigkeit**
- **Hilflosigkeit**
- **Wertlosigkeit**
- **Schuldgefühle**
- **Suizidgedanken/Todessehnsucht**
 - Sozialer Rückzug
 - Traurigkeit, depressive Stimmung, Dysphorie, Weinerlichkeit, Interesselosigkeit, Denk- und Konzentrationsstörung

Depressive Entwicklung	Trauer
Freudlosigkeit	Freudlosigkeit im Wechsel mit Freudfähigkeit
Hilflosigkeit	Verlust von...
Hoffnungslosigkeit	Sorgen, Qual/Angst
Wertlosigkeit, Schuldgefühle	Sehnsucht nach...
Suizidgedanken, Todeswunsch	Festhalten an....
Information	Emotionaler Ausdruck
Kontrolle erhöhen	zuhören, sprechen, denken
Lebensziel formulieren, Lebenssinn suchen	Sinn in der Geschichte suchen
Beziehungen aufbauen	Umgang mit Verdrängung

Depressive Entwicklung	Demoarilsierungssyndrom
Verstärkung durch exogene Faktoren	Auslösung vorwiegend durch exogene Faktoren (Stress...)
Freudlosigkeit (Anhedonie)	Erhalt der Genussfähigkeit für den aktuellen Moment Verlust der antizipat. Freude
Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit	Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit
Wertlosigkeit, Schuldgefühle	Wertlosigkeit
Suizidgedanken, Todeswunsch	Gefühl von Inkompetenz
	Entmutigung
Interessenlosigkeit	Gefangensein
Konzentrationsstörung	Keine kognitiven Störungen
Ansprechen auf Antidepressiva	Ungenügendes Ansprechen auf Antidepressiva

Existenzielle Einsamkeit des Sterbenden

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

Existenzielle 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 einsamem
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 (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 Druck** entstanden und **dauerhaft**. **Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.“**

Gemäss SAMW u.a.

- Urteilsfähigkeit
- Freiwilligkeit
 - Will der Mensch sterben?
- Wohlerwogen

**WAS KANN PALLIATIVE CARE
BIETEN?**

Trost & Hoffnung

Haben wir ein Konzept?

Warum => Wozu

Warum werden wir
geboren?

Warum leben wir?

Warum sterben wir?

- Warum bin ich krank?
- Warum gerade ich?

Wozu werden wir geboren?

Wozu leben wir?

Wozu sterben wir?

Wozu ist die Krankheit gut?

Warum => Wozu

Viktor Frankl, Psychoanalytiker , Existenzanalytiker

- Wir haben auf dieses Geheimnis /Mysterium keine Antwort
- Wir müssen keine Antwort haben
- Die Frage nach dem WOZU gibt aber Dynamik, Leben, Kreativität, Kreatürlichkeit, Veränderbarkeit
- Das WOZU hat ein Ziel wohl wissend, dass *„...es keine Schande ist das Ziel nicht zu erreichen.“*

Trost

Bachkantate BWV 127: Herr Jesu Christ, wahr' Mensch und Gott

Genug, dass da der Glaube weiß,
Dass Jesus bei mir steht,
Der mit Geduld zu seinem Leiden geht
Und diesen schweren Weg auch mich geleitet
Und mir die Ruhe zubereitet.

Trost

Bachkantate BWV 127: Herr Jesu Christ, wahr' Mensch und Gott

- **Sicherheit geben** Genug, dass da der Glaube weiss
- **Begleitung, Da-Sein, Sorge-Kultur,** Dass Jesus bei mir steht
 - Nicht Erlösung, keine Antwort...
- **Brüderlichkeit, Vor-Bild sein** Der mit Geduld zu seinem Leiden geht
 - Nicht Mit-Leiden
 - Geduld haben
 - Warten können, «wachtet mit mir»
- **Richtungsweiser, Lehrer und Lernender zugleich**
und diesen schweren Weg auch mit geleitet

Hoffnung

- Auf der Vergangenheit basieren dürfen
- An eine Zukunft denken dürfen

=> gibt Kraft und Raum in der Gegenwart zu leben

- Hoffnung ist adaptiv, wandelbar und damit kreativ

Kompetenzen in der Palliative Care

– Vorgehen

- Frage nach dem Warum stellen lassen
- Da-Sein
- Respekt vor dem bisher geleisteten
- Frage nach dem Wozu initiieren / entwickeln lassen

– Kompetenzen

- Haltung des Wissenden Haltung des Respekts
- Fertigkeiten: Fragen zu ermöglichen, keine Antworten bereit zu haben
- Erfahrung von anderen

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
- Trost und Hoffnung als hilfreiche Konzepte