
Sterben in Würde – für jedermann?

Stefan Lorenzl

Krankenhaus Agatharied, Deutschland

und

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin LMU, München



„Die Würde des Menschen ist unantastbar“



„Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.

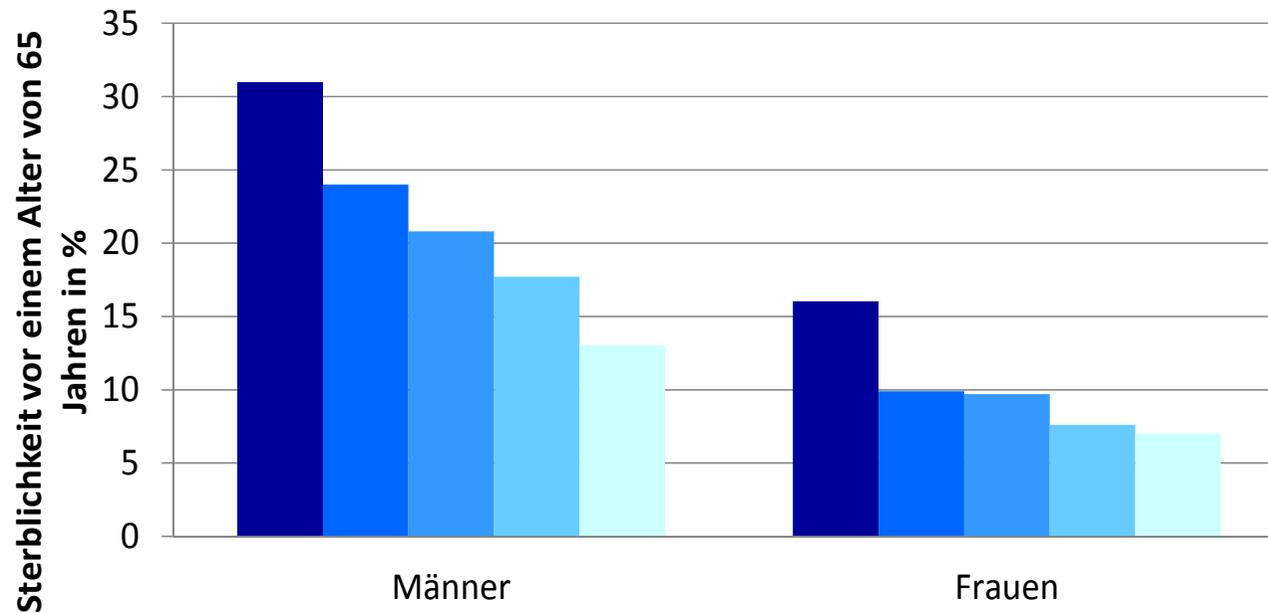
Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben sondern auch bis zuletzt Leben können.“

(Dame Cicely Saunders)

Was beeinflusst das Sterben?

- Bildung und sozialer Status
- familiärer Hintergrund
- Erkrankung

Sterblichkeit in Abhängigkeit vom Verdienst



Einkommen* ■ 0-60% ■ 61-80% ■ 81-100% ■ 101-150% ■ > 150%

685 €/ Monat

1712 €/ Monat



Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Wohnsituation

Statistisches Bundesamt



Pressemitteilung vom 11. Juli 2012 – 242/12

**In Deutschland lebte 2011 jede
fünfte Person allein**



Sterblichkeit in Abhängigkeit von der Wohnsituation

- **19 % der Männer** und **21 % der Frauen** waren 2011 alleinlebend
- in Städten (> 500.000) ist der Anteil höher:
29 % Alleinlebende vs 14 % in Gemeinden (< 5000)
- Alleinlebende haben signifikant höheres Sterberisiko (Jacob et al., 2012)

Grundannahmen der Palliative Care

- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Jeder Mensch ist Experte für die eigene Lebensqualität
- Palliative Care ist fachlich fundiert, umfassend, individuell und kreativ

„Der **„Palliative-Care“-Philosophie** liegt ein humanitärer Ansatz zugrunde, der sich nach Finlay/Jones (1995) nicht wesentlich von den Grundsätzen „guter“ pflegerischer und medizinischer Praxis unterscheidet.“

(Pleschberger, 2001)

Grundannahmen der Palliative Care

- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Jeder Mensch ist Experte für die eigene Lebensqualität
- Palliative Care ist fachlich fundiert, umfassend, individuell und kreativ

„Der **„Palliative-Care“-Philosophie** liegt ein humanitärer Ansatz zugrunde, der sich nach Finlay/Jones (1995) nicht wesentlich von den Grundsätzen „guter“ pflegerischer und medizinischer Praxis unterscheidet.“

(Pleschberger, 2001)

KASUISTIK

„Advance Care Planning“ bei fortschreitender Multisystematrophie

Ein 78-jähriger Patient mit fortschreitender **Multisystematrophie bei kortikobasilärer Degeneration** und Z.n. fulminanter Lungenembolie wird von seinem Hausarzt palliativmedizinisch behandelt mit gemeinsamer Festlegung von Behandlungsgrenzen.

Der Patient wird in erheblich reduziertem Allgemeinzustand bei Z.n. fulminanter Lungenembolie ansprechbar und orientiert zur weiteren palliativen und geriatrischen Betreuung.

dikation bei Schmerzen angeordnet. Rezidivierende heftige Dyspnoeanfälle erfordern eine zunehmende Sedierung und Gabe von starken Opioiden.



chen und entsprechend zu dokumentieren. Absprachen bezüglich Akut- und Notfallsituationen sollten in einem Notfallbogen mit konkreten Anweisungen für den Notfall festgehalten werden.

Fallvignette







Schreiber_Ap



Grundannahmen der Palliative Care

- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Jeder Mensch ist Experte für die eigene Lebensqualität
- Palliative Care ist fachlich fundiert, umfassend, individuell und kreativ

„Der **„Palliative-Care“-Philosophie** liegt ein humanitärer Ansatz zugrunde, der sich nach Finlay/Jones (1995) nicht wesentlich von den Grundsätzen „guter“ pflegerischer und medizinischer Praxis unterscheidet.“

(Pleschberger, 2001)

Fallvignette





Grundannahmen der Palliative Care

- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Jeder Mensch ist Experte für die eigene Lebensqualität
- Palliative Care ist fachlich fundiert, umfassend, individuell und kreativ

„Der **„Palliative-Care“-Philosophie** liegt ein humanitärer Ansatz zugrunde, der sich nach Finlay/Jones (1995) nicht wesentlich von den Grundsätzen „guter“ pflegerischer und medizinischer Praxis unterscheidet.“

(Pleschberger, 2001)



CLaSP

Care for Late Stage Parkinsonism

This study will evaluate the needs and provision of care for patients in the late stages of Parkinsonism and their carers in several European countries. This will be done through an in-depth assessment of patients and carers, interrogation of national and regional databases, and assessment and outcome of management strategies in six European countries. We will compare the effectiveness and cost of different health and social care systems, and carry out a trial comparing assessment by a specialist with management suggestions, guidance and access to telephone advice to that of usual care.

A systematic literature review of the evidence for effective management strategies, analysis of the study data, and evaluation of change in outcomes following specialist review will provide the basis for recommendations in the management of late stage Parkinsonism. In addition, the project will produce a platform for the assessment of patients with late stage Parkinsonism, their current treatment and care provision, as well as guidelines on the management of this late disease phase.

The results may also provide a model for the research on better management of other chronic neurological disorders and age-related disorders in various health-care systems.

Total Funding: To Be Finalised *
Start Date: 2014
Duration: 3 years
Coordinator: Anette Schrag
T: +44 20 7794 0500
E: a.schrag@ucl.ac.uk



Project Partners:



COORDINATOR | ANETTESCHRAG

-  **Anette Schrag**, University College London, United Kingdom
-  **Richard Dodel**, University of Marburg, Germany
-  **Joaquim Ferreira**, University of Lisbon, Portugal
-  **Per Odin**, University of Lund, Sweden
-  **Bas Bloem**, University of Nijmegen, The Netherlands
-  **Stefan Lorenz**, University of Munich, Germany
-  **Wassilios Meissner**, University of Bordeaux, France

Schwere Depression mit initialem Suizidwunsch

Ein bisher gesunder Patient äußert nach Erstdiagnose einer Parkinsonerkrankung einen dringenden Todeswunsch und die Absicht, Suizid zu begehen.

Ein 55-jähriger Patient stellt sich in Begleitung seiner Ehefrau und seiner erwachsenen Tochter in der psychiatrischen



gelingt es, seine Einwilligung in eine antidepressive Behandlung zu erreichen; im Verlauf einer sechswöchigen pharmakologi-

Die Debatte rund um das Thema Sterbehilfe

🏠 **Frankfurter Allgemeine** ☰

Sterbehilfe

Der Tod ist etwas für Fachleute

Zum Lebensende fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker: Die Befürworter des ärztlich assistierten Suizids wollen das Sterben erleichtern. Dass sie auch das Gesundheitssystem sanieren wollen, sagen sie nicht.

20.10.2014, von OLIVER TOLMEIN



© DPA

Wird der Tod durch die Sterbehilfe zum Gegenstand von Kosten-Nutzen-Rechnungen?

Politische Debatten verlaufen selten geradlinig. Auch zielstrebige Akteure, wie beispielsweise Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, können deren Dynamik nur schwer kontrollieren. Die Kontroverse um die Frage, ob Beihilfe zum Suizid gänzlich oder in bestimmten Ausprägungen verboten



Daten von Dignitas 2011-2013

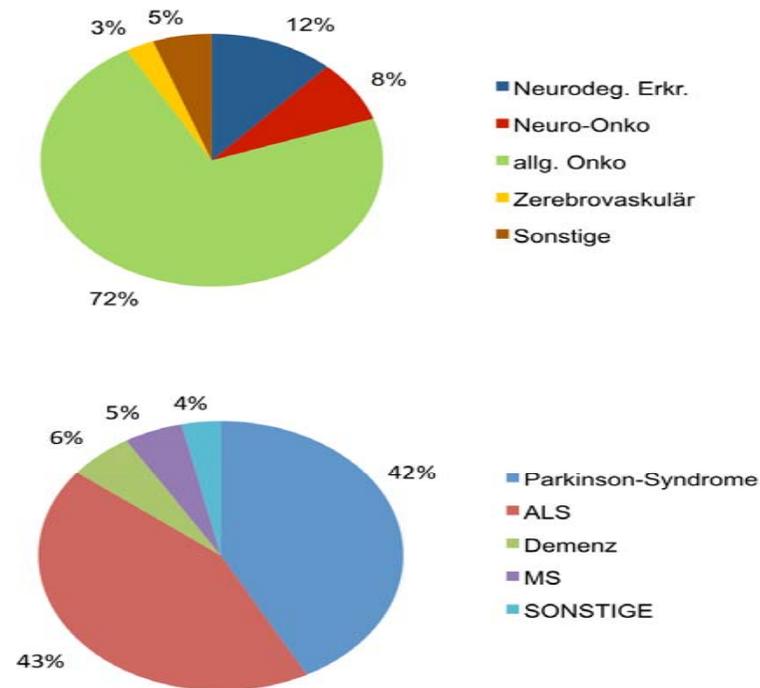
	n	%
Patienten	72	
Alter bei AS (MW \pm SD in Jahren)	68,8 \pm 10,9; Min 41. Max 93	
Geschlecht (weiblich)	36	50,0%
Dignose		
PD	34	47,2%
PSP	17	23,6%
MSA	17	23,6%
CBS	4	5,6%
Herkunftsland		
Deutschland	30	41,7%
Großbritannien	21	29,2%
USA	6	8,3%
Frankreich	4	5,6%
Kanada	3	4,2%
Australien/Schweiz/Spanien	2	2,8%
Portugal/Tschechien	1	1,4%
Tage zwischen Gesuch und AS (MW \pm SD)	167,8 \pm 272,6	
Begleitung durch Familie/Freunde bei AS	64	88,9%
Vorangegangene Suizidversuche	10	13,9%
Bewohner eines Pflegeheims	13	18,1%
Kinder (ja)	49	68,00%

Daten von Dignitas 2011-2013



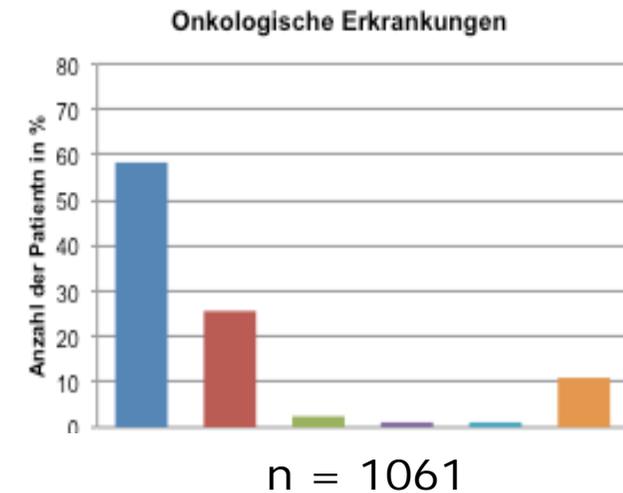
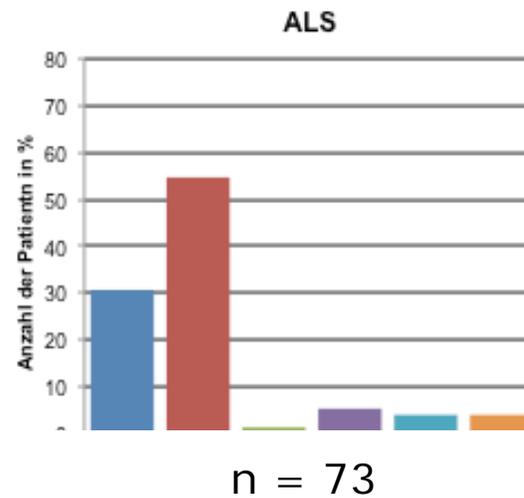
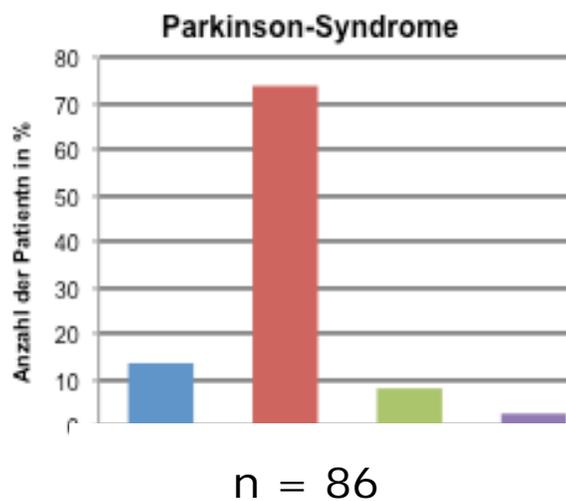
Butzhammer et al. DGN 2014

Vergleich von Patienten mit neurologischen und onkologischen Erkrankungen von 2007 – 2011 (n =1472)



Reisinger et al. EAPC Poster 2013

Vergleich von Patienten mit neurologischen und onkologischen Erkrankungen von 2007 – 2011 (n = 1472)



- Verstorben
- Entlassen nach Hause
- Verlegung in eine andere Abteilung / Station
- Entlassen ins Pflegeheim
- Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- Verlegung ins Hospiz/ andere Palliativstation

Reisinger et al. EAPC Poster 2013

Pflegeunterschiede bei Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen

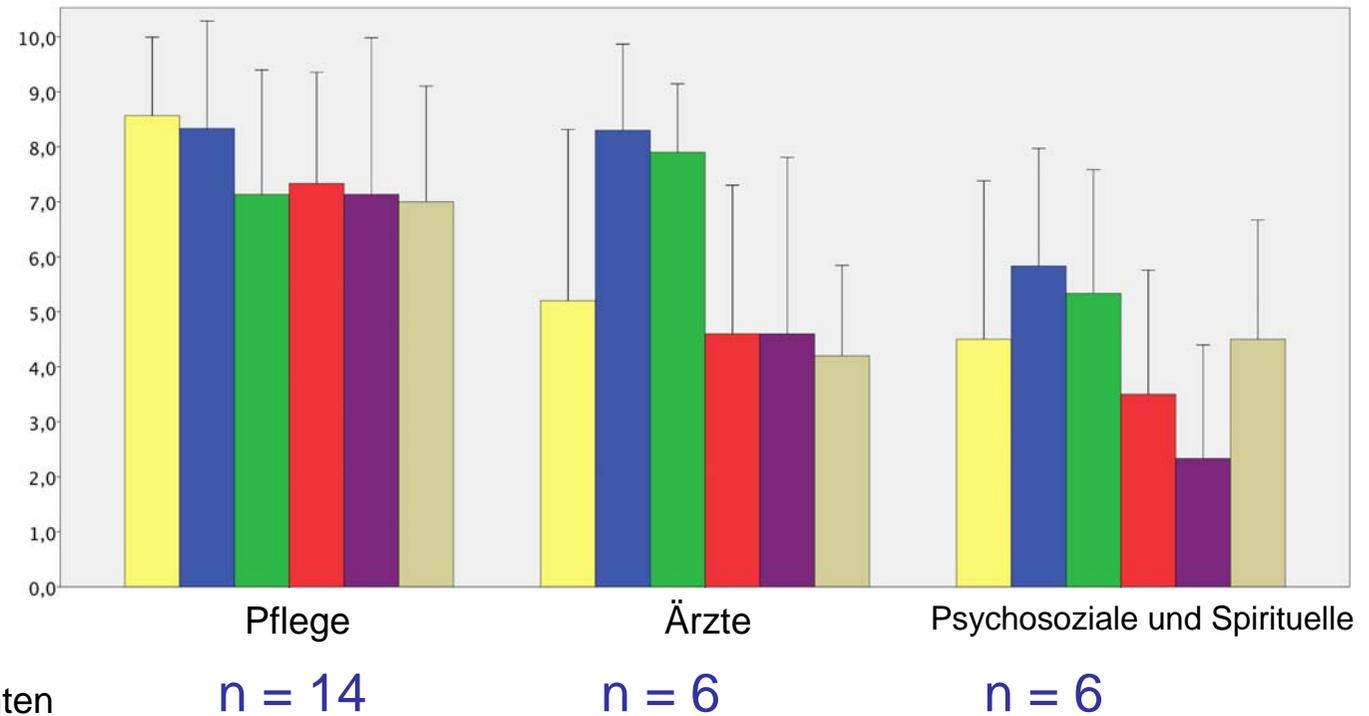
- Pflegende berichten von mehr „Problemen“
- weniger Arbeitszufriedenheit
(im Vergleich zu onkologischen Patienten)

⇒ Evaluation der Unterschiede zu Tumorpatienten

Identifizierte Belastungsfaktoren



-  Zeitaufwand
-  verbale Komm.
-  non-verbale Komm.
-  Forderungen der Patienten
-  Verhalten der Angehörigen
-  Anspruch der Angehörigen



Brunner et al., eingereicht

Angehörige („Unit of Care“)

- jahrelange aufopfernde Pflege
- konsequente Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
- soziale Isolation
- Neudefinition der eigenen Rolle

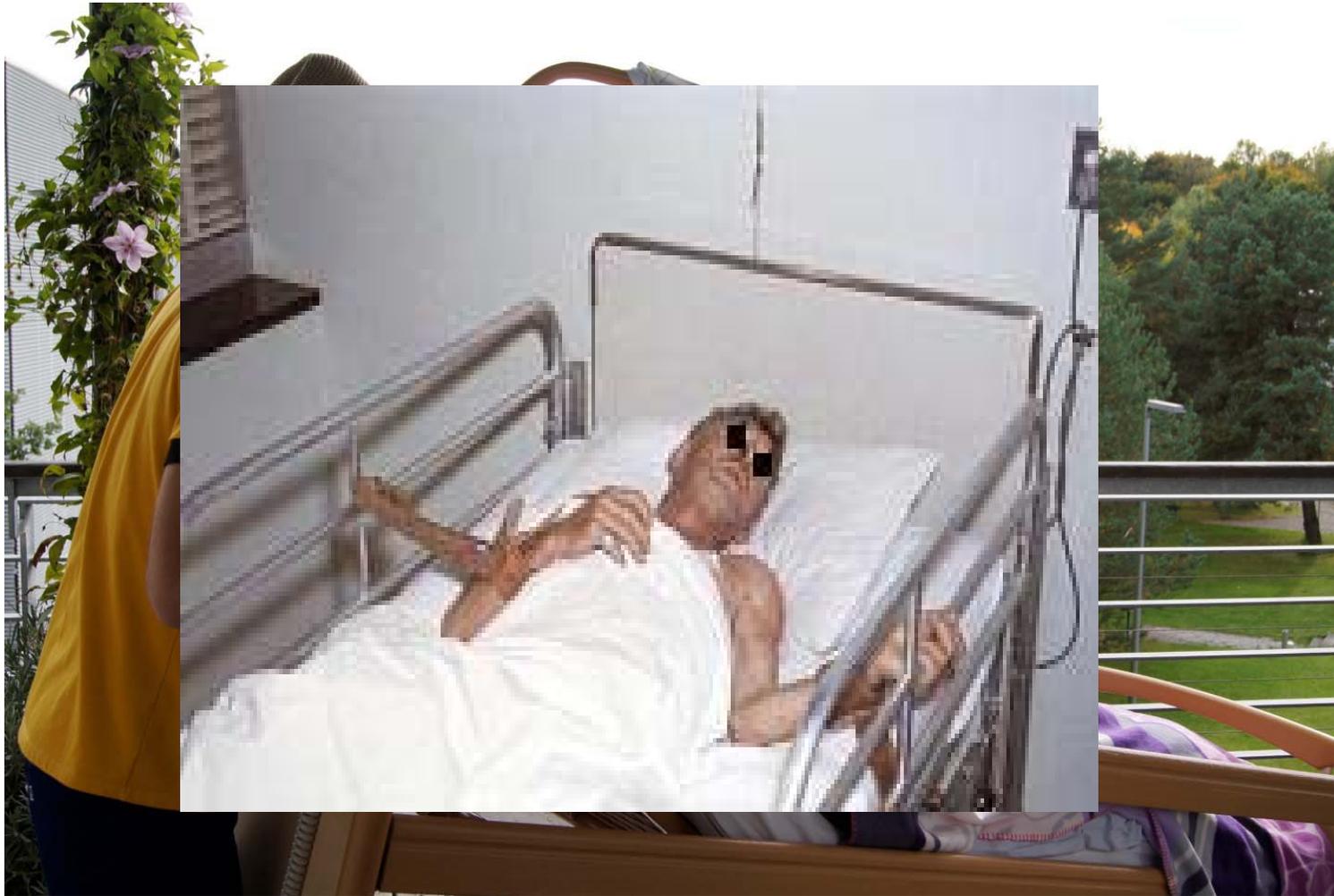


Grundannahmen der Palliative Care

- Akzeptanz der Endlichkeit des Lebens
- Jeder Mensch ist Experte für die eigene Lebensqualität
- Palliative Care ist fachlich fundiert, umfassend, individuell und kreativ

„Der **„Palliative-Care“-Philosophie** liegt ein humanitärer Ansatz zugrunde, der sich nach Finlay/Jones (1995) nicht wesentlich von den Grundsätzen „guter“ pflegerischer und medizinischer Praxis unterscheidet.“

(Pleschberger, 2001)



**Was braucht die Entwicklung von Palliative Care in
der Zukunft?**



Diskussionsgrundlage

- Fachkompetenz stärken (interdisziplinär und multiprofessionell)
- „best Supportive Care“ vor Palliative Care
- stärkeres Einbeziehen der Hospizarbeit in die öffentliche Diskussion
- Versorgungsforschung stärken („Citizen Science“)
- Netzwerke schaffen für Versorgung und Forschung (Leopoldina)

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Arbeitsgruppe „Palliative Care für Neurologische Erkrankungen“

Georg Nübling
Mira Hensler
Joahannes Bükki
Madeleine Schuberth
Carmen Richinger
Lisa Butzhammer
Kathrin Feldmer
Marlene Reisinger

Stefan Lorenzi

