
Neurologische Palliativmedizin und ethische Überlegungen

Gliederung

1. Was ist Neuropalliative Care?
2. Warum Neuropalliative Care?
3. Wann Neuropalliative Care?
4. Fallbeispiele
5. Zusammenfassung

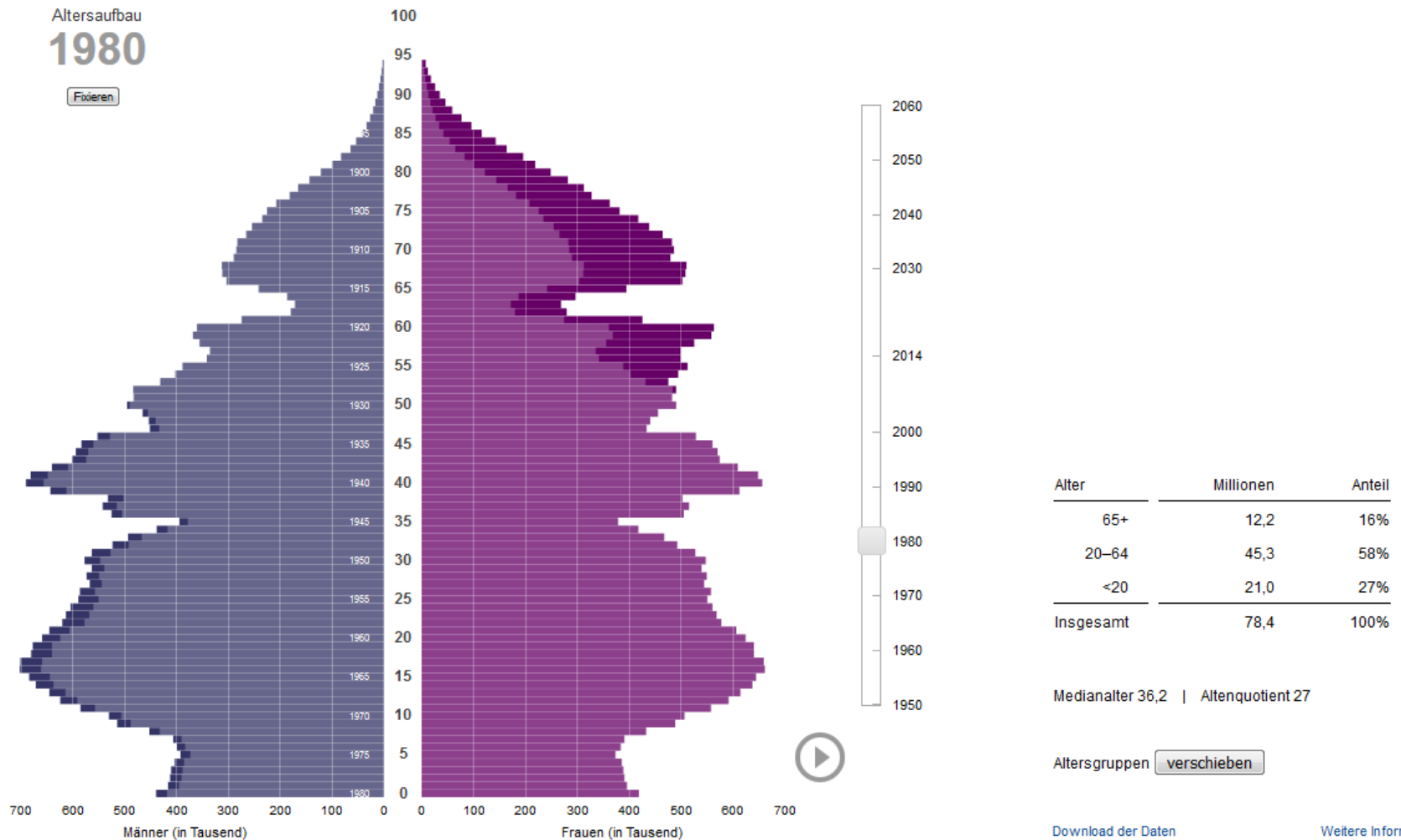
Was ist Neuropalliative Care?

- Behandlung von Patienten (und deren Angehörige) mit einer nicht heilbaren neurologischen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, mit dem Ziel, die **Lebensqualität** und die **Selbstbestimmung** des Kranken auf verschiedenen Ebenen zu erhalten oder zu verbessern (psychisch-physisch-sozial-spirituell)
- Neurologische Palliativmedizin ist interdisziplinär und multiprofessionell, d.h. die verschiedenen Berufsgruppen und Fachrichtungen in der medizinischen Versorgung arbeiten im Team miteinander
- Neurologische Palliativmedizin geht auf spezielle Bedürfnisse von neurologischen Patienten ein: u.a. Kommunikation, Motorik bzw. Mobilität, Ernährung und Kognition
- Versorgungsstrukturen: Hausarzt, Facharzt, AAPV, SAPV, Hospiz, Pflegeeinrichtungen, (neurologische) Palliativstation, palliativer Konsildienst...

Warum Neuropalliative Care?

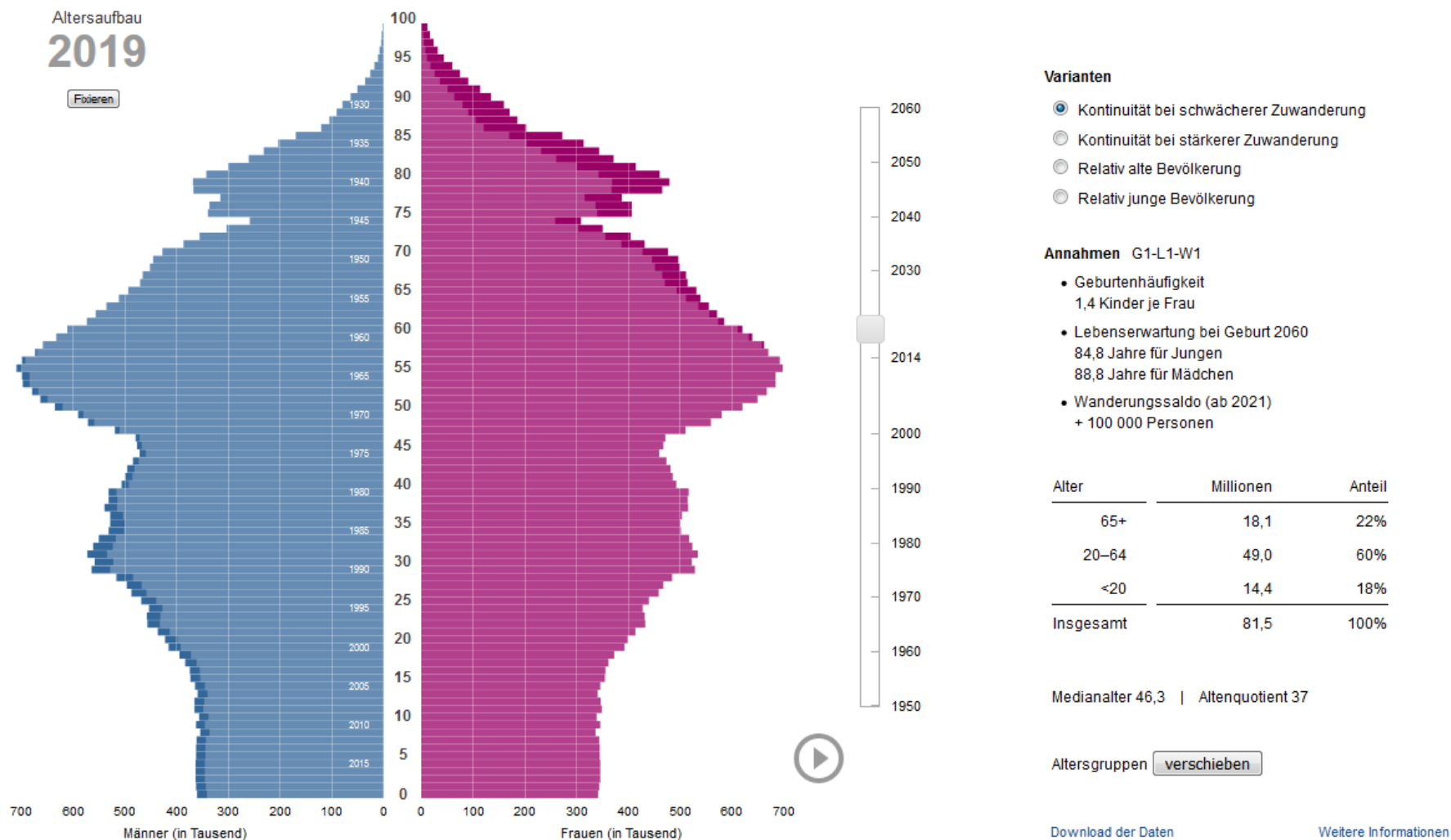
Bevölkerung in Deutschland

STATIS
Statistisches Bundesamt



Warum Neuropalliative Care?

13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland

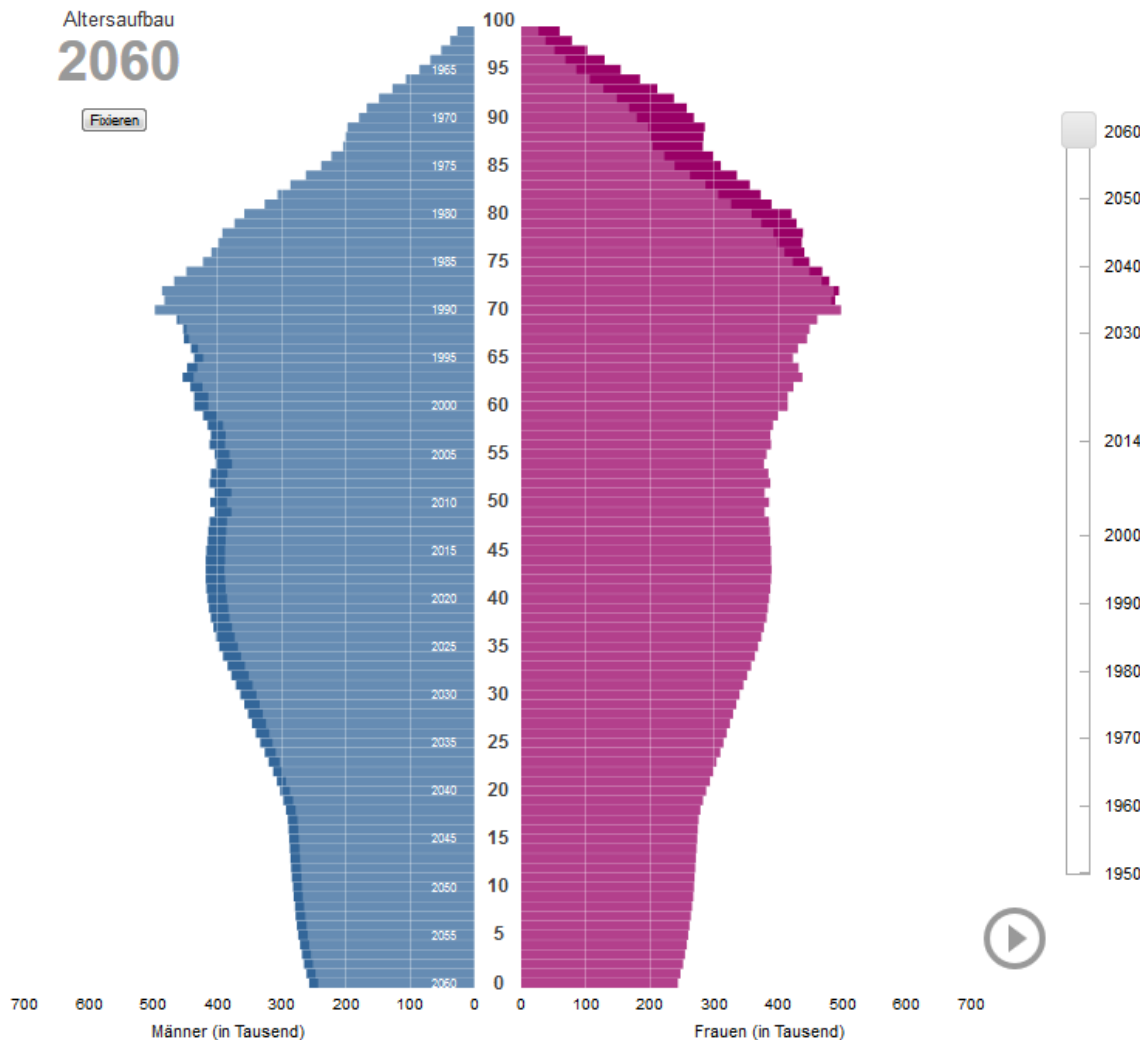


Warum Neuropalliative Care?

13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland

Altersaufbau
2060

Fixieren



Varianten

- ☒ Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung
- ☐ Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung
- ☐ Relativ alte Bevölkerung
- ☐ Relativ junge Bevölkerung

Annahmen G1-L1-W1

- Geburtenhäufigkeit
1,4 Kinder je Frau
- Lebenserwartung bei Geburt 2060
84,8 Jahre für Jungen
88,8 Jahre für Mädchen
- Wanderungssaldo (ab 2021)
+ 100 000 Personen

Alter	Millionen	Anteil
65+	22,3	33%
20–64	34,4	51%
<20	10,9	16%
Insgesamt	67,6	100%

Medianalter 50,5 | Altenquotient 65

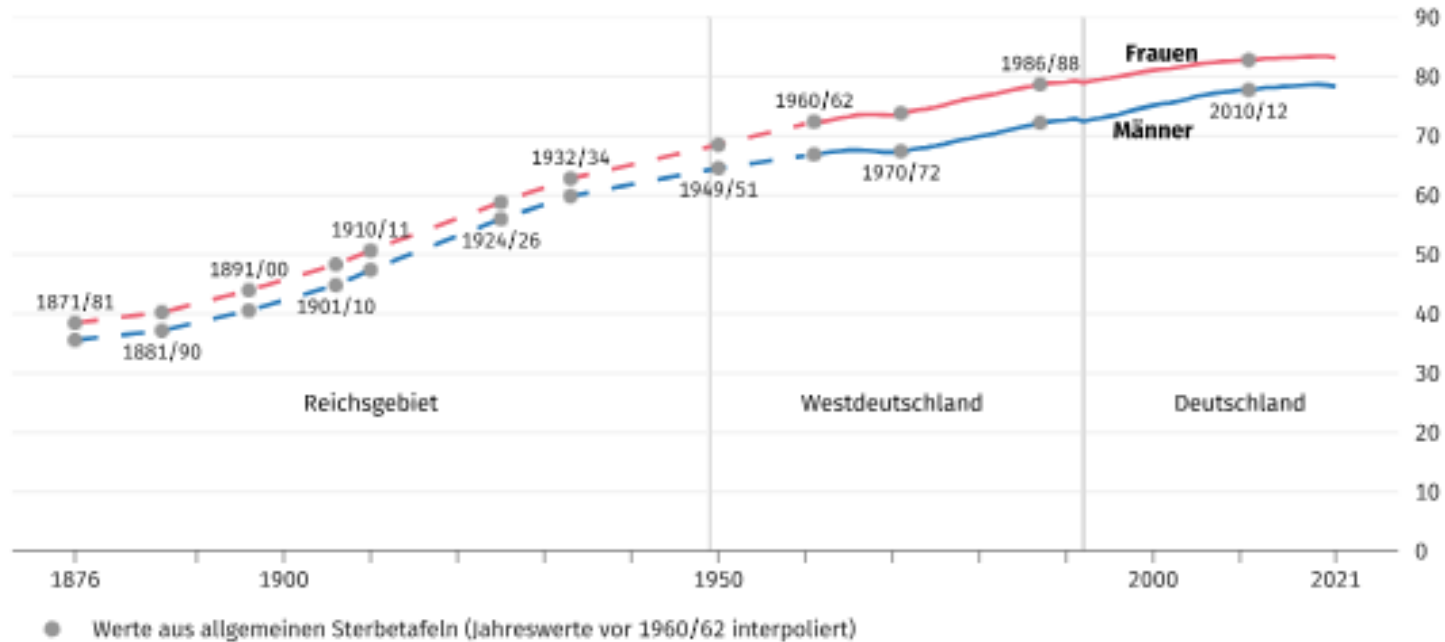
Altersgruppen **verschieben**

[Download der Daten](#)

[Weitere Informationen](#)

Warum Neuropalliative Care?

Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland
in Jahren

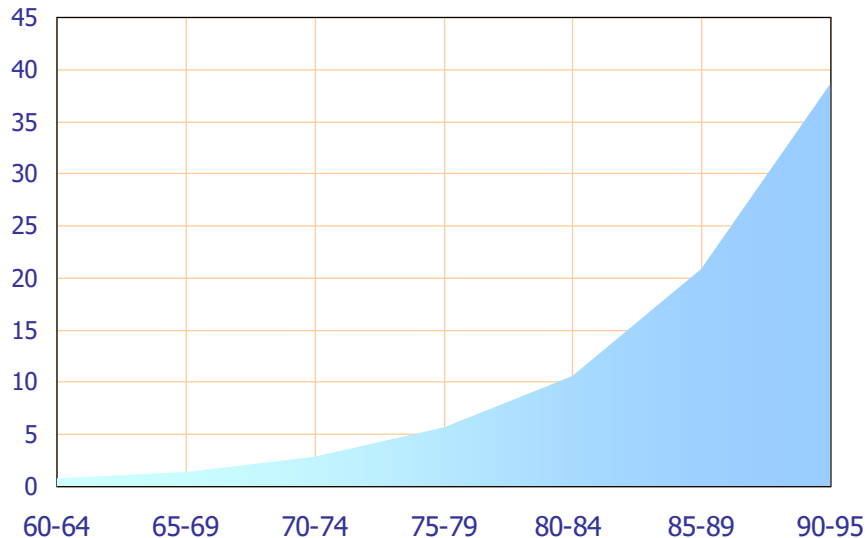


© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023

- Aktuelle Lebenserwartung
Jungen: 78,3 Jahre
- Aktuelle Lebenserwartung
Mädchen: 83,2 Jahre
- Lebenserwartung 2060
Jungen: 84,4 Jahre
- Lebenserwartung 2060
Mädchen: 88,8 Jahre

Warum Neuropalliative Care?

Häufigkeit von Demenz je nach Altersgruppen in %



Inzidenz der Demenz: 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland

Prävalenz weltweit: circa 30 Millionen Menschen mit Demenz

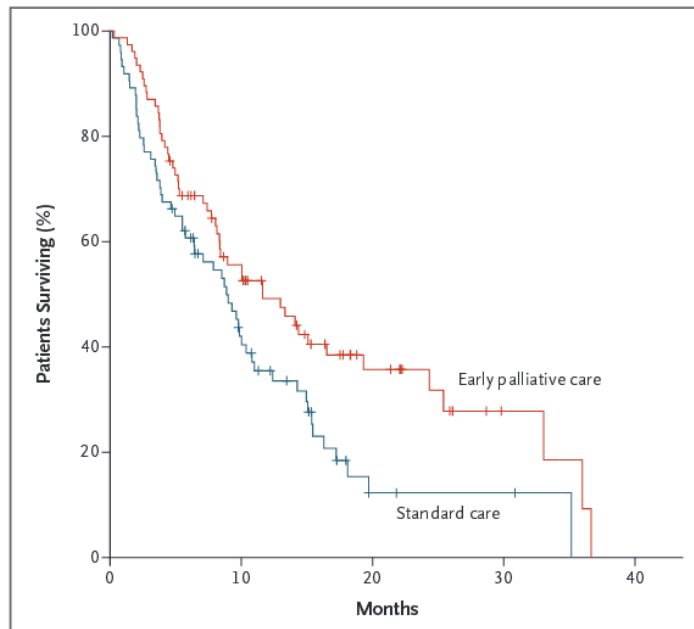
Prävalenz in Deutschland aktuell: 1,4 Millionen, Prognose 2050: 2,6 Millionen

Warum Neuropalliative Care?

- Große Fortschritte in der Therapie neurologischer Erkrankungen, aber immer größere Anzahl nicht heilbarer neurologischer Erkrankungen – insbesondere aufgrund der größeren Lebenserwartung
- Circa 10% der Todesursachen sind zerebrovaskuläre Ursachen (Schlaganfall)
- Bis zu 20% der Schlaganfallpatienten versterben in der Akutphase, ein weiteres Drittel innerhalb eines Jahres
- Schlaganfall Hauptursache für erworbene Behinderung
- 82% aller Härtefälle in der privaten Pflegeversicherung sind neurologische Krankheiten wie z.B. neurodegenerative Erkrankungen

Warum Neuropalliative Care?

- Medianes Überleben nach Beginn der **Dysphagie** (bei allen neurolog. Erkrankungen, also z.B. auch bei Parkinson): 15 bis 24 Monate (Muller et al., Arch Neurol., 2001), somit schlechter als beim Pankreaskarzinom!
- **Temel-Studie** (Temel et al., NEJM, 2010): Lebensverlängerung durch Palliativmedizin bei “early integration” um 2,7 Monate bei metastasiertem nicht-kleinzelligem Bronchialcarcinom (bei weniger Kosten und weniger aggressiver Therapie)



Evtl. übertragbar
auf neurologische
Erkrankungen (z.B.
Parkinson)?

→ Benzi Kluger (Rochester),
Ann. Palliat. Med. 2020

Higginson et al., 2011
Hegul et al., 2020

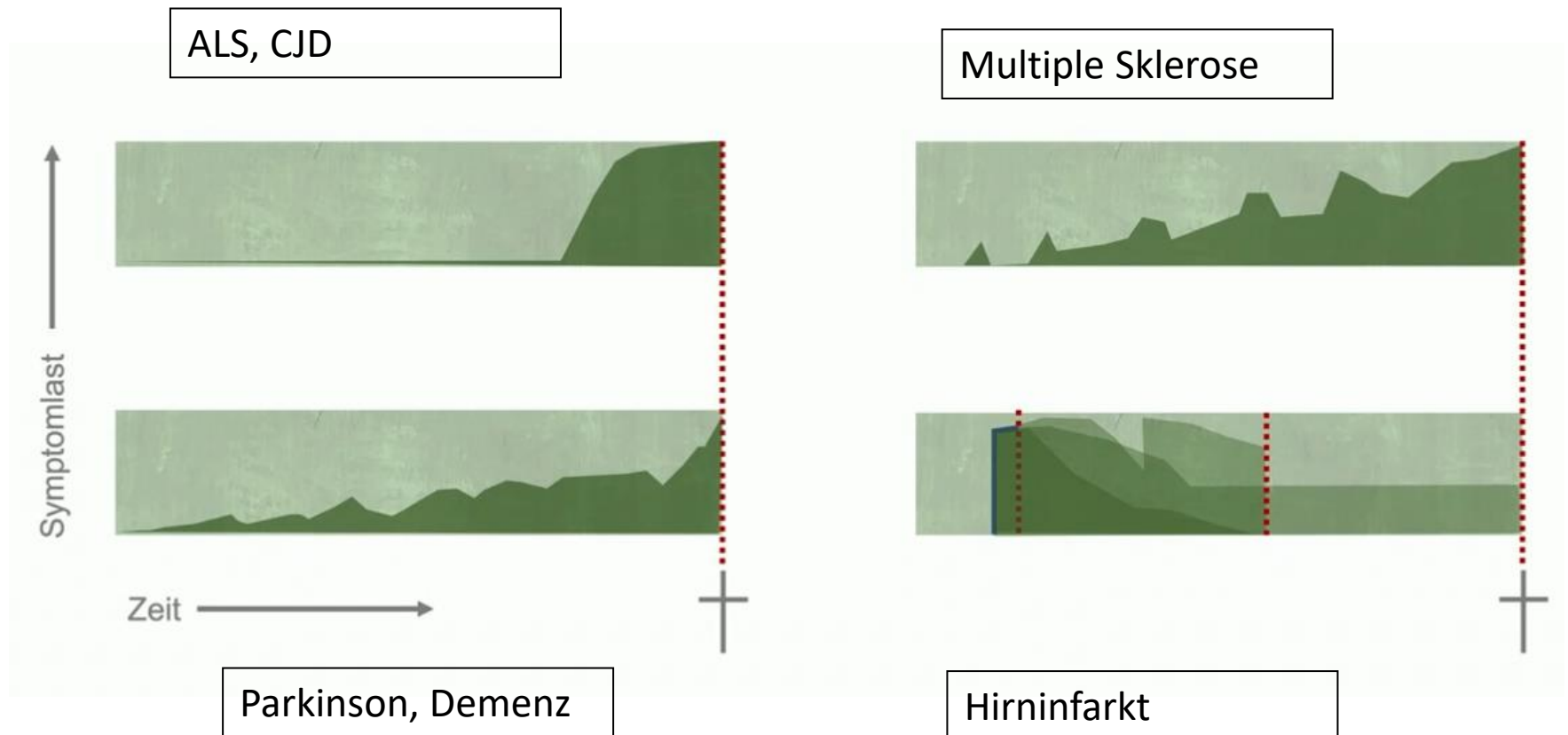
Warum Neuropalliative Care?



Wann Neuropalliative Care?

2.1	Konsensbasierte Empfehlung
EK	Eine palliativmedizinische (Mit-)Behandlung sollte spätestens dann erfolgen, wenn Patient:innen sich mit einer nicht-heilbaren, lebenszeitverkürzenden neurologischen Erkrankung und belastenden körperlichen, psychischen, sozialen oder spirituellen Problemen in ihrem letzten Lebensjahr befinden. Eine palliativmedizinische (Mit-)Behandlung ist aber auch häufig deutlich früher im Krankheitsverlauf sinnvoll, um vorbeugend oder unterstützend bei der Symptomlinderung und zur Verbesserung der Lebensqualität eingebunden zu werden.
Abstimmung im Plenum	Zustimmung: starker Konsens, Konsensstärke: 100%

Wann Neuropalliative Care?



Wann Neuropalliative Care?

- Start ab Diagnosestellung (zu Beginn evtl. nur Teilaspekte)
- Wenn Patienten danach fragen
- In der klinischen Routine („early integration“)
- Ereignisbezogen (z.B. Krankenhausaufnahme)
- „Wären Sie überrascht, wenn der Patient/die Patientin innerhalb der nächsten 12 Monate verstirbt?“ (Ebke et al., 2018)
- Erkrankungs-spezifische Trigger...

Wann Neuropalliative Care?

- ...Erkrankungs-spezifische Trigger
 - **Dysphagie und oder Gewichtsverlust** (z.B. Parkinson oder ALS)
 - **Störungen von Atmung, Husten und Clearance von Sekret*** (z.B. ALS)
 - Aphasie / Dysarthrie (z.B. Hirninfarkt, Parkinson, ALS usw.)
 - Neuropsychologische Defizite
(z.B. Parkinson oder Demenz)
 - Neuropsychiatrische Defizite
(z.B. postiktale Psychose bei schwerer Epilepsie)
 - Komplikationen (z.B. Pneumonie bei Dysphagie)
 - Zunahme der Immobilität (z.B. neurodegenerative Erkrankungen)
 - Schmerzen (z.B. Multiple Sklerose)
 - Angehörigenbelastung / Caregiver burden (z.B. Demenz)
 - Existenzieller Distress (Isabel Boersma, Neurology 2014)

*50% der 26.000 langzeitbeatmeten Menschen in D mit neurologischer Grunderkrankung (Bienstein T, 2014)

Krankheitsbilder in der Neuropalliative care

ALS

Huntington

Hirntumore

Demenz

Multiple
Sklerose

CJD

Epilepsie

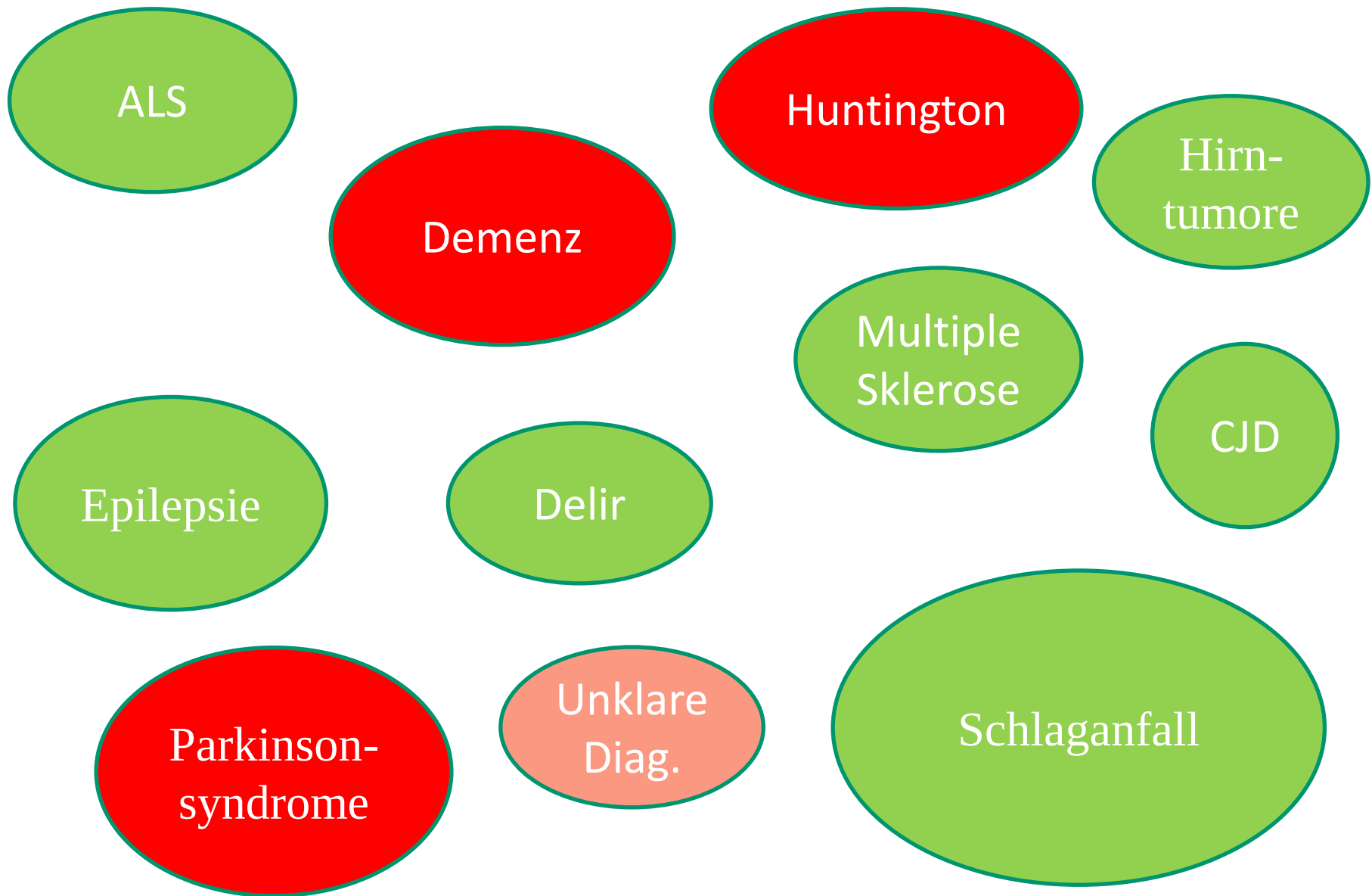
Delir

Parkinson-
syndrome

Unklare
Diag.

Schlaganfall

Krankheitsbilder in der Neuropalliative care - neurodegenerativ



Fallbeispiel 1

Fallbeispiel 1

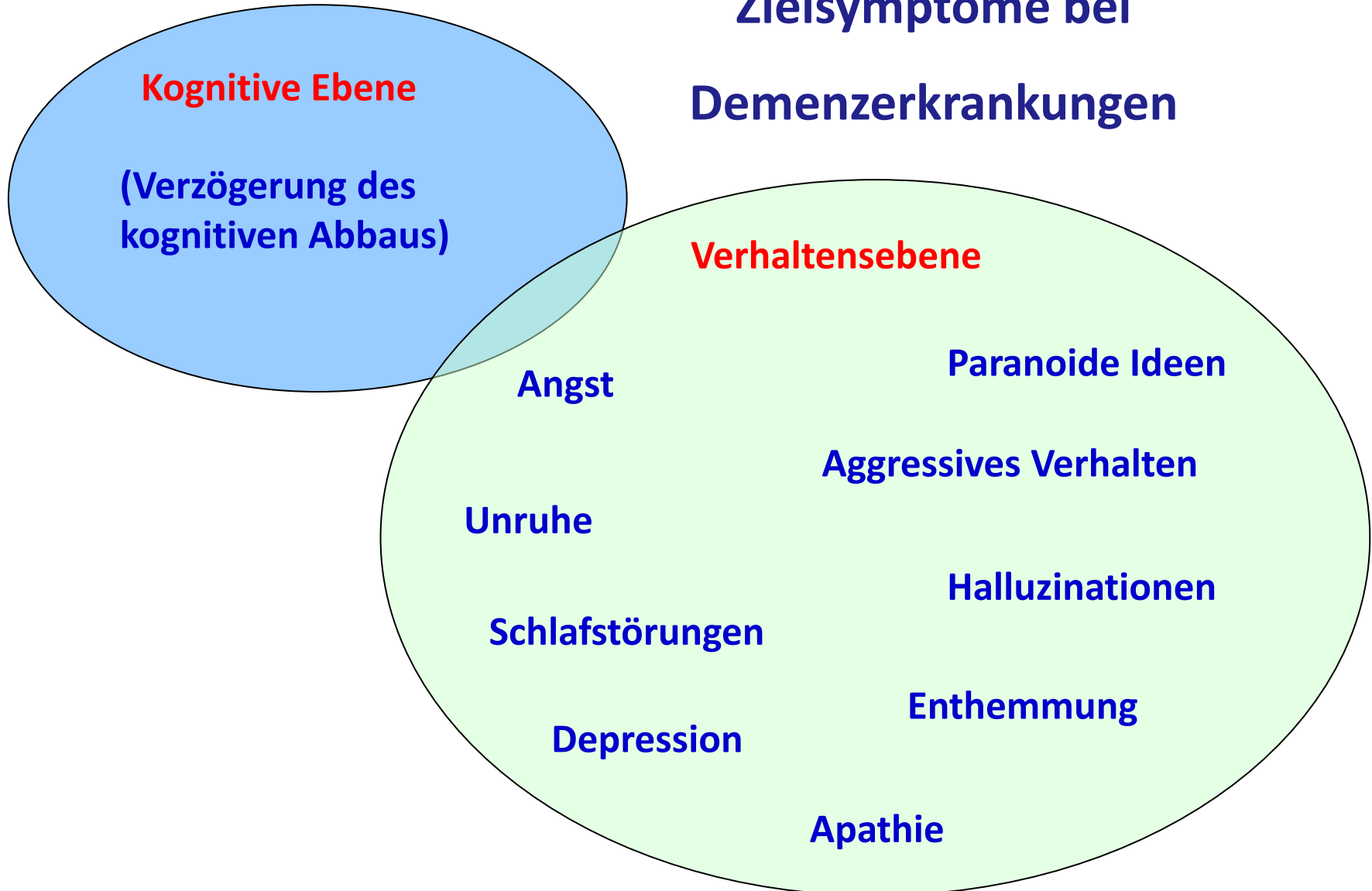
- Hr. L., 73 Jahre, berenteter Architekt
- Erste Symptome 2018: progrediente Sprachstörung und später Defizite in allen kognitiven Bereichen
- Erstdiagnose primär progressive Aphasie 2019
- Im Verlauf Gangstörung und Wesens-/Verhaltensänderung
- Mehrfache Einweisung ins Krankenhaus wegen V.a. Schlaganfall, Pneumonie und Harnwegsinfekt
- Ehefrau maximal belastet, bekommt selbst eine Depression mit massiven Schlafstörungen
- Zwei Kinder: Tochter in der Schweiz (Rat zur Sterbehilfe) und Sohn in München (große Ressource)
- Umzug des Patienten ins Pflegeheim
- Vollständige Abhängigkeit im Verlauf
- Schluckstörung
- Logopädin rät zur PEG: „Wollen Sie Ihren Mann verhungern lassen?“

Fallbeispiel 1

- Progredienter Abbau und Verlust kognitiver Funktionen und Alltagskompetenzen (Beeinträchtigungen der zeitlich-örtlichen Orientierung, der Kommunikationsfähigkeit, des abstrakten Denkens, des Urteilsvermögens, der Sprache, der autobiographischen Identität und von Persönlichkeitsmerkmalen..)
- Vollständige Hilflosigkeit und Abhängigkeit von der Umwelt
- Erhöhtes Morbiditätsrisiko Demenzkranker für andere Erkrankungen
- Hohes Erkrankungsrisiko auch für Angehörige („caregiver burden“)
- Schmerz- und Symptomerfassung sehr schwierig (Wort “Schmerz” vergessen)
- Verlegungen von Demenzpatienten in Akutkrankenhäuser oft nicht zielführend

Fallbeispiel 1

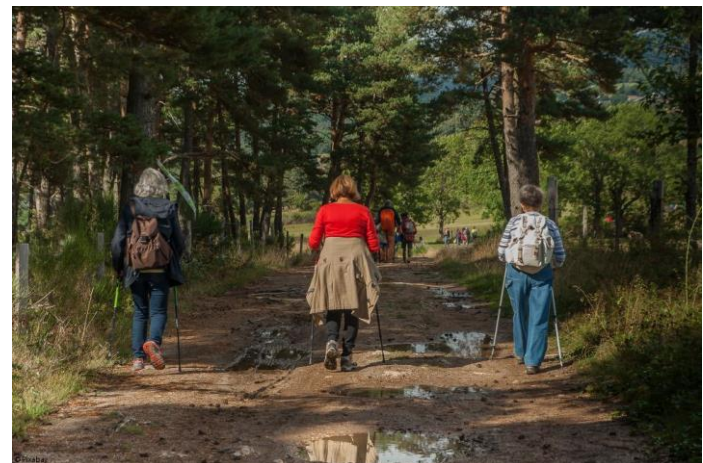
Zielsymptome bei Demenzerkrankungen



Fallbeispiel 1

Nichtmedikamentöse Therapie Kann den Krankheitsprozess verzögern

- Gedächtnistraining (z.B. Sprichwörter ergänzen)
- Biographiearbeit (gibt Patienten Wertschätzung)
- Stabilisierung und Erhalt der häuslichen Versorgung
- Strukturierung des Tagesablaufs
- Aktivierung bzw. Beschäftigung
- Soziale Kontakte fördern (z.B. gemeinsames Wandern)
- ...



Medikamentöse Therapie

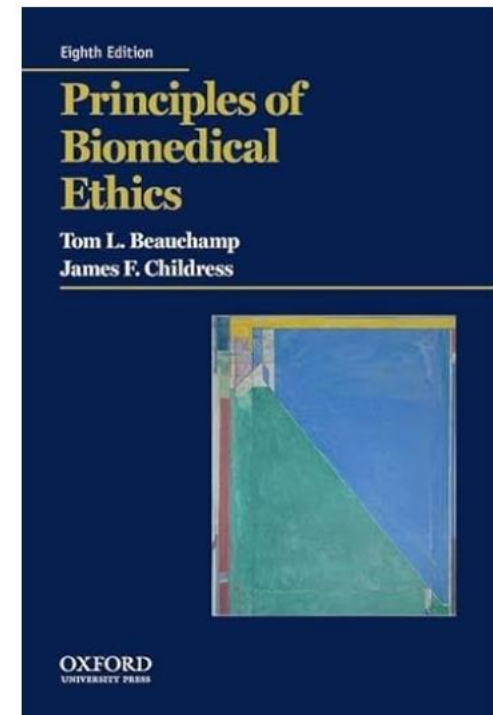
- **Antidementiva**
(AChE-Hemmer, Memantine, etc.)
- **Antidepressiva**
(Mirtazapin, (Es-)citalopram etc.)
- **Anxiolytika**
(evtl. Benzodiazepine, Pregabalin)
- **Neuroleptika**
(Risperidon, Quetiapin etc.)
- **Sedativa**
(Pipamperon, Melperon etc.)
- **Analgetika**
(Metamizol, Hydromorphon, Pregabalin, Schmerzpflaster, etc.)
- **Andere**
(Antiepileptika, Antihypertonika, Antidiabetika etc.)



- Sondenernährung bzw. Sonde verbessert in ausgewählten Situationen das Überleben und die Lebensqualität der Betroffenen, z.B.
 - Nasogastrale Sonde z.B. bei **Hirninfarkt** mit transienter Schluckstörung
 - frühzeitige PEG-Anlage bei Patienten mit **ALS** beugt der Kachexie vor (solange VK noch über 50% liegt)
 - Ablaufsonde bei **massivem Reflux/Erbrechen**
 - PEG / PEJ bei **M. Parkinson** bei bleibender Dysphagie
- **PEG bei Demenz** (Cervo et al., 2006): vermehrt Gewichtsverlust, Dekubitalulzera, Aspiration(spneumonie), lokale Infektionen, Peritonitis, Durchfälle, Fixierungsmaßnahmen mit Folgen, keine Verlängerung der Lebensrate
- **PEG bei Hirninfarkt:**
 - sehr schlechte Überlebensrate von im Mittel nur 53 Tagen bei schweren Schlaganfällen mit bleibenden Schluckstörungen (Haman/Addington Hall, 2004)
 - hohe Sterblichkeit nach PEG-Anlage innerhalb 30 Tagen nach Hirninfarkt (Plonk et al., 2005)

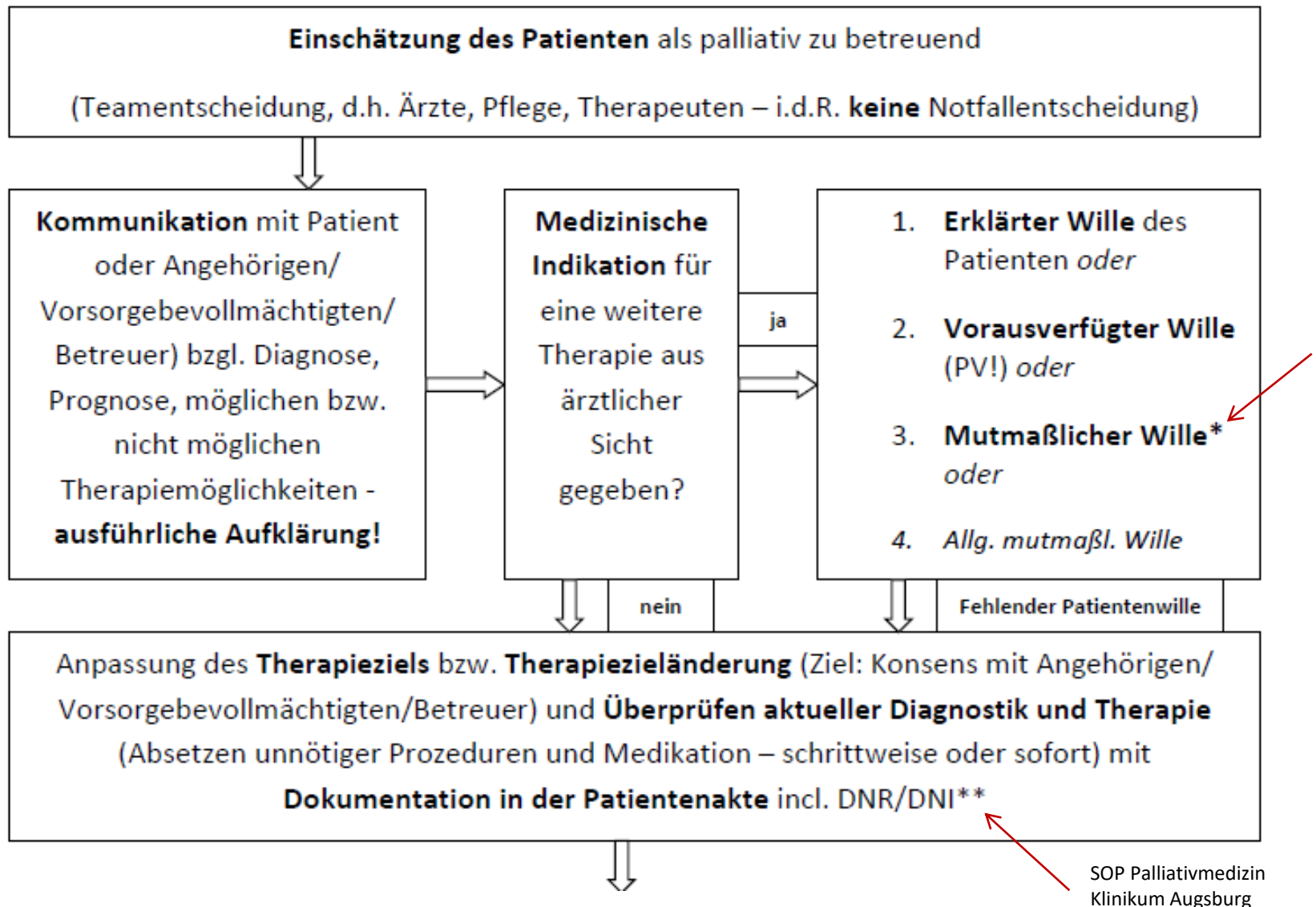
PEG ja oder nein – eine ethische Frage?

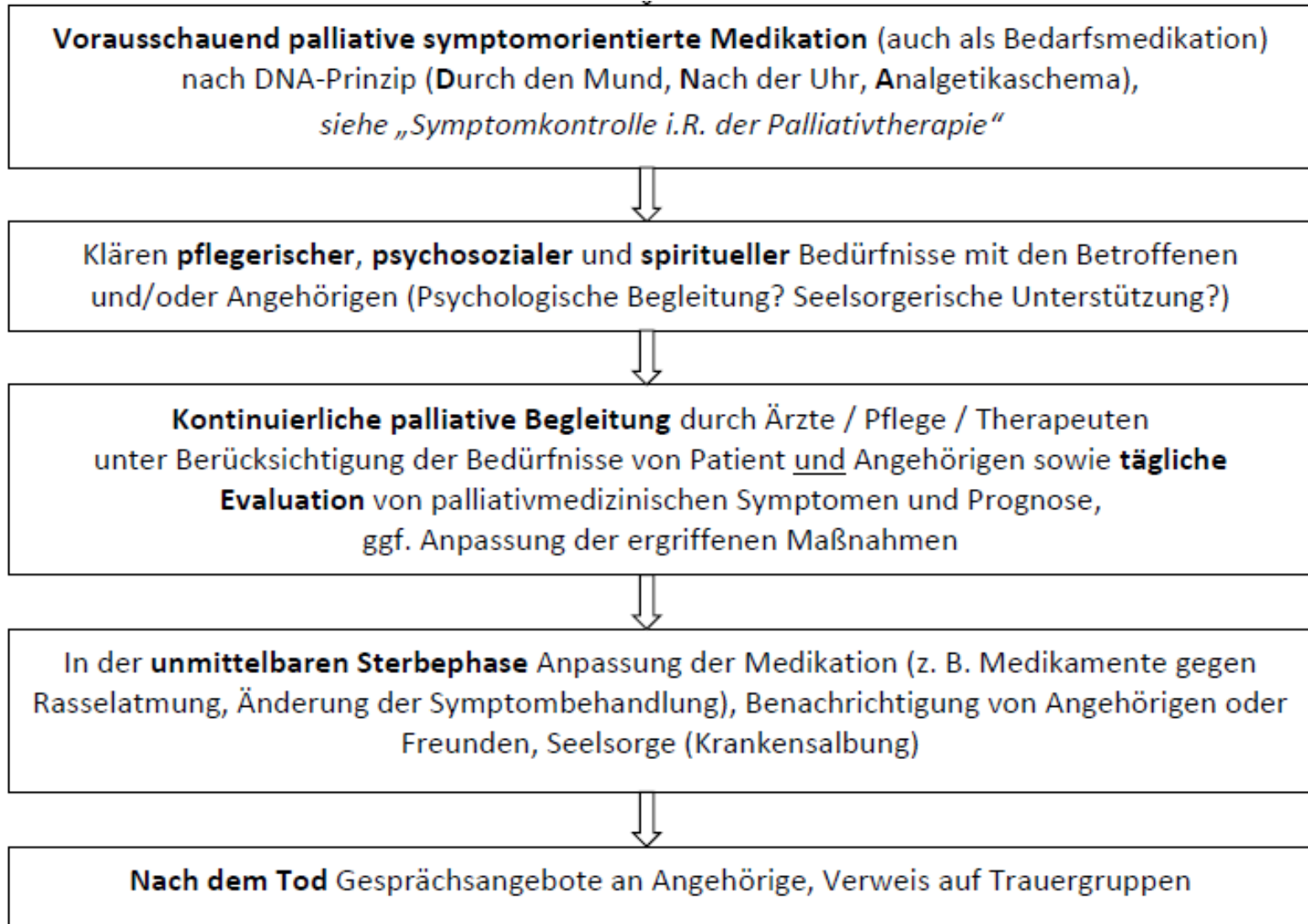
- Hilfestellung: **4 Prinzipien des ethischen Handelns** nach Beauchamp and Childress (1. Auflage 1979, aktuell 8. Auflage von 2019)



PEG ja oder nein – eine ethische Frage?

- PEG-Anlage nur dann, wenn sie dem Patienten mehr Nutzen als Schaden bietet (Indikation) und dem Patientenwillen entspricht
- Intensive Aufklärung und Gespräch vorab über Beginn UND evtl. Beendigung
- **Entscheidungsalgorithmus** (Synofzik et al., 2007):
 - Übersteigt der Nutzen die Schadensrisiken deutlich, sollte man eine PEG-Ernährung anbieten und empfehlen (z.B. ALS, wenn VK noch über 50%)
 - Halten sich Nutzen und Schadensrisiken die Waage, sollte man eine PEG-Ernährung als Option anbieten (z.B. Dysphagie bei Parkinson)
 - Übersteigt das Schadensrisiko den Nutzen, sollte man eine PEG-Ernährung zwar anbieten, von der Anwendung jedoch abraten (z.B. bei großem Hirninfarkt mit wahrscheinlich dauerhafter Dysphagie)
 - Sofern die PEG-Ernährung keinen Nutzen (mehr) für den Patienten bietet, sollte sie auch nicht angeboten werden (z.B. fortgeschrittene Demenz) – **KEINE Indikation!**





Fallbeispiel 1

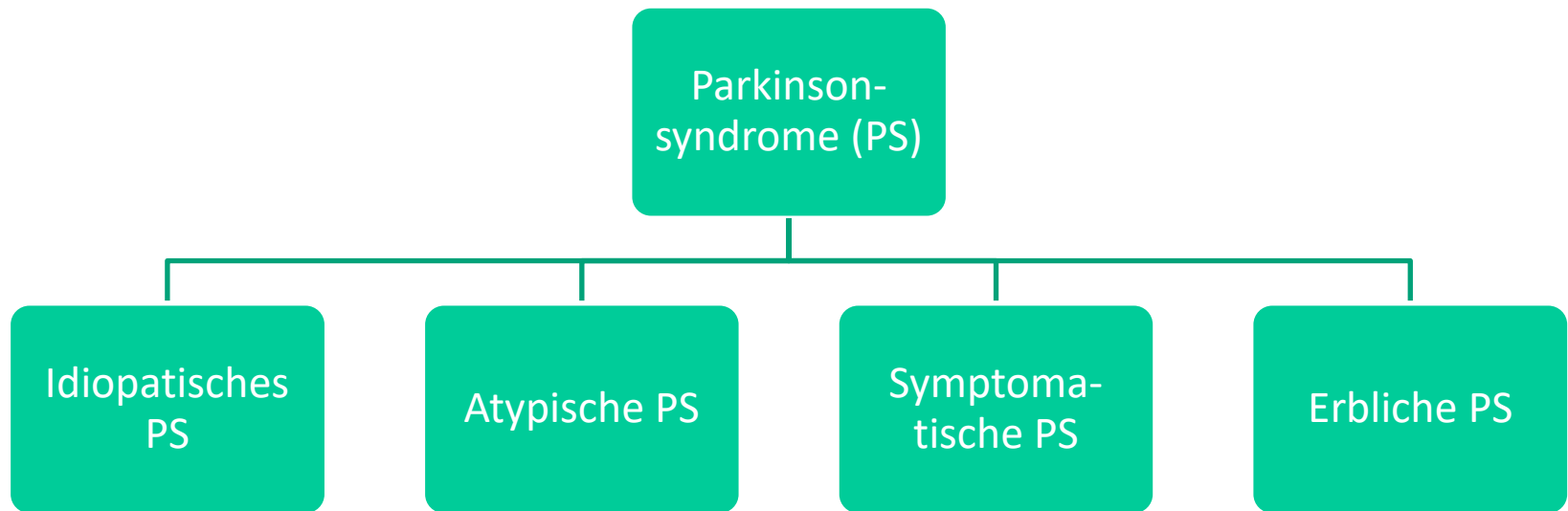


Fallbeispiel 2

Fallbeispiel 2

- Fr. E., 79 Jahre, Erstdiagnose Progressive supranukleäre Blickparese (PSP) 2018
- Progressive Symptome: Dysarthrophonie, posturale Instabilität, Gangstörung, vertikale Blickparese, Immobilität
- Kognitiv alert und differenziert
- Insgesamt 23 verschiedene Medikamente (u.a. L-Dopa und Amantadin)
- 2022 stationäre Einweisung durch den HA wegen deutlicher Verschlechterung bei Pneumonie und Exsikkose (Somnolenz, Halluzinationen, Rigor, Dysphagie)
- Patientenverfügung von 2010: keine lebensverlängernden Maßnahmen und keine künstliche Ernährung bei „infauster Prognose“
- Gespräch mit Angehörigen: 1. alle Maßnahmen ausschöpfen, 2. Ablehnung aller Maßnahmen, 3. Zustimmung zur nasogastralen Sonde als temporäre Maßnahme
- Verbesserung auf Ausgangsniveau unter Antibiotika, Flüssigkeitsgabe, L-Dopa-Gabe über Sonde und „Entschlackung des Medikamentenplans“

Fallbeispiel 2



Atypische PS:

- Multisystematrophie
- Progressive supranukleäre Blickparese
- Demenz mit Lewy-Körpern
- Corticobasale Degeneration

Symptomatisches PS:

- Vaskulär
- Medikamente
- Toxine
- Metabolisch
- Traumatisch

Diagnose eines Parkinsonsyndroms:

Bradykinese

PLUS

Rigor ODER

Tremor ODER

Posturale Instabilität

Weitere Symptome:

Hypomimie, Obstipation, Blasenstörung,
starker Speichelfluss, Störungen der Temperatur-
und Blutdruckregulation...



Fallbeispiel 2

- Spätphase der Erkrankung kann aufgrund großer Fortschritte in der Therapie weit hinausgeschoben werden - ist aber letztlich unvermeidbar
- Versterben meist an Infekten oder an den Folgen von Stürzen
- Symptome in weit fortgeschrittenem Krankheitsstadium:
 - Schwere Bewegungsstörung
 - **Depression** und Angst
 - Schmerzen (CAVE: spezielle Therapie nötig bei **opiodbedingter Übelkeit**)
 - Inkontinenz
 - Atemnot
 - Orthostatische Hypotonie
 - Schlafstörung
 - Obstipation
 - Sprech- und **Schluckstörung**
 - **Hypersalivation**
 - **Demenz und Verwirrtheit**
 - Wirkungsfluktuationen!!!
 - Pflegebedürftigkeit

Fallbeispiel 2

Medikamentöse Therapie:

- L-Dopa
- Dopaminagonisten (z.B. Pramipexol)
- Amantadin
- COMT-Hemmer (z.B. Entacapon)
- MAO-B-Hemmer (z.B. Selegilin)
- Anticholinergia (z.B. Biperiden)

Fallbeispiel 2

Alternative Applikationswege bei **Schluckstörung**:

- **Levodopa (Madopar LT)**
 - kann suspendiert werden (PEG)
 - aufgelöst rektale Applikation möglich
- **Selegilin (MAO B Hemmer, Xilopar[®]) 1,25 mg Schmelztablette**
 - mucosale Resorption, 1 mal täglich
- **Rotigotin (Neupro[®], Leganto[®] Pflaster) 1x/Tag**
 - konstante Wirkstoffspiegel über einen langen Zeitraum
 - Umstellung auf bis zu 16mg/24h möglich
 - 4mg/24h = 100mg L-Dopa
- **Apomorphinpumpe i.v., s.c.**
- **Duodopa[®] (Pumpe)**
 - Gel zur kontinuierlichen intestinalen Anwendung

Fallbeispiel 2

- Therapie der Parkinsondemenz/Verwirrtheit:
 - Rivastigmin (Cholinesterasehemmer) als Pflaster (Exelon TTS), 4,6mg/24h
 - Quetiapin (Seroquel), Start mit 12,5 bis 25mg abends, nach 4 Tagen auf 50mg steigern,
 - Clozapin (Leponex) – CAVE: Blutbildveränderungen, epileptische Anfälle – Start mit 6,75 bis 12,5mg abends (Wichtig: schriftliche Aufklärung)
- Therapie der Hypersalivation:
 - Scopodermplaster (Pflasterwechsel alle 1 bis 3 Tage)
 - Amitriptylin-Tropfen 1ggt=2mg (z.B. 5ggt 1-0-1)
 - Butylscopolamin (Beginn mit 3x10mg), CAVE Obstipation...
 - Botulinumtoxin A in Speicheldrüsen (Wirkung hält 3 Monate an)
- Opioidbedingte Übelkeit (MCP und Haloperidol verschlechtern die Parkinsonsymptomatik!!!):
 - 1. Stufe: Domperidon
 - 2. Stufe: Dimenhydrinat
 - 3. Stufe: Therapieversuch mit Setronen (z.B. Ondansetron)
- Depression:
 - SSRI (Sertralin, Citalopram)

- Frage: vorübergehende enterale Ernährung als temporäre Maßnahme “trotz vorliegender Patientenverfügung” Widerspruch oder Realität?
- Entscheidungshilfe: entspricht die aktuelle Situation genau der Patientenverfügung sowohl hinsichtlich des Zustandes wie auch hinsichtlich des Vorgehens?
- Vorsorge:
 - Patientenverfügungen regelmäßig überprüfen und mit Vorsorgebevollmächtigten besprechen
 - Noch besser: Advance care planning (ACP, vorausschauende Vorsorgeplanung)
- Kontinuum: Vorausverfügter, freier und natürlicher Wille (Idealfall)

Fallbeispiel 3

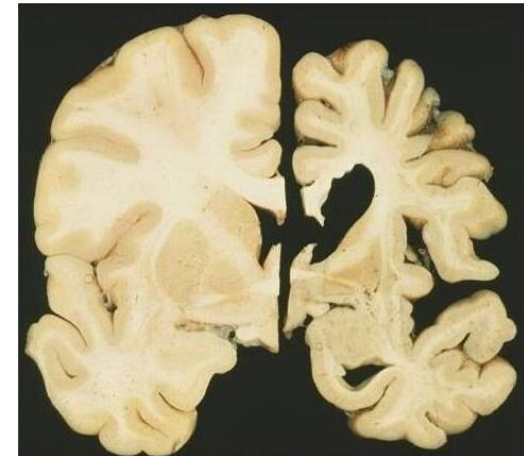
Fallbeispiel 3

- **Fr. M., 59 Jahre**, Erstdiagnose Chorea Huntington 2010, keine Kinder
- Im Pflegeheim seit 2016
- Progressive Symptome: Überbeweglichkeit, Pseudohypersalivation, Demenz, Immobilität, Dysphagie
- **Bruder: Hr. G.**, gestorben 2019 an Chorea Huntington mit 61 Jahren
- **Nichte: Fr. G**, 27 Jahre
- Positive genetische Testung 2021 (hohe Penetranz)
- Symptome seit 2022 (kognitive Defizite, beg. Hyperkinesie)
- **Neffe: H. G**, 29 Jahre, keine genetische Testung (Ablehnung), keine Symptome
- **Nichte: Fr. G, 25 Jahre**, positive genetische Testung (hohe Penetranz), keine Symptome

Fallbeispiel 3

Chorea Huntington

- Autosomal dominante Erkrankung mit psychischen/kognitiven Veränderungen und hyperkinetischen Bewegungsstörungen (In 1 bis 2% Spontanmutation)
- Prävalenz 4-8 : 100.000, Manifestation meist zw. 30. und 40. Lebensjahr
- Diagnose:
 - Familienanamnese
 - Gendiagnostik
 - MRT und/oder nuklearmedizinische Methoden
- Therapie (rein symptomatisch):
 - Hyperkinesie: Tetrabenazin, Tiaprid, Sulpirid
 - Depression/Angststörungen: SSRI
 - Psychosen: Antipsychotika
 - Schlafstörungen: pflanzliche Mittel, Mirtazapin, Benzos
 - Kataboler Stoffwechsel: hyperkalorische Ernährung
- Prognose: Überlebenszeit 15-20 Jahre nach Diagnosestellung, Tod durch sekundäre Komplikation (z.B. Dysphagie/Pneumonie)



Kontrolle

Chorea Huntington

- Mehrzahl neurogenetischer Erkrankungen sind **neurodegenerative Erkrankungen**
- Chronische Progression neurodegenerativer Erkrankungen in **unterschiedlichem Tempo und in unterschiedlicher Ausprägung**
- Oft **große genetische Heterogenität** für ein klinisch definiertes Krankheitsbild
- Nur wenige neurogenetische Erkrankungen sind kausal therapierbar (Ausnahmen: z.B. Enzymdefekt wie M. Pompe)
- Hohes Ausmaß an **Stigmatisierung** von Patienten sowie an **Schuldgefühlen** von Erkrankten bzw. Anlageträgern gegenüber Nachkommen
- Genetische Beratung **bei symptomatischen Patienten empfohlen**, in Zusammenhang mit **prädiktiven bzw. pränatalen Untersuchungen vorgeschrieben**

- Problem: diagnostisch-therapeutische Diskrepanz
- Frage: Welchen Sinn ergibt die Diagnose einer nicht behandelbaren neurogenetischen Erkrankung?
- Risiko: Zufallsbefunde, falsch-positive Befunde oder unklare Ergebnisse
- Gefahr: psychische Belastung bei Wissen um Disposition einer neurodegenerativen Erkrankung
- Patientenautonomie: Recht auf Nichtwissen (GenDG § 1 und 9)
- Ziel: Individuell angepasste Balance zwischen Wissen und Nichtwissen (nondirektive Gesprächsstrategie)

Fallbeispiel 4

Fallbeispiel 4

- Fr. S., 41 Jahre, promovierte Akademikerin
- Generalisierte Muskelschwäche seit 2020 (Beginn an den Beinen und am Rumpf, im Verlauf auch Arme und Kopf)
- Rollstuhlpflichtigkeit seit 12/2022
- Dysphagie, Schmerzen, Übelkeit und Atemnot seit 08/2023

- Ausführliche stationäre neurologische Abklärung (2x, universitär) ohne wegweisenden Befund
- Ambulanz für seltene Erkrankungen Tübingen (inkl. Humangenetik) ohne wegweisenden Befund
- Vorerkrankungen: adultes Still-Syndrom (Fieber, Hautausschlag, Gelenkschmerzen – diesbezüglich stabile Situation) und Hashimoto-Thyreoiditis
- Psychosoziale Belastungsfaktoren: kein Kontakt zu den Eltern seit dem 18. Lebensjahr, dependente Beziehungsstruktur
- Mitglied im Verein Sterbehilfe seit 09/2023

Es geht mir zunehmend schlechter, mir fehlt die Aussicht auf zeitnahe Besserung.
Ich weiß nicht, wie lange ich es noch schaffe meinen Antrag auf Suizidassistenz zurückzuhalten.



Verein Sterbehilfe

Was ist die Grundvoraussetzung einer Suizidassistenz? ▲

Eine Suizidassistenz durch den Verein setzt bestehende Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen voraus. Dabei sind folgende Kriterien zu beachten:

- gründliche Überlegung
- klare Willens- und Einsichtsfähigkeit
- innere Festigkeit und Zielstrebigkeit

Der Sterbewillige sollte sich ausserdem mit den Alternativen des Weiterlebens befasst haben.

Süddeutsche Zeitung

DGHS
Mein Weg. Mein Wille.

DIGNITAS
Deutschland

Ihr letzter Sommer

- 2015 Bundestag: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung zur Selbsttötung §217 StGB
- 2020 Bundesverfassungsgericht: Verbot der geschäftsmäßigen Förderung zur Selbsttötung (§217 StGB) ist verfassungswidrig
- Begründung: allgemeines Persönlichkeitsrecht umfasse ein Recht auf selbstbestimmtes Leben und Sterben (inkl. Freiheit, sich das Leben mit der Hilfe Dritter zu nehmen)
- 06.07.2023 Bundestag: Neuregelung der Suizidassistenten gescheitert
 - Vorschlag 1 („Castellucci“): Regelung im StGB mit Definition von Ausnahmen (363 dagegen, 303 dafür, 23 Enthaltungen)
 - Vorschlag 2 („Künast“): Neues sog. Suizidhilfegesetz zur Normierung der Hilfe zur Selbsttötung mit Einrichtung von Beratungsstellen (375 dagegen, 286 dafür, 20 Enthaltungen)
 - Gesetzentwurf für Suizidprävention einstimmig angenommen
- Aktuell: assistierter Suizid in Deutschland legal – auch das standesrechtliche Verbot der Bundesärztekammer ist seit 2020 aufgehoben

- Und jetzt?
- Frage: was ist die Ursache für den Suizidwunsch?
- Verbesserung des IST-Zustandes: Hilfsmittel, Symptomkontrolle usw.
- Arbeit an der Beziehung Arzt/Ärztin – Patient/Patientin
- Akzeptanz der Entscheidung des Patienten

Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen
Stand: 23.11.2022



Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der
Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen

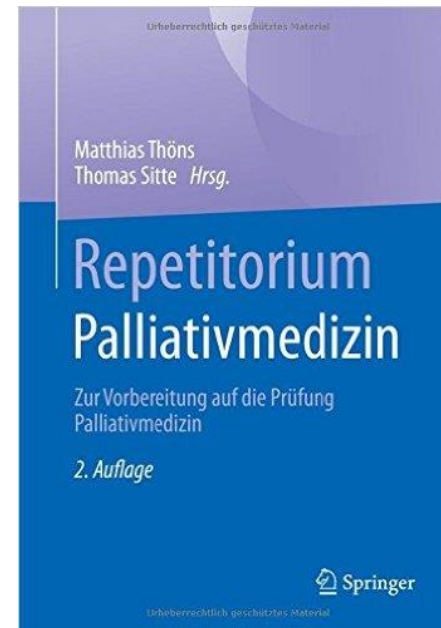
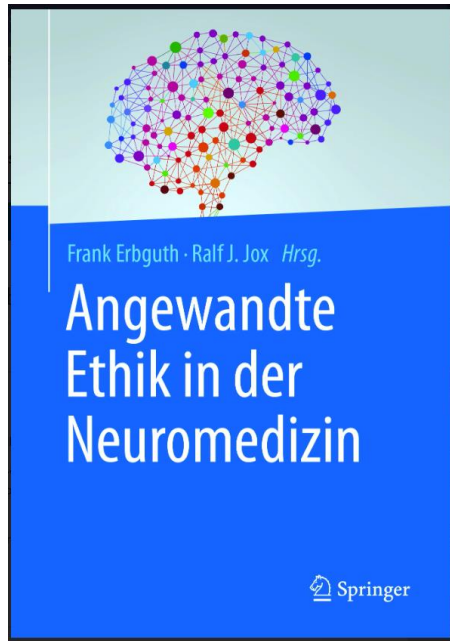
(Stand: 23.11.2022)

Zusammenfassung

Zusammenfassung

- Neurologische Palliativmedizin wird zunehmend wichtig – nicht zuletzt aufgrund der demographischen Entwicklung
- Symptome oft schwer objektivierbar – Prognose oft schwer abschätzbar
- Start palliativmedizinischer Maßnahmen mit Unsicherheiten verbunden
- (Neurologische) Palliativpatienten brauchen sehr viel Aufmerksamkeit und Zeit
- Ziel: frühzeitige Aufnahme palliativmedizinischer Maßnahmen auch bei neurologischen Patienten (nicht nur bei onkologischen Patienten) für mehr Lebensqualität und Selbstbestimmung

Literatur



S3-Leitlinie
Palliativmedizin
für Patienten mit
einer nicht
heilbaren
Krebserkrankung



S2k-Leitlinie
Neurologische
Palliativmedizin

Vielen Dank!

Fragen?

