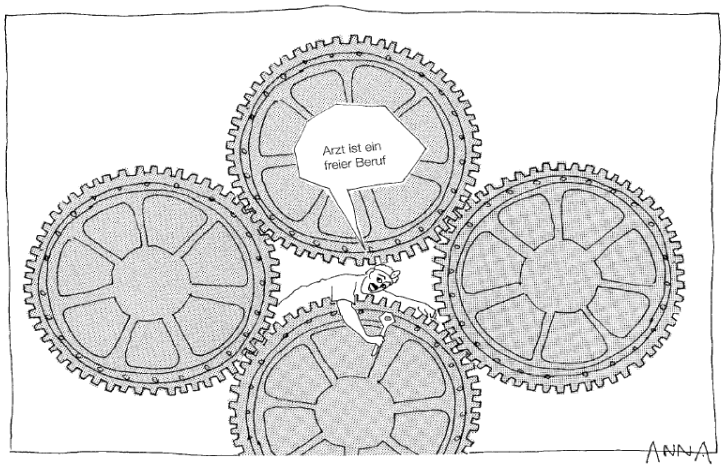
Freiheit zur Krankheit:
die medizinische / psychiatrische Perspektive

Prof. Dr. Gabriela Stoppe

Arzt: ein freier Beruf?



Copyright by Anna Regula Hartmann, 2010

Themen

- Krankheitsbegriff und -einsicht
- Stigma
- Compliance / Adhärenz
- Zwangsbehandlung
- Einwilligungsfähigkeit
- Besonderheit psychischer Erkrankungen:
  - Beispiel Sucht
  - Beispiel Schizophrenie
- Suizid und Sterbehilfe

Krankheitseinsicht

- Häufig bei psychischen Erkrankungen fehlend, z.B. Schizophrenie, Demenz
- Schwierig bei asymptomatischen Erkrankungen, z.B. arterielle Hypertonie
- Gesellschaftliche Akzeptanz, z.B. „Modekrankheiten“
- Soziale Folgen von Krankheit, z.B. Einschränkungen, Stigmatisierung

Stigma

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Griechisch für *Stich, Punkt, Wund- oder Brandmal*
- in der Soziologie und Psychologie für ein Auffälligkeitsmerkmal als Ausdruck der Abwertung Einzelner oder von Gruppen, die Ursache und Folge sozialer Randständigkeit sein können
- Umfasst die Ebene von
  - Kenntnissen: Fehlinformation, Ignoranz
  - Haltungen: Vorurteile
  - Verhalten: Diskriminierung
- Führt zur Veränderungen in Befinden und Verhalten der Betroffenen und Ihrer Angehörigen
- Neuere Forschung stellt infrage, dass ein biologisches Krankheitsverständnis psychischer Störungen die Stigmatisierung vermindert
  (Angermeyer & Matschinger, Brit J Psychiatry 2005: 186: 331-334)

Stigma und Schizophrenie

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

	Finding
Age (years; n=731)	39·20 (11·32)
Sex	
Men	453 (62%)
Women	279 (38%)
Years of education (n=721)	12·61 (3·35)
Currently employed (n=726)	
Yes	213 (29%)
No	513 (70%)
Years since first contact with mental-health services (n=725)	14·32 (9·65)
Main type of mental health care (n=716)	
Inpatient	157 (21%)
Outpatient	386 (53%)
Home	47 (6%)
Day care	126 (17%)
Compulsory treatment ever (n=731)	
Yes	401 (55%)
No	330 (45%)
Knows the diagnosis (n=728)	
Yes	610 (83%)
No	118 (16%)
Agrees with diagnosis of schizophrenia (679)	
Agree	434 (59%)
Disagree	100 (14%)
Unsure	54 (7%)
Don't know	91 (12%)

Data are mean (SD) or number (%). Not all totals 732 (100%) because of missing responses.

Table 1: **Sociodemographic and clinical characteristics**

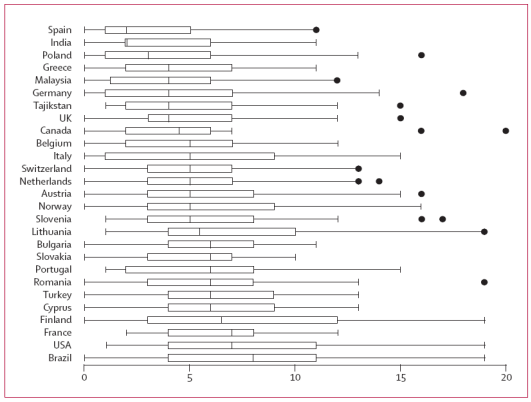


Figure 1: **Negative experienced discrimination by country**
Full range from least to most discrimination of 0–32. Data show medians, IQRs, total ranges, and outliers (1·5–3·0 IQRs from upper or lower quartiles).

Studie in 27 Ländern, persönliche Interviews
Thornicroft G et al.: Lancet 2009: 373: 408-415

Stigma und Schizophrenie

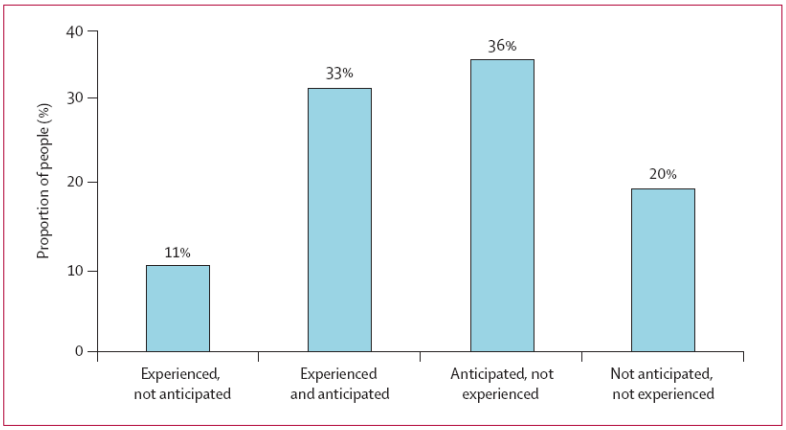


Figure 3: Discrimination in finding or keeping work

Studie in 27 Ländern, persönliche Interviews
Thornicroft G et al.: Lancet 2009: 373: 408-415

Stigma und Schizophrenie

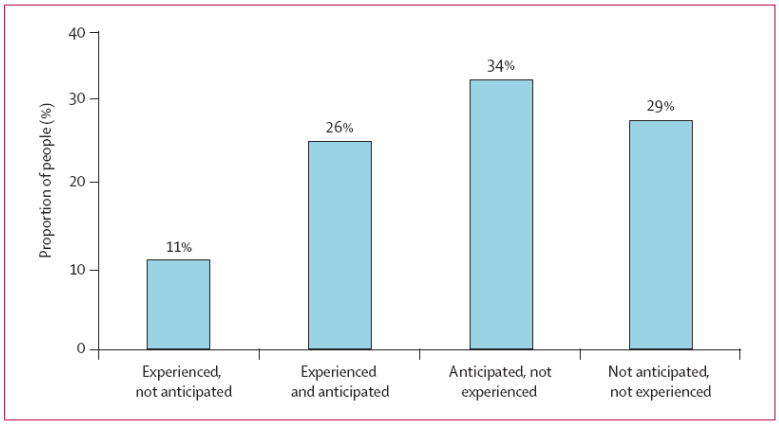


Figure 4: Discrimination in intimate relationships

Studie in 27 Ländern, persönliche Interviews
Thornicroft G et al.: Lancet 2009: 373: 408-415

Wechselbeziehungen und Interventionsmöglichkeiten

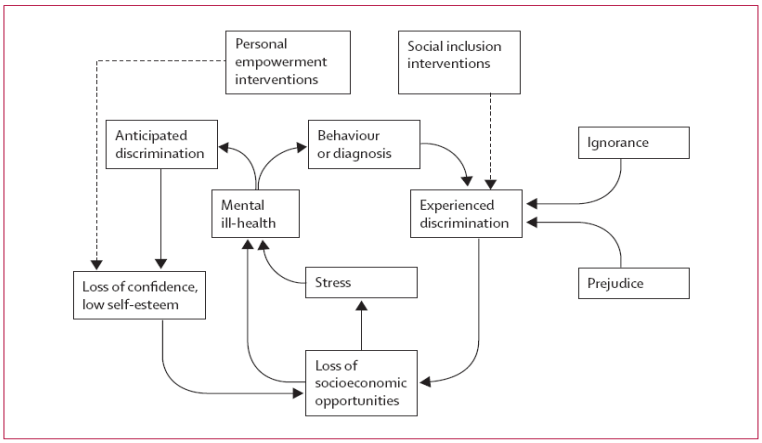


Figure 5: **Relationship between experienced and anticipated discrimination**
Reproduced with permission from the Foresight Mental Capital Programme, Department for Innovation, Universities and Skills (2008).

Aus Thornicroft G et al.: Lancet 2009: 373: 408-415

Wechselbeziehungen zwischen Krankheitseinsicht, Stigmatisierung und Compliance

- Krankheitseinsichtige Patienten, die sich nicht stark stigmatisiert fühlen, zeigen den besten Verlauf.
- Patienten mit geringer Krankheitseinsicht haben Probleme mit der Compliance.
- Patienten mit guter Krankheitseinsicht und Stigmatisierungsbefürchtungen haben das höchste Risiko für geringe Lebensqualität, geringes Selbstbewusstsein und depressive Verstimmung.
- Patienten mit geringer Krankheitseinsicht und starker Selbststigmatisierung zeigten die schlechteste Compliance.
- Höheres Selbstbewusstsein und Krankheitseinsicht führten zu grösserer Compliance.

Fung KM et al.: Psychiatr Rehabil J 2008; 32: 95-104 (N = 86)
Staring AB et al.: Schizophr Res 2009; 115: 363-369 (N = 114)

Compliance / Adhärenz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Compliance: Behandlungsbereitschaft
- Adhärenz: Behandlungstreue

Compliance / Adhärenz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Ist höher bei akuten versus chronischen Bedingungen.
- Wird mit 43 – 78% bei chronischen Krankheiten angegeben.
- Problematisch bei symptomlosen Krankheiten, z.B. der arteriellen Hypertonie.
- In den USA wird der Anteil ursächlich auf die Noncompliance zurückzuführender Krankenhausaufenthalte auf 33 – 69% geschätzt und auf 100 Milliarden US Dollar angesetzt.
- Die Compliance ist in der Regel fünf Tage vor dem nächsten Arztbesuch besser (weisse Kittel Adhärenz).
- Es besteht eine inverse Beziehung zwischen Compliance und Einnahmefrequenz.

Osterberg & Blaschke, NEJM 2007

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe: Freiheit zur Krankheit, Freiburg, 26.03.2010

Compliance / Adhärenz

- 76% (40 – 90%) bei körperlichen Krankheiten
- 58% (24 – 90%) bei psychischen Krankheiten
  - 65% (58 – 90%) bei Depression
  - 35% bei bipolaren Störungen
  - 50 – 60% bei Schizophrenie

Osterberg & Blaschke, NEJM 2007

Compliance / Adhärenz: Messmethoden

Direkte Methoden

- Beobachtung
- Blutspiegelbestimmung
- Messung weiterer biologischer Marker

Indirekte Methoden

- Patientenfragebögen
- Pillenzählen
- Rezepte überprüfen
- Wirkung und Nebenwirkung messen
- Elektronische Medikationsüberprüfung
- Patiententagebücher

Osterberg & Blaschke, NEJM 2007

Prädiktoren schlechter Compliance / Adhärenz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Psychische Erkrankungen, besonders affektive Störungen und Schizophrenie
- Kognitive Beeinträchtigung
- Behandlung relativ asymptomatischer Erkrankungen
- Schlechte ambulante Betreuung und Entlassungsplanung
- Nebenwirkungen der Medikation
- Fehlende Überzeugung des Patienten von einem guten Effekt
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Schlechte Beziehung zwischen Patient und Therapeut
- Barrieren zum Zugang der Behandlung und Medikation
- Nichteinhalten von Terminen
- Komplexe Behandlung
- Medikamentenkosten, Kostenbeteiligung

Osterberg & Blaschke, NEJM 2007

Strategien zur Verbesserung der Compliance / Adhärenz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- ✓ Identifizieren Sie schlechte Compliance, z.B. versäumte Termine, kein Ansprechen auf Medikamente, Rezepteausstellung
- ✓ Betonen Sie den Wert der Behandlung und die Bedeutung der Behandlungstreue
- ✓ Besprechen Sie mit dem Patienten seine Sorgen und Ängste bezüglich des Regimes
- ✓ Regen Sie die Einführung einer Verabreichungsroutine an
- ✓ Versuche Sie so viel wie möglich den Gewohnheiten des Patienten entgegenzukommen
- ✓ Beziehen Sie die Familie, Freunde und andere Unterstützungen mit ein
- ✓ Verstärken Sie gewünschtes Verhalten, zum Beispiel Lob für pünktliches Erscheinen
- ✓ Überprüfen Sie „verzeihendere“ Medikamente, zum Beispiel solche mit langer Habwertszeit, Depot- oder transdermale Applikationen.

Osterberg & Blaschke, NEJM 2007

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe: Freiheit zur Krankheit, Freiburg, 26.03.2010

Non-Compliance bei Schizophrenie: Folgen

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Das Rezidivrisiko ist 3,7fach höher
- Die Anzahl an Rehospitalisierungen nimmt zu (ca. 50% der Rehospitalisierungen sind mit Complianceproblemen verknüpft)
- Längere Krankenhausaufenthalten
- Konsekutivem Anstieg der ökonomischen und anderer gesellschaftlicher Belastung

Zwangsbehandlung: gesellschaftliche Akzeptanz?

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Characteristics	Compulsory admission		p
	Agreement (n=1244, 73%)	Disagreement (n=452, 27%)	
Own treatment experience			
No	1054 (73%)	385 (27%)	. .
Yes (total)	190 (74%)	67 (26%)	0·82
Without medication	79 (73%)	30 (27%)	0·86
With medication	111 (75%)	37 (25%)	0·65
Family member is a patient			
No	754 (73%)	284 (27%)	. .
Yes	484 (74%)	169 (26%)	0·50

Repräsentative Befragung in der Schweiz, N=1737; 16-76J; im Haushalt lebend

Lauber C et al.: Lancet 2000; 355: 2080

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe: Freiheit zur Krankheit, Freiburg, 26.03.2010

Zwangsbehandlung: Patientensicht im Ländervergleich

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Table 3 Patients' views on whether admission was right or wrong at sites in all countries

Patients' views of admission	Bulgaria	Czech Republic	England	Germany	Greece	Italy	Lithuania	Poland	Slovakia	Spain	Sweden	Total sample
1-month follow-up												
n	284	159	176	118	163	112	66	138	204	253	59	1732
Score, mean (s.d)	4.76 (3.31)	6.09 (3.54)	4.89 (3.91)	6.46 (3.44)	5.49 (4.07)	6.48 (1.81)	4.33 (3.71)	5.10 (3.84)	7 (3.85)	6.51 (3.24)	6.11 (3.81)	5.77 (3.63)
Wrong, %	55	43	53	36	52	29	61	51	33	38	42	45
Right, %	45	57	47	64	48	71	39	49	67	62	58	55
3-month follow-up												
n	265	112	175	105	134	102	45	137	144	224	54	1497
Score, mean (s.d.)	5.86 (3.30)	6.95 (3.04)	5.6 (3.98)	7.18 (3.08)	6.63 (3.73)	7.25 (1.54)	6 (2.84)	5.93 (3.69)	7.13 (3.74)	6.35 (3.29)	5.79 (3.72)	6.37 (3.43)
Wrong, %	42	32	46	30	39	14	49	39	31	34	54	37
Right, %	58	68	54	70	61	86	51	61	69	66	46	63

Priebe S. et al.: Brit J Psychiatry 2010: 196: 179-185

Zwangsbehandlung: Studie aus Baden-Württemberg

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- **Alle Patienten, die zwischen Juli 1992 und Dezember 1995 an der Universitätsklinik für Tübingen nach dem UBG von Baden-Württemberg untergebracht worden waren,**
- **Alter zwischen 18 und 65J.**
- **N = 108**
- **Die Befragung erfolgte 12 – 52 Monate nach der Unterbringung per Fragebogen.**
- **Angaben zu den Patienten:**
  - **53M, 47W**
  - **26% Ersterkrankt, 34% mehr als fünf Vorbehandlungen**
  - **79% F2-Diagnosen**
  - **68% waren in regelmässiger psychiatrischer Behandlung**
  - **62% nahmen Psychopharmaka ein**
  - **32% wurden sozialpsychiatrisch versorgt**
  - **53% gaben an, bei einer erneuten Krise freiwillig in die Klink zu kommen, 15% waren unentschlossen und 32% lehnten einen Klinikaufenthalt strikt ab.**

Längle G & Bayer W: Psychiat Prax 2007; 34 (suppl. 2): S203-S207

Zwangsbehandlung:
Studie aus Baden-Württemberg

Längle G & Bayer W: Psychiat Prax 2007; 34 (suppl. 2): S203-S207

	Zustimmung in %
Bewertung der Richter und Ärzte	
– von Richter ernst genommen	47
– ausreichend Raum für Argumentation im Verfahren	40
– Ärzte/Richter wollen Schaden vom Pat. abwenden	45
Persönliches Erleben	
– Unterbringung war ungerechtfertiger Eingriff in persönliche Rechte	63
– Unterbringung war entlastend	19
Besonders belastend	
– geschlossene Station	43
– Nebenwirkungen der Medikation	34
– Gefühl der Ohnmacht	23
Folgen der Unterbringung	
– positiv für Gesundungsprozess	45
– negativ für Gesundungsprozess	57
– negative psychische Folgen (Vertrauensverlust, Angst vor Rezidiv)	28
– negative soziale Folgen (Verlust von Unabhängigkeit, Sorgerecht, sozialen Kontakten)	15
– negative Folgen am Arbeitsplatz (Verlust der Arbeitsfähigkeit, des Arbeitsplatzes)	11
– negative physische Folgen (Nebenwirkungen der Medikation)	11
Vermeidbarkeit der Unterbringung	
– durch verständnisvolleres Verhalten der Klinikmitarbeiter	28
– durch verständnisvolleres Verhalten außerhalb der Klinik (Verwandte, Nachbarn, Polizei)	21
– Anwesenheit einer Vertrauensperson in der Klinik	13
– eigene Problemlösung (Arztbesuch, Medikation usw.)	21

Bedeutung der Einwilligungsfähigkeit

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Stärkung von „Verbraucher“- und Patientenrechten
- Wandel von der patriarchalischen zur partizipativen Medizin
- Ansteigende Zahl von Demenzkranken
- Immer häufiger alleinstehende Demenzkranke

Operationalisierung von Verhandlungsfähigkeit / Urteilsfähigkeit

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Fähigkeit zur autonomen prozessualen Interessenvertretung
- Fähigkeit,
  - Der Verhandlung folgen zu können
  - Sich sachgerecht einlassen zu können
  - Anträge stellen zu können und eigene Interessen zu vertreten
- Keine Störung von Bewußtsein, Erinnerung, Wahrnehmung, Denkfähigkeit, Einsichtsfähigkeit

Wie schnell wird die Aufklärung „vergessen“?

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Auch bei psychisch unauffälligen Patienten erinnern sich etwa 25% bereits wenige Stunden später nicht mehr an den Inhalt des Aufklärungsgesprächs. Noch später erinnern sich viele auch nicht an die Aufklärung an sich (z.B. Wagner 1992, Ehlers 1989)

Strukturierte Interviews zum Kompetenzassessment

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Hopkins Competency Assessment Test (HCAT)
- Capacity Assessment Tool (CAT)
- Capacity to Consent to Treatment Instrument (CCTI)
- Aid to Capacity Evaluation (ACE)
- Mac Arthur Competence Assessment Tool-Clinical Research (MacCAT-CR)

Probleme einer funktionalen Definition

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Zeitaufwändig
- Theoretisch sollte bei jeder neuen Entscheidung ein neues spezifisches Assessment gemacht werden
- Juristische Standards für Kompetenz sind von variabel
- Selbst Fachexperten unterscheiden sich in ihren Beschreibungen und Konstrukten
- Wo ist die Schwelle zwischen kompetent und inkompetent?

Einwilligungsfähigkeit bei Demenzkrankheiten

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Demenzsymptomatik ist heterogen (z.B. VaD, AD, FTD etc.)
- Krankheitseinsicht liegt in 20-30% der Fälle nicht vor
- Persönlichkeit spielt auch bei Demenz eine Rolle
- Grössere Gefahr der Manipulation von Aussen/Dritten
- Bisher in der Forschung einseitige Ausrichtung auf Kognition!

Probleme in der Versorgung

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- **Demenzerkrankungen werden nicht ausreichend erkannt: Diagnoseraten von 12-33% bei leichter und von 34-73% bei fortgeschrittenen Demenzen**
  (Stoppe et al. 2007, Waldemar et al. 2007)
- **Es ist derzeit unklar, ob z.B. Patientenverfügungen in „jedem mentalen Zustand“ rechtsgültig verfasst werden können.**
- **Notare haben zwar die Verpflichtung, die Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit zu prüfen, es besteht jedoch keine Vorgabe, wie das geschehen soll**
  (Stoppe & Lichtenwimmer: D NotZ 2005; 11: 806-813)
- **Die Aufmerksamkeit für Manipulationen von Aussen ist gering**
  (Peisah C et al.: Int. Psychogeriatrics, 2009; 2: 7-15)

Besonderheit psychischer Erkrankungen: Beispiel Sucht

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Laut der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht des Deutschen Anwaltvereins wollte ein Kläger, der früher als Krankenpfleger im Bereich der Anästhesie tätig war, in ein einem Verfahren die Kosten seiner Methadonbehandlung von der Krankenversicherung ersetzt bekommen. Die Richter des Landgerichts Nürnberg-Fürth entschieden aber, dass er darauf keinen Anspruch habe.

- „….Wer seine Abhängigkeit von Heroin bewusst in Kauf nehme, führe den Versicherungsfall der möglichen späteren Methadonbehandlung vorsätzlich herbei. In solchen Fällen müsse die Krankenkasse nicht zahlen.
- Bei Suchtkranken könne es zwar generell zweifelhaft sein, ob der Betroffene sich darüber im Klaren sei, dass er mit der Sucht eine Krankheit verursache. Bei Heroin sei dies aber anders zu beurteilen, heisst es weiter in der Begründung.
- Die grosse Suchtgefahr bei Heroin sei allgemein bekannt, so dass der Kläger die Möglichkeit der Abhängigkeit in Kauf genommen habe. Insbesondere als ehemaliger Krankenpfleger habe er wissen müssen, dass eine Heroinabhängigkeit bereits nach dreimaliger Einnahme entstehen kann, urteilten die Richter.“

Krankenkasse muss Methadon-Behandlung nicht zahlen!
Meldung im Deutschen Ärzteblatt vom 28.08.2009

Freiheit bei Sucht?

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Das **Abhängigkeitssyndrom** (umgangssprachlich: "Abhängigkeit", "Sucht", "Drogenmissbrauch",) wird als eine Gruppe von verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Phänomenen definiert, die sich nach wiederholter Einnahme von psychotropen Substanzen entwickeln. Charakteristisch ist ein **starkes, oft unüberwindbares Verlangen,** sich die Substanz zuzuführen. Weitere Kennzeichen sind eine fortwährende oder periodische Einnahme der Substanz, **Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren** und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen oder Aktivitäten. Es kommt dabei zu einer Toleranzerhöhung und manchmal zu einem körperlichen Entzugssyndrom.

Diagnose des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Es müssen mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein:

- Starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
- Körperliche Entzugssymptome
- Benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
- Fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

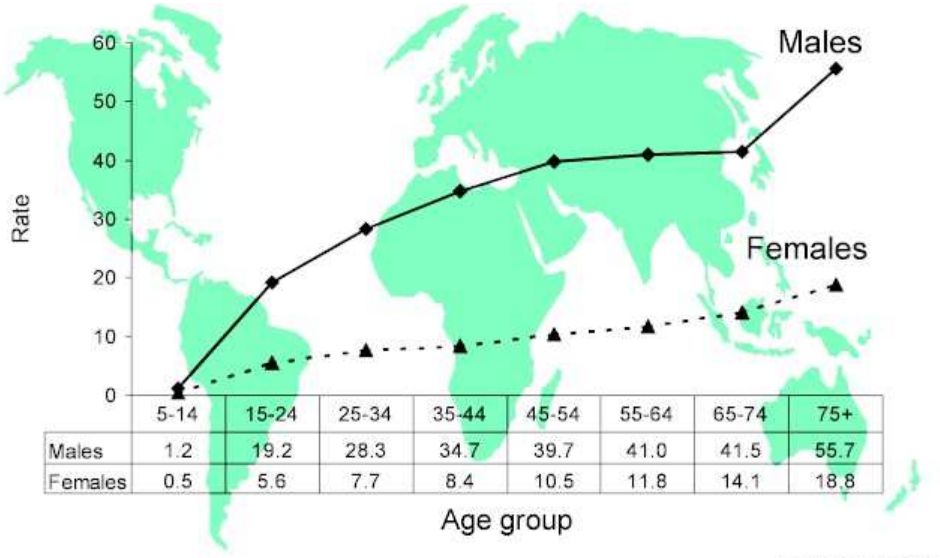
Besonderheit psychischer Erkrankungen: Beispiel Schizophrenie

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- **Fallbeispiel:**
  - 50jähriger Patient, chronische paranoide Schizophrenie mit zunehmendem Residuum
  - Zusätzlich: Adipositas, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Status nach zerebrovaskulärem Insult mit leichter Hemisymptomatik, Status nach mehreren tiefen Beinvenenthrombosen, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Nikotinabusus (4Päckchen/d)
  - Multiple Medikation
- **Problematik:** Behandlung der psychischen Symptomatik gegen seinen Willen bei Urteilsfähigkeit, aber Annahme eines „freien Willens“ für die Behandlung der somatischen Erkrankungen

Rabovsky et al.: Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2007; 158: 4-11

Globale Suizid Raten



	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Males	1.2	19.2	28.3	34.7	39.7	41.0	41.5	55.7
Females	0.5	5.6	7.7	8.4	10.5	11.8	14.1	18.8

World Health Organization, 2002

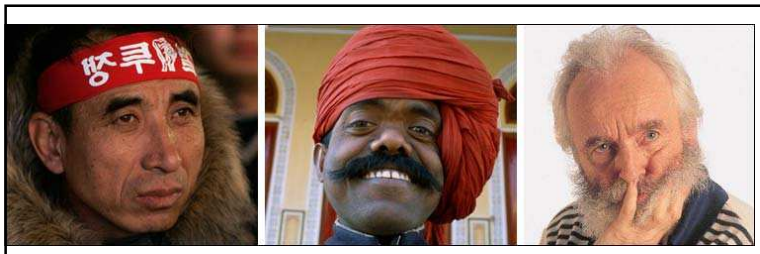
Ursachen / Risikofaktoren für Suizid

- Psychische Krankheiten
  - Depressionen (40-60%)
  - Persönlichkeitsstörungen (10-30%)
  - Abhängigkeitserkrankungen (20-30%)
  - Schizophrenie (2-10%)
- Vorangegangene Suizidversuche (40 X!!).

Disposition:
Persönlichkeitsstruktur
psychische Störung/Krankheit
biologische / Impulsivität

Einengung:
narzißtische Wut
Realitätsverzerrung
Wahrnehmungs-
störung

Situation:
Auslöser: Kränkung, Trennung..
soziale Desintegration, Isolation
Zugang zu Tötungsmitteln



Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Sorgen-Atlas

Deutsche haben Angst vor Alzheimer Inder vor grauen Haaren

Es gibt vieles, wovor man sich fürchten kann – die Angst vor dem Alter gehört dazu. Und was genau macht uns beim Altern Sorgen? Amerikanische Wissenschaftler wollten es genau wissen und haben in 31 Ländern nachgeforscht, mit einem sehr interessanten Ergebnis: Die Altersängste sind so unterschiedlich wie die Völker selbst.

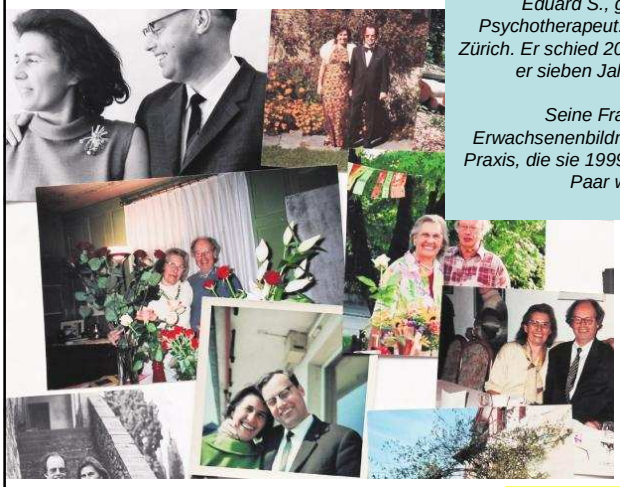
Bild-Zeitung, November 2007

www.bild-t-online.de/BTO/tipps-trends/gesund-fit/2007/alters-angst/sorgen-atlas.html

Land	Größte Angst
Ägypten	vor gar nichts!
Belgien	Inkontinenz
Brasilien	Verlust der Sexualität
Deutschland	Alzheimer, Schmerzen
Indien	Haarausfall, graue Haare
Korea	Falten
USA	Übergewicht

„Du hast es entschieden, und es ist gut so…“

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Eduard S., geboren 1928, war Pfarrer und Psychotherapeut. Er lebte mit seiner Frau im Kanton Zürich. Er schied 2005 mit Exit aus dem Leben, nachdem er sieben Jahre an Alzheimer gelitten hatte.

Seine Frau Ruth, geboren 1930, war Erwachsenenbildnerin und führte eine psychologische Praxis, die sie 1999 aufgab, als ihr Mann erkrankte. Das Paar war 49 Jahre verheiratet.

Seine Frau hat ein Buch darüber geschrieben. Es rührt an ein Thema, das bisher tabu war: Sterbehilfe bei Demenzkranken.

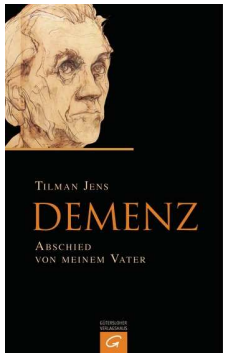
Tagesanzeiger, Basler Zeitung, Mai 2009

Angst vor Krankheit / Sterbehilfe bei Demenz

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

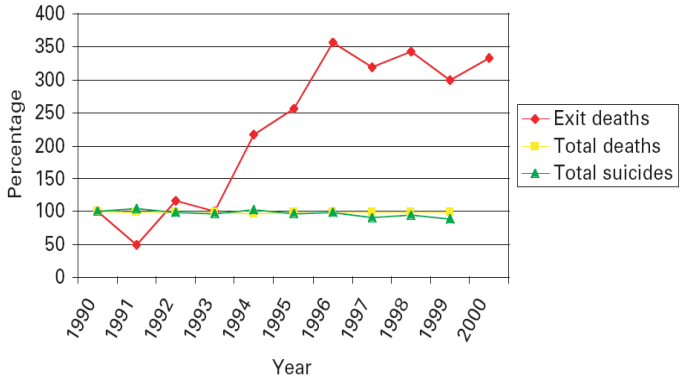
SEINE FRAU INGE FAND IHREN MANN EINMAL INMITTEN VON BÜCHERN, DIE ER WAHLLOS AUS DEM REGAL GEZOGEN HATTE. IN EINEM HATTE ER ZU LESEN BEGONNEN, NUR HIELT ER ES, WIE SIE MIT SCHRECKEN BEMERKTE, VERKEHRT HERUM. BESUCHER ERKENNT ER NICHT MEHR, INZWISCHEN AUCH NICHT MEHR INGE JENS, MIT DER ER SEIT 57 JAHREN VERHEIRATET IST. "ER IST NICHT MEHR MEIN MANN", SAGT SEINE FRAU. "ER IST IN EINER WELT, ZU DER ICH WENIG ODER GAR KEINEN ZUGANG HABE."

INGE JENS ÜBER WALTER JENS IM "STERN". (*FOTO: AP*)



Sterbehilfe / Suizid: EXIT
Auswertung von 748 Fällen (1990-2000)

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Exit deaths, total deaths and total suicides in Switzerland from 1990 to 2000, index year is 1990 (100 corresponds to 63'739 deaths, 1467 suicides and 30 Exit deaths per year respectively).

Bosshard G et al.: Swiss med wkly 2003; 133: 310-317

Sterbehilfe / Suizid: EXIT
Auswertung von 748 Fällen (1990-2000)

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

Variable of the deceased	Exit deaths 1990 – 1993 (n = 110)[a]	Exit deaths 1997 – 2000 (n = 389)[a]	p value[b]
Sex			
Men	58 (53)	185 (48)	0.3
Women	52 (47)	204 (52)	
Age group men			
<64 yr	17 (29)	57 (31)	0.8
>65 yr	41 (71)	128 (69)	
Age group women			
<64 yr	20 (38)	59 (29)	0.2
>65 yr	32 (62)	145 (71)	

[a] Both sexes
[b] Chi-square test

Signifikant häufiger:
- Deutschschweiz
- Städte
- Protestanten

In 21% keine tödliche Krankheit

Bosshard G et al.: Swiss med wkly 2003; 133: 310-317

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe: Freiheit zur Krankheit, Freiburg, 26.03.2010

Zusammenfassung

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

- Als Freiheit zur Krankheit kann man einen „ungesunden Lebensstil“, das Nicht-Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen und Non-Adhärenz von Behandlungen sehen.
- Krankheitseinsicht, Stigma einerseits und Störungen von Kognition, Impulsregulation, Persönlichkeit andererseits, beeinträchtigen die Freiheit.
- Insbesondere im Kontext psychischer Krankheiten gibt es noch problematische rechtliche Regelungen.