



UNIKLINIK
KÖLN

Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung

Axel Doll
Kathleen Boström

29./30.07.2022 | Pforzheim,
Ambulanter Hospizdienst Pforzheim

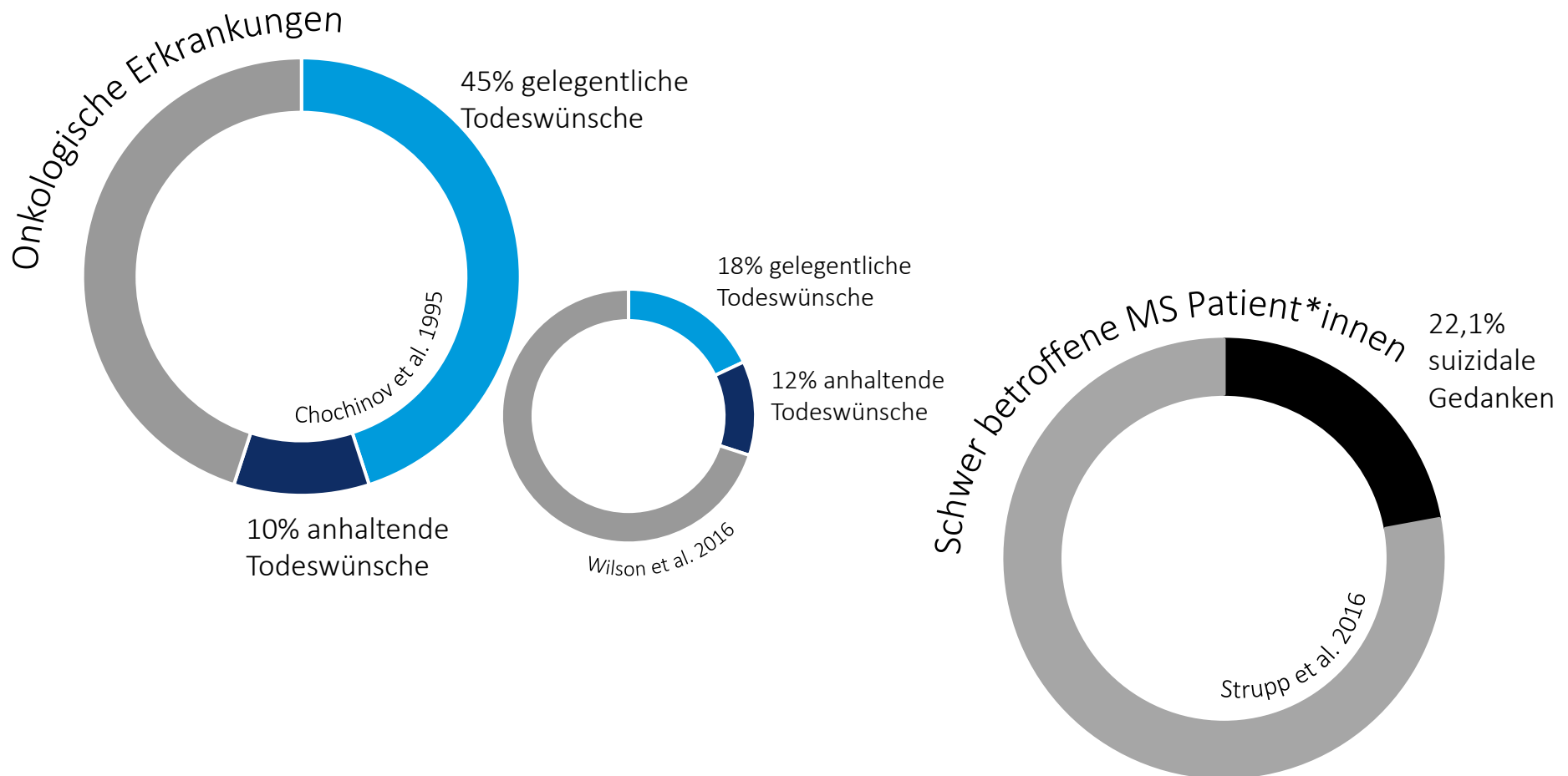
Einführung

Aktuelle Situation

Begriffsklärung und rechtliche Rahmenbedingungen

Prävalenz

❖ Todeswünsche sind **häufig** bei palliativ versorgten Patient*innen:



Aktuelle Situation in Deutschland I



- Suizidassistenten ist **prinzipiell straffrei**
- **11/2015: geschäftsmäßige Suizidassistenten** wird ins **StGB** aufgenommen (§217)
- **02/2020:** BVerfG erklärt **§217 StGB für verfassungswidrig**
 - Staat darf SuAss de facto nicht doppelt verhindern (StGB plus Ärzteschaft/BÄK)
 - „Recht auf SuAss“, wenn frei verantwortet, dauerhaft, autonom
 - Keine Reichweitenbegrenzung
 - Keiner darf zu SuAss gezwungen werden
 - SuAss darf nicht zur Normalität in Deutschland werden
 - Gesetzgeber darf einschränkende Regelung schaffen

§217 StGB: Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung

Änderung des § 217 StGB im Dezember 2015:

- › Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu **geschäftsmäßig** die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- › Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

(StGB § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung)

Urteil des Bundesverfassungsgericht zum §217 StGB

Februar 2020

Aufhebung des § 217 StGB in dem die „Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ strafrechtlich verboten war:

- › Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als **Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.**
- › Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben **schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen.**
- › Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, **hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.**

(Aus den Leitsätzen des BVerfG zum Urteil vom 26.2.2020)

Aktuelle Situation in Deutschland I



- ❖ 02/2020: BVG erklärt §217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig; Recht auf selbstbestimmtes Sterben und sich dabei Unterstützung zu holen

- ❖ 01/2021:

Deutscher Bundestag
19. Wahlperiode
Drucksache 19/[...]
(Datum)

Gesetzentwurf
der Abgeordneten Renate Künast, Katja Keul [...]

Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben

A. Problem

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 26.2.2020 (2 BvR 2347/15 u.a.) klargestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasst. Die Entscheidung des Firstsenats ist das Bundesverfassungsrecht dem einzelnen Leben

Deutscher Bundestag
19. Wahlperiode
Drucksache 19/[...]
(Datum)

Gesetzentwurf
der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Karl Lauterbach, Dr. Petra Sitte, Swen Schulz und Otto Fricke

Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe

A. Problem

Der 18. Deutsche Bundestag diskutierte im Jahr 2015 über eine vermeintlich gebotene und historisch wohl auch erstmalige Beschränkung der damals streifen Hilfe zur Selbsttötung. Die Mehrheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier

- ❖ 01/2022:

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode – 1 –
Drucksache 20/[...]

Gesetzentwurf
der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kapert-Gonthier, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger

Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung (...)

A. Problem

Mit Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. – (BVerfGE 153, 182 ff.) wurde der durch das Gesetz zur Straf-

Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode – 1 –
Drucksache 20/[...]
(Datum)

Deutscher Bundestag
20. Wahlperiode
Drucksache 20/[...]
(Datum)

Antrag
der Abgeordneten Prof. Dr. Lars Castellucci, Ansgar Heveling, Dr. Kirsten Kapert-Gonthier, Stephan Pilsinger, Benjamin Strasser und Kathrin Vogler, sowie Heike Baehrens, Kerstin Griese, Hermann Gröhe, Hubertus Heil, Pascal Kober, Dr. Konstantin von Notz, Thomas Rachel, Claudia Roth, Bettina Stark-Watzinger

Suizidprävention stärken und selbstbestimmtes Leben ermöglichen

1. Der Bundestag stellt fest:

In Deutschland nehmen sich jedes Jahr mehr als 9.000 Personen das Leben. Damit sterben hier fast dreimal so viele Menschen durch Suizid wie durch Straßenverkehrsunfälle (vgl. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Internationaler-Themenbevoelkerung-arbeit-sozialer-gesundheit/Suizid.html>). Die Zahl der Suizidversuche liegt geschätzt rund um 100.000 (vgl. Lindner et al. für das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Offener Brief an BM J, Spaten: Zur

Suizidassistentengesetz – Entwürfe Juni 2022



- ❖ Castellucci et al.: Strafrecht; geschäftsmäßige Suizidbeihilfe grundsätzlich unter Strafe stellen; Ausnahme: 2 mal innerhalb von 3 Monaten durch FÄ für Psychiatrie frei verantwortet festgestellt; keine „staatliche Infrastruktur“; Initiative zu einem Suizidpräventionsgesetz
- ❖ Künast et al.: Zivilrecht; Grundsätzlich zwei Szenarien: bei schwerer Krankheit: 2 Ärzte, 2 Wochen (Ausnahmen möglich); außerhalb schwerer Krankheit: Beratung mindestens 2x innerhalb eines Jahres an zugelassenen privaten Beratungsstelle
- ❖ Helling-Plahr et al.: Zivilrecht; Sterbehilfevereine selbstlos; flächendeckende Beratungsstellen; 4 Augen Prinzip; Fristen von max. 8 Wochen und mind. 10 Tagen; Arzt entscheidet über Autonomie und verschreibt BtM

Aktuelle Situation in Deutschland II

❖ 02/2021:



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen
Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

❖ 05/2021:

BEKANNTGABEN DER HERAUSGEBER

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 | Heft 29–30 | 26. Juli 2021

BUNDESÄRZTEKAMMER

Bekanntmachungen

Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang
mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil
des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB

Stand: 25.06.2021



Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.

Geschäftsstelle
Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.,
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Dialogpapier

Hospizische Haltung in Grenzsituationen

Anregungen
zur Diskussion und zur Meinungsbildung
vor dem Hintergrund des Urteils des
Bundesverfassungsgerichts
vom 26.02.2020 zu § 217 StGB

Sie erreichen uns unter:
Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhvp.de

Geschäftsführender
Vorstand:
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvert.: Vorsitzende
Paul Herlein
Stellvert.: Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:
VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft

19.02.2021

Berufsordnung für Ärzte

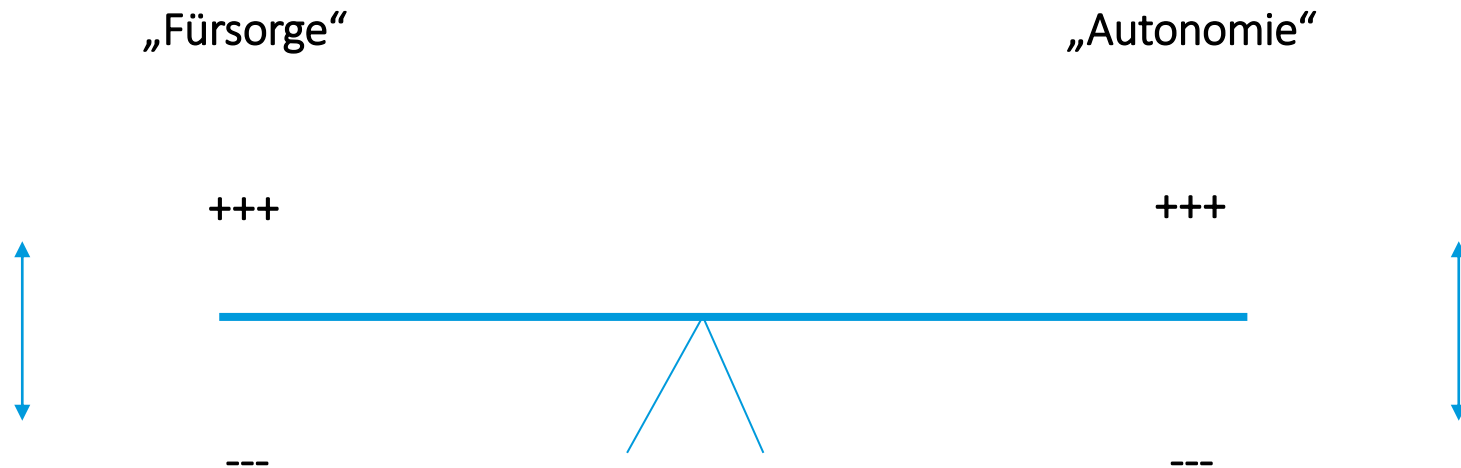
MBO BÄK 2021

- › Der 124. Deutsche Ärztetag hat mit breiter Mehrheit das in der Musterberufsordnung für Ärzte geregelte Verbot der Suizidhilfe aufgehoben. **Ärzte sollen demnach künftig frei und allein auf Basis ihres Gewissens entscheiden dürfen, ob sie Suizidwillige beim Sterben unterstützen.**
- › Allerdings sieht der Deutsche Ärztetag **die Hilfe zur Selbsttötung auch nach dem jüngsten Beschluss ausdrücklich nicht als ärztliche Aufgabe** an: Mediziner könnten nicht gegen ihren Willen zur Suizidhilfe verpflichtet werden. Ihre Aufgabe sei es vielmehr, Leben zu erhalten.

Aktuelle Situation in Deutschland III – Positionierung auf verschiedenen Ebenen



Aktuelle Situation in Deutschland IV – Wo stehen wir?



BVerfG: „Suizidassistentz darf keine Normalität werden“

	Normalität	Ausnahme
Klinik	Suizidprävention	Suizidassistentz
Staat	Suizidpräventionsgesetz	Suizidassistentzgesetz

Aktuelle Situation in Deutschland

- › 02/2020: BVG erklärt §217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig

Recht auf selbstbestimmtes Sterben und sich dabei Unterstützung zu holen

- › 02/2021: DGP und DHPV

Papiere zum Umgang mit dem §217

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen
Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention

Stand: 24.02.2021

Geschäftsstelle
Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Dialogpapier

Hospizliche Haltung in Grenzsituationen

Anregungen
zur Diskussion und zur Meinungsbildung
vor dem Hintergrund des Urteils des
Bundesverfassungsgerichts
vom 26.02.2020 zu § 217 StGB

Sie erreichen uns unter:
Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführer
Vorstand:
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvert. Vorsitzende
Paul Henlein
Stellvert. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:
VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft

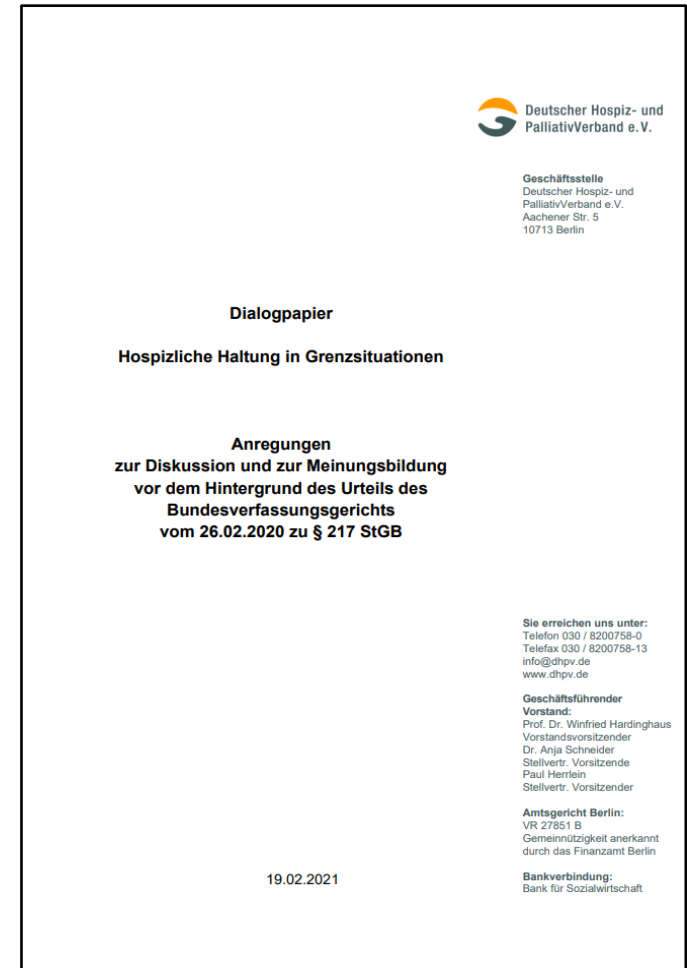
19.02.2021

Aktuelle Situation in Deutschland II

- › Regelung zur **Suizidassistenz** nur bei gleichzeitiger Stärkung der **Suizidprävention**, Palliativversorgung als Teil der Suizidprävention
- › Die aus einem vermeintlich „**freien Willen**“ resultierenden Entscheidungen können [...] nur getroffen werden, wenn **ausreichende Informationen und Kenntnisse** zu den **Folgen** einer Entscheidung **und** zu möglichen **Alternativen** vorliegen. Darum ist eine umfassende **Beratung** notwendig.
- › Strikte **Trennung** von **beratenden**, **begutachtenden** und **Beihilfe leistenden** Institutionen und Personen

Aktuelle Situation in Deutschland III

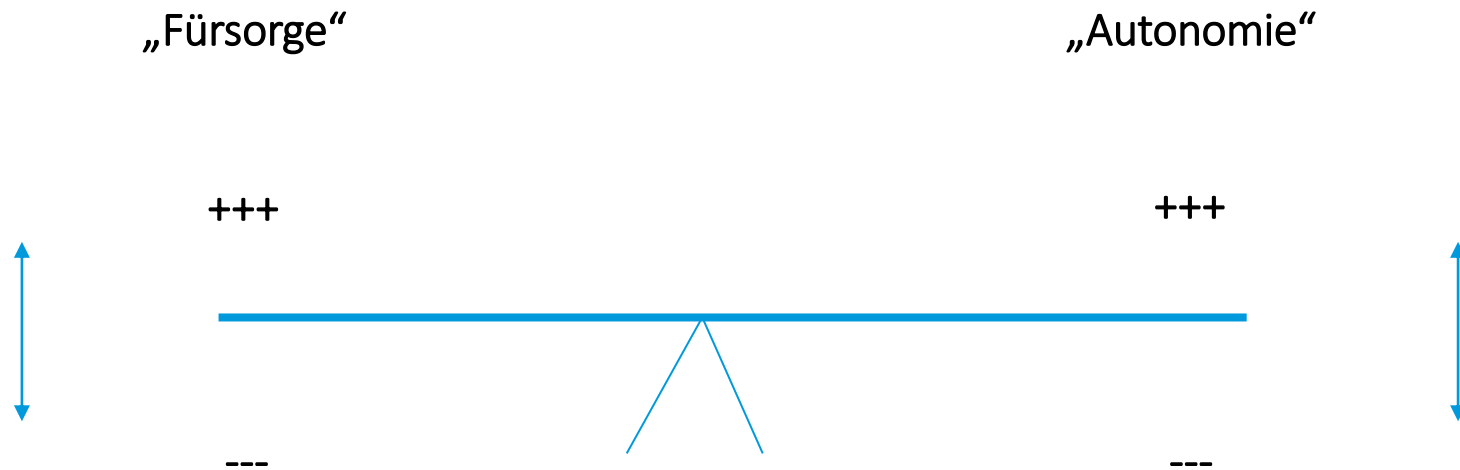
- › Aus dem Urteil des BVerG ist **kein neuer Auftrag für Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung** abzuleiten.
- › Das **Selbstverständnis der Hospizbewegung** beinhaltet eine **Ablehnung** der Tötung auf Verlangen und [...] **der Beihilfe zum Suizid**.
- › Papier will **Orientierung** geben, um die **eigene Position und die in der jeweiligen Einrichtung bzw. im jeweiligen Dienst** geltende Position zur Frage der Beihilfe zur Selbsttötung gemeinschaftlich zu erarbeiten unter Berücksichtigung der Grundsätze der Hospizarbeit und Palliativversorgung und der Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Wertschätzung des Menschen, der diesen Wunsch äußert.



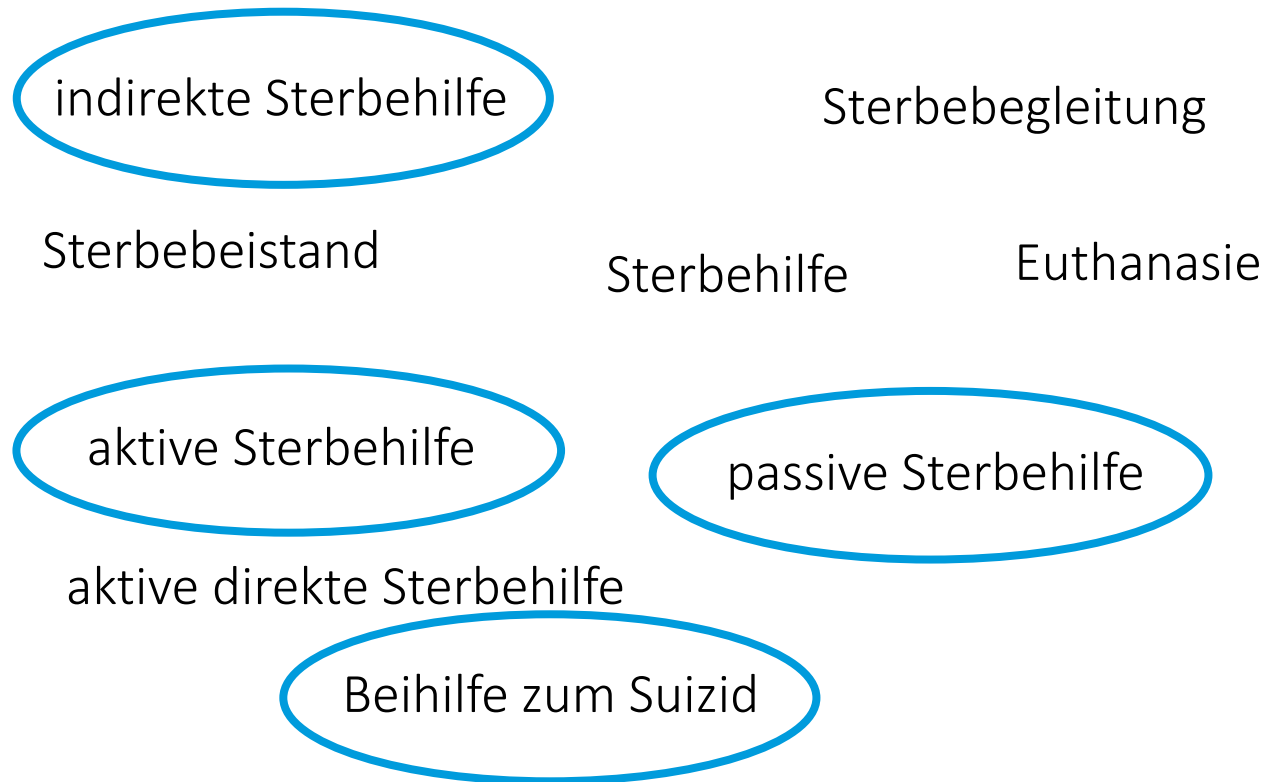
Aktuelle Situation in Deutschland IV



Aktuelle Situation in Deutschland IV – Wo stehen wir?



Sterbehilfe und Euthanasie – Problematik durch Begriffsverwirrung



~~Assistierter Suizid~~



Mitwirkung bei der Selbsttötung:

Hilfe beim Beschaffen des todbringenden Mittels, Begleiten und Zulassen der Suizidhandlung, Unterlassen von Rettungsmaßnahmen

- › „Nach der Berufsordnung haben Ärztinnen und Ärzte die Aufgabe, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern sowie Sterbenden Beistand zu leisten. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist hingegen keine ärztliche Aufgabe.“

(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung 18.02.2011)

~~Aktive Sterbehilfe~~



Tötung auf Verlangen:

absichtliches und aktives, meist ärztliches Eingreifen zur Beschleunigung des Todeseintritts auf **ausdrücklichen Wunsch des Patienten**. (LB f. Palliativmedizin S. 72)

- › „Die Tötung des Patienten hingegen ist strafbar, auch wenn sie auf Verlangen des Patienten erfolgt.“ (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011)
- › Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen. (StGB § 216: Tötung auf Verlangen)
- › Der Versuch ist strafbar. (StGB § 216: Tötung auf Verlangen)

~~Passive Sterbehilfe~~



Therapieverzicht/ -begrenzung:

Unterlassen, Reduzieren oder Abbrechen lebenserhaltender Maßnahmen in der Sterbephase

- › „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht“.

(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011)

~~Indirekte Sterbehilfe~~



Inkaufnahme einer Lebensverkürzung:

Medikamentöse Maßnahmen zur Linderung von unerträglichen Leiden / Schmerzen als primäres Ziel, auch unter Inkaufnahme des Bewusstseinsverlustes oder eines beschleunigten Todeseintritts

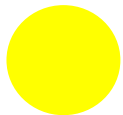
- › „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“

(Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung / 18.02.2011)

Handlungsoptionen: Rechtliche Rahmenbedingungen



Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)



Suizidassistentz (ehem. § 217 StGB)



Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken



„Indirekte Sterbehilfe“



„Sterben Zulassen“

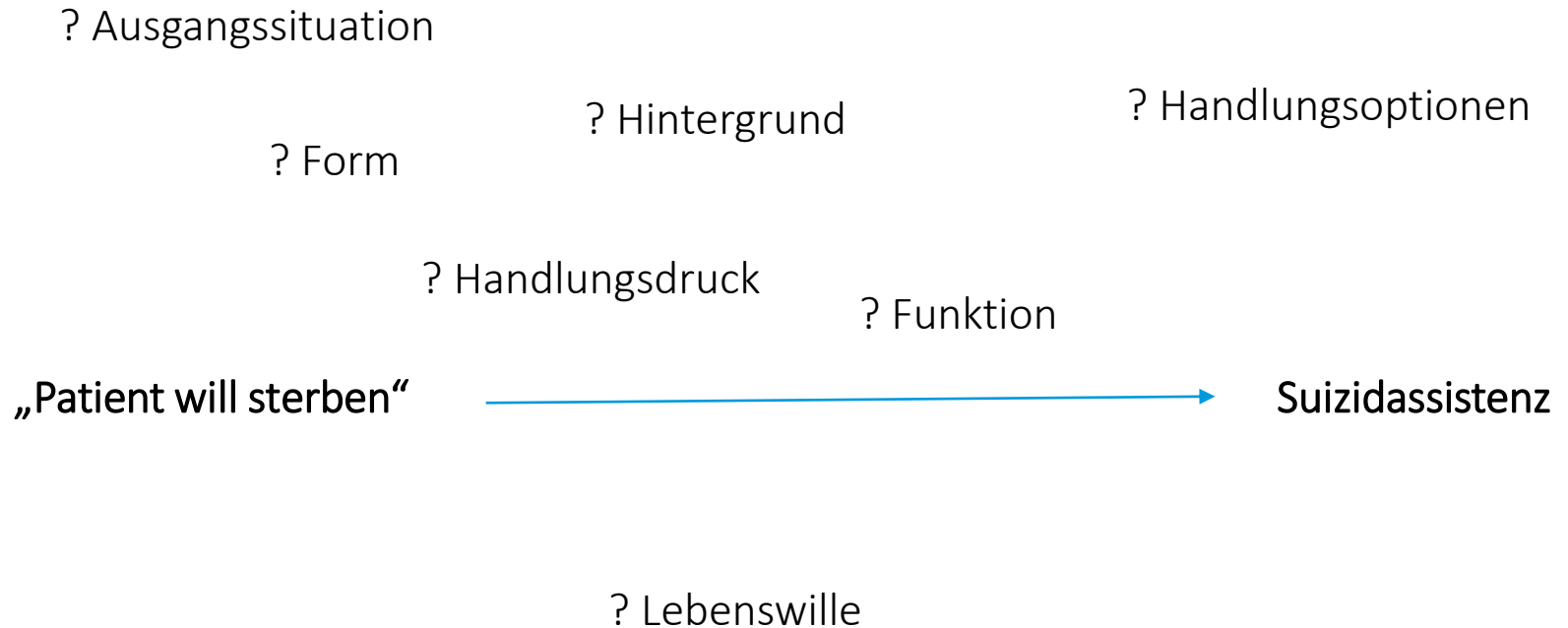


Palliative Sedierung



Medizinisch indizierte Therapien ablehnen

Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



Aktuelle Situation in Deutschland V



- ❖ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin warnt davor, geäußerte Sterbewünsche ausschließlich als Handlungsaufforderung zu verstehen.
- ❖ S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* (2019)



Konsensbasierte Empfehlung

Das Gespräch über Todeswünsche *soll* in einer von **Offenheit, Interesse und Respekt** geprägten Grundhaltung für das Denken, Erleben und Handeln des Patienten durchgeführt werden. Die Haltung des Respekts beinhaltet **nicht notwendigerweise eine Zustimmung** zur aktiven Beendigung des Lebens.

Literatur

Bundesärztekammer (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.

Bundesärztekammer (2021). "Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB." Deutsches Ärzteblatt Jg. 118(Heft 29-30): 1428-1432.

Bundesverfassungsgericht (2020). "Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020." 2 BvR 2347/15, Rn. (1-343).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention.

Deutscher Bundestag. 16. Abschnitt - Straftaten gegen das Leben. Bonn, Strafgesetzbuch. § 216.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (2021). Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zu § 217 StGB.

Strafgesetzbuch (2015). "Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom 03.12.2015."

Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49, ausgegeben am 09.12.2015: 2177.

Gespräche zum Thema Todeswünsche

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Gesprächsleitfaden

Äußerungen von Todeswünschen



(Boström et al., 2019)

Mögliche Ausprägungen von Todeswünschen

Suizidaler Handlungsdruck



	Todeswunsch						
Ohnsorge et al.	Akzeptanz des Sterbens		Wunsch zu sterben:				
			1) Hoffen aufs Ende	2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung	3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung		
Balaguer et al.	Wish to hasten death (WTHD)						
Nissim et al.	Loslassen		Verzweiflung		Hypothetischer Fluchtplan		
Mod. nach Wolfersdorf und Lindner	Lebenssättigkeit	Lebensmüdigkeit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Suizidalität (distanziert	–	latent	– akut)

(Ohnsorge, K. et al. 2014.; Ohnsorge, K. et al. 2014; Balaguer, A. et al 2016; Nissim, R. et al 2009; Wolfersdorf, M. 2008; Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. 2011; Lindner, R. 2006)

Todeswunsch und Lebenswille I

Konsensbasiertes Statement*

Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung und einem Todeswunsch können zugleich einen **Wunsch nach Leben** in sich tragen.

Im Zeitverlauf und hinsichtlich der Intensität können sich Todeswunsch und Lebenswille verändern.

Quelle: Rodriguez-Prat, A., et al.

*S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

Todeswunsch und Lebenswille II

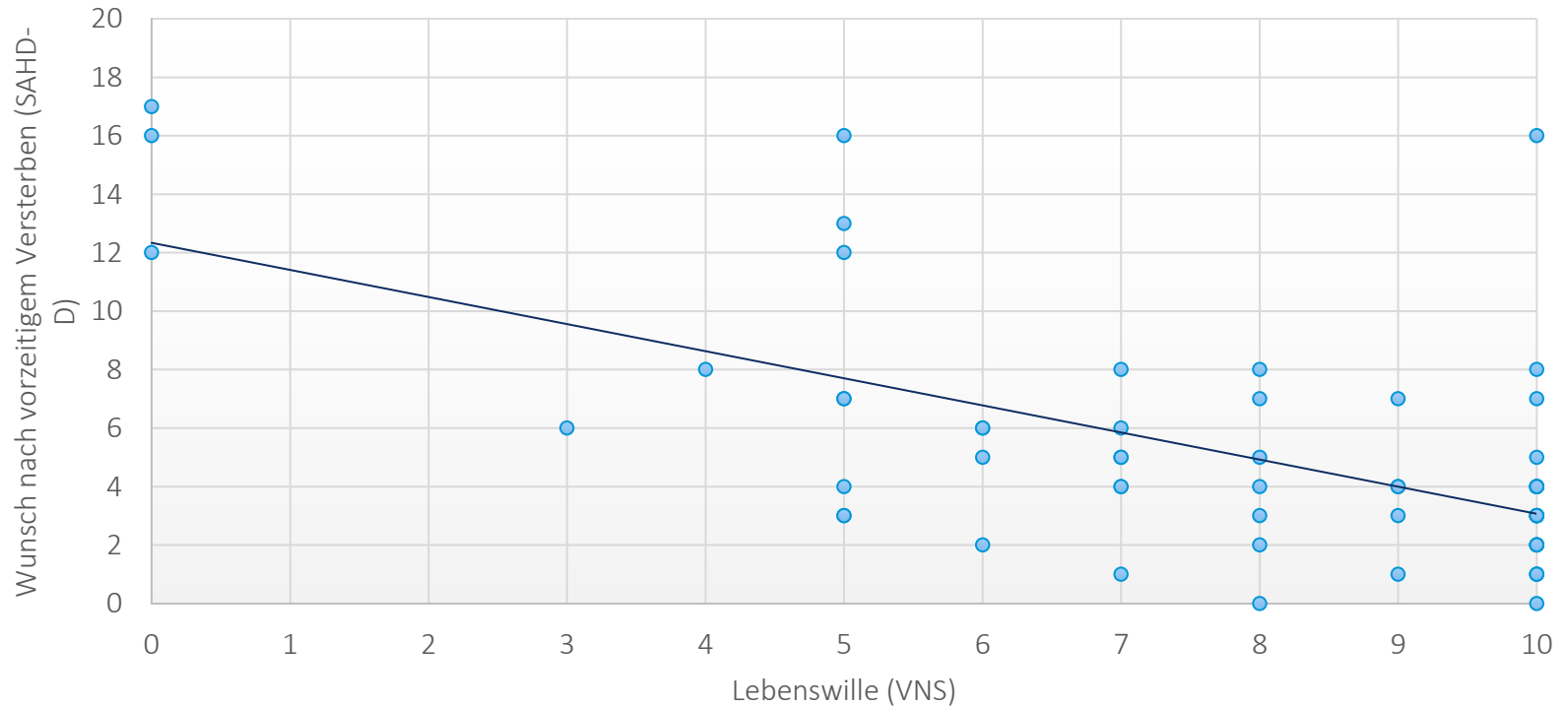
„... wenn mir jemand etwas gäbe und mir sagte – es ist in zwei Sekunden alles vorbei – ich würde es nehmen...“

„...ich möchte leben, oh mein Gott...“ – Patient bricht in Tränen aus

„...bis gestern habe ich nur an meinen Tod gedacht...
seit unserem Gespräch denke ich wieder über mein Leben nach...“

(Voltz et al., 2010)

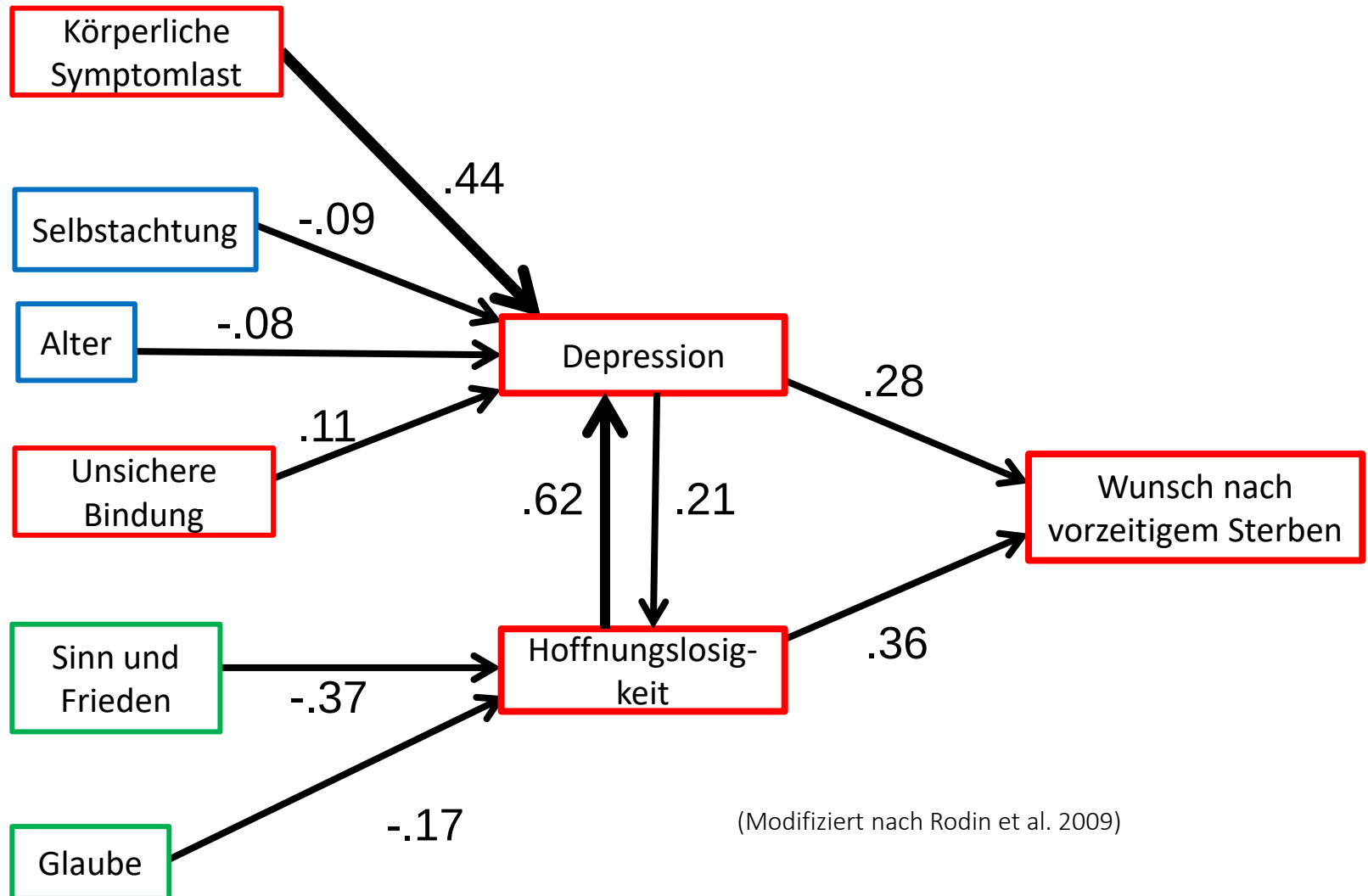
Todeswunsch und Lebenswille III



Korrelation (Pearson) = $-.619^{**}$

Signifikanz (2-seitig) $p = 0.000$

Mögliche Hintergründe und Bedeutungen



(Modifiziert nach Rodin et al. 2009)

Mögliche Funktionen

Manifestation eines Lebenswillens

Schwerer Sterbeprozess, vorzeitiger Tod bevorzugt

Unerträgliche akute Situation

Sich aus unerträglichen und spezifischen Situation entziehen

Letzte Kontrolle

Aufmerksamkeit bekommen

Akt des Altruismus

Manipulation der Familie, um Einsamkeit vorzubeugen

Schrei der Verzweiflung

(Coyle et al., 2006; Royal College of Nursing, 2011)

Ziele im Umgang mit Todeswünschen*

- › Wahrnehmen und Erkennen
- › Verstehen des Todeswunsches vor dem Hintergrund der medizinischen und psychischen Situation, der Persönlichkeit und Lebenserfahrung der Patientin/ des Patienten. Es geht um einen empathischen, bedeutungsfindenden Prozess von Seiten der professionellen Begleitenden im Gespräch mit der Patientin/ dem Patienten, ggf. auch unter Einbezug der Angehörigen.
- › Kompetent begleiten bedeutet nicht zwangsläufig das Ergreifen von direkten Maßnahmen, sondern womöglich „nur“ das aktive Aushalten des Leides ohne eine Antwort darauf geben zu können oder gar den Todeswunsch zu beurteilen.
- › Suizidprävention

*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

Gespräche zum Thema Todeswünsche

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Gesprächsleitfaden



UNIKLINIK
KÖLN

Zentrum für Palliativmedizin



Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen

Zentrum für Palliativmedizin



» Kontakt

Uniklinik Köln
Zentrum für Palliativmedizin
Kerpener Str. 62
50937 Köln
Prof. Dr. Raymond Voltz
Direktor des Zentrums

Ansprechpartnerin

Dr. Kerstin Kremeike
Telefon: 0221 478-87835
E-Mail: tw-palliativ@uk-koeln.de

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen/>



UNIKLINIK
KÖLN

Einordnung, Bedeutung und Funktionen von Todeswünschen

Einordnung

Generell ist zu bedenken:

Todeswünsche können vielschichtig sein und sich verändern.

- › Akzeptanz des Todes ohne Wunsch der Patientin/ des Patienten, das Sterben zu beschleunigen
- › Möglicher (hypothetischer) Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Aktueller Wunsch, das Sterben zu beschleunigen
- › Wunsch nach Selbsttötung mit ärztlicher Hilfe (ärztlich assistierter Suizid – z. B. Bereitstellung von Medikamenten)
- › Tötungswunsch in Form von Tötung auf Verlangen (direkte Sterbehilfe – z. B. Verabreichung von Medikamenten)
- › Gedanken an Selbsttötung und Selbsttötungsvorsatz (Suizidalität)

Notizen und Ergänzungen

Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen



Hintergründe und Bedeutungen

› Todeswunsch als Reaktion auf:

- › körperliches Leiden
- › soziale Probleme wie Isolation oder/und Konflikte
- › durch die Patientin oder den Patienten wahrgenommenen Würdeverlust

› Todeswunsch als Ausdruck von:

- › Depressivität
- › Angst
- › Hoffnungslosigkeit
- › Not in Bezug auf den Sinn im Leben (spirituelle/existentielle Not)
- › der Sorge, jemandem zur Last zu fallen
- › einem schwierigen Krankheitsverlauf

Funktionen

- › Akuter Hilferuf
- › Mittel, um über Sterben und Tod zu sprechen
- › Versuch, Autonomie oder Kontrolle zurückzugewinnen
- › Versuch der Einflussnahme auf Familie oder Behandelnde
- › Auf sich und die eigene Not aufmerksam machen

Gesprächsaspekte

Beziehung bewusst herstellen

- › Der Patientin/dem Patienten,
 - › so wie sie/er ist Interesse und Respekt entgegenbringen
 - › aktiv zuhören und sie/ihn nicht unterbrechen
- › Die Patientin/den Patienten
 - › in ihrer/seiner Not annehmen
 - › ermutigen, Emotionen zu zeigen
- › Klare, für die Patientin/den Patienten verständliche Sprache verwenden
- › In Sprache und Gesten einfühlsam, teilnahmsvoll und sensibel reagieren
- › Stille aushalten
- › Kommunikationsbereitschaft auch bei heiklen Themen/Konflikten signalisieren
- › Auch in herausfordernden Situationen in Beziehung bleiben
- › Körperkontakt herstellen (wenn angemessen)
- › Signalisieren, dass und wie viel Zeit zur Verfügung steht
- › Auf ein möglichst angenehmes Setting achten (Räumlichkeiten, Privatsphäre)

Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

- › Ängste vor Sterben und Tod erfragen/ansprechen
- › Erheben, ob Belastungen als ausweglos empfunden werden
- › Gedanken, nicht mehr leben zu wollen erfragen/ansprechen
- › Gedanken, das Leben vorzeitig zu beenden erfragen/ansprechen

Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen

Abschließen des Gesprächs

- › Persönliche und soziale Ressourcen erfragen
- › Zusammenfassung der wichtigsten Punkte
- › Unklarheiten und weiteren Gesprächsbedarf erfragen
- › Gesprächsbereitschaft und Verfügbarkeit realistisch zusichern
- › Auf Wunsch weiteren Gesprächstermin vereinbaren
- › Hinweis auf vertrauliche Weitergabe von Informationen im Team

Nach dem Gespräch

- › In Patientinnen-/Patienten-Unterlagen dokumentieren
- › Andere Teammitglieder informieren
- › Gesprächsverlauf, Beziehung, Emotionen reflektieren

Notizen und Ergänzungen

Gesprächsaspekte

*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

Evidenzbasiertes Statement*

- Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung *sollte* aktiv ein Gespräch über mögliche **Todeswünsche** gesucht werden.

S3 Leitlinie Unipolare Depression, SNS-Leitlinie, Crawford et al. 2011

Evidenzbasiertes Statement*

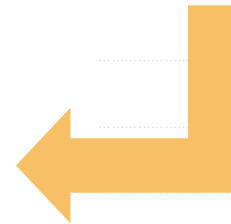
- Es gibt **keinen Hinweis**, dass das **Ansprechen** von suizidalen Gedanken **zu** deren **Entstehung oder Steigerung** führt.

Crawford et al. 2011, Harris et al. 2017, de Beurs et al. 2016

(Räumlichkeiten, Privatsphäre)

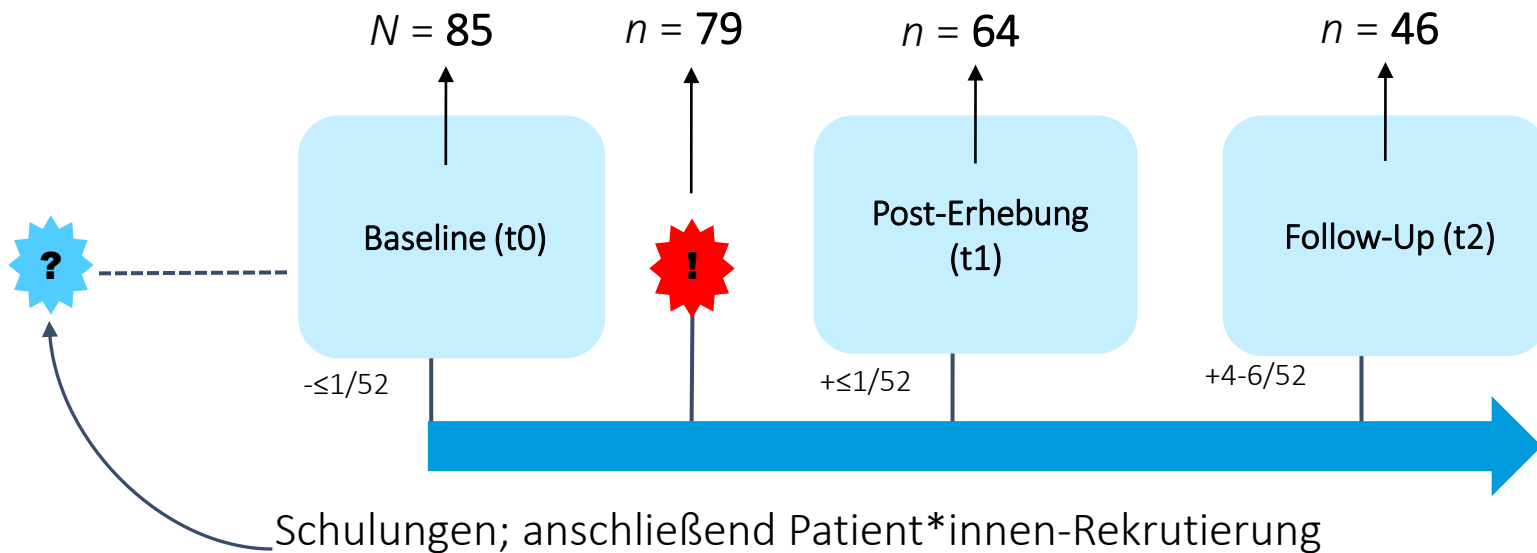
Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

- Ängste vor Sterben und Tod erfragen/ansprechen
- Erheben, ob Belastungen als ausweglos empfunden werden
- Gedanken, nicht mehr leben zu wollen erfragen/ansprechen
- Gedanken, das Leben vorzeitig zu beenden erfragen/ansprechen



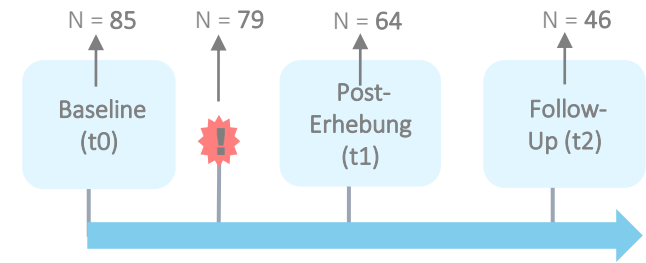
Proaktives Ansprechen: Evaluation einer Gesprächsintervention

- › Zwischen 04/2018 und 03/2020 schlugen 43 Versorgende 173 Patient*innen vor.



- › Hauptgründe für **Studienabbruch**: **Versterben** oder Wunsch der Patient*innen (meist aufgrund eines **verschlechterten Allgemeinzustands**).

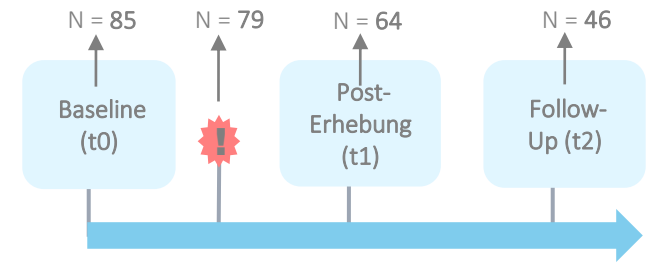
Evaluation einer Gesprächsintervention II



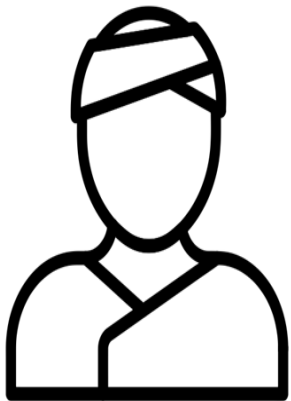
- › Fragebogenerhebung zu 3 Zeitpunkten durch wissenschaftliche*n Mitarbeiter*in
- › Setting und Tageszeit nach Wunsch der Patient*innen

Instrument	Einsatzbereich	Anzahl der Items, Antwortmöglichkeiten	Dauer	Population
PHQ-9 Patient Health Questionnaire	Erhebung von Depression	9, 4-stufige Likertskala	5-10 Min.	Pat. in der Primärversorgung
DADDS Death and Dying Distress Scale	Erhebung der Angst vor Sterben & Tod	12, 5-stufige Likertsskala	5-10 Min.	Pat. mit fortgeschrittener Krebserkrankung
SAHD-D Schedule of Attitudes Towards Hastened Death	Erhebung eines vorzeitigen Todeswunsches	20, trifft zu / trifft nicht zu	5-10 Min.	Pat. in Einrichtungen der spezialisierten Palliativversorgung
PDRQ-9 Fragebogen zur Arzt-Patient-Beziehung	Erhebung der therapeutischen Allianz mit dem Hausarzt	9, 5-stufige Likertskala	Ca. 5 Min.	Allgemeinbevölkerung
BHS Beck Hopelessness Scale	Erhebung von Hoffnungslosigkeit	20, wahr / falsch	5-10 Min.	Erwachsene (Alter: 17-80 Jahre)
VAS Visuelle Analogskala	Erhebung des Lebenswillens	1, 100mm-Skala (absoluter - kein Lebenswille)	Ca. 1 Min.	
Total		74	30-40 Min.	

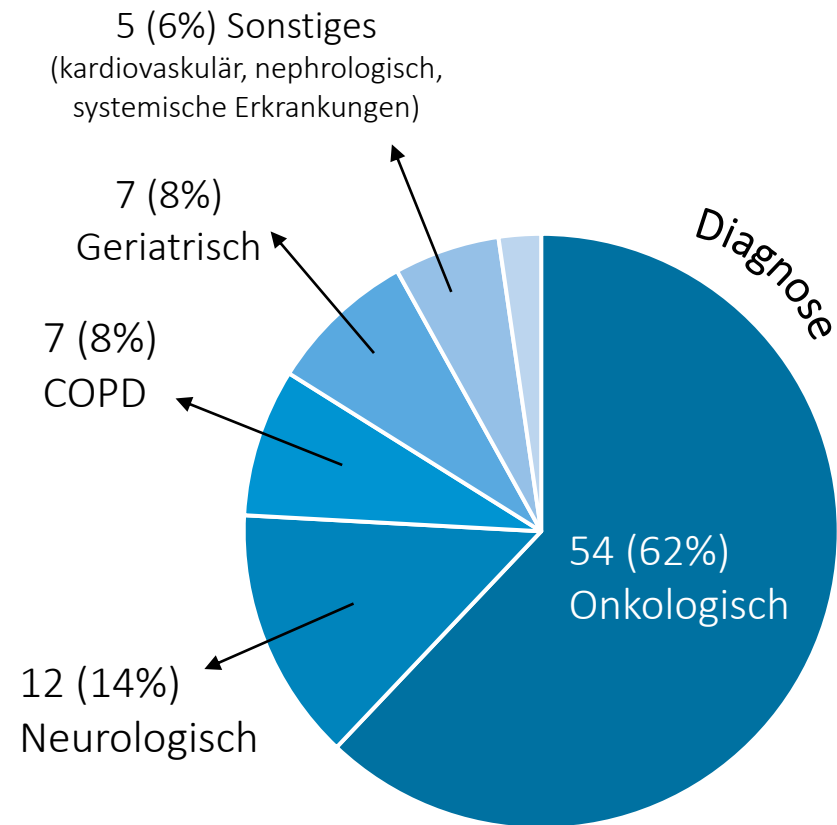
Evaluation einer Gesprächsintervention III



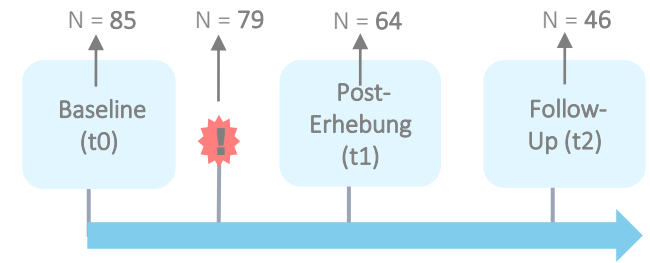
Patient*innen zur Baseline-Erhebung



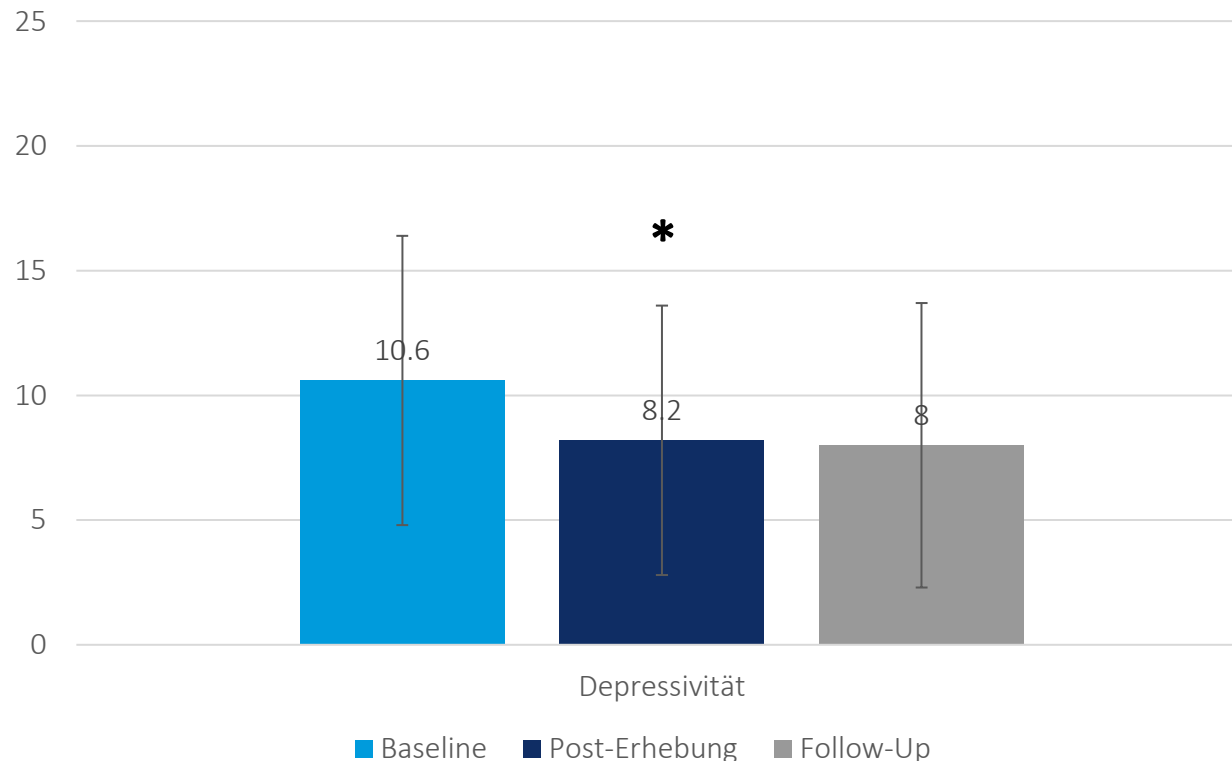
- › Alter Ø 69 (40 – 96)
- › 57% weiblich



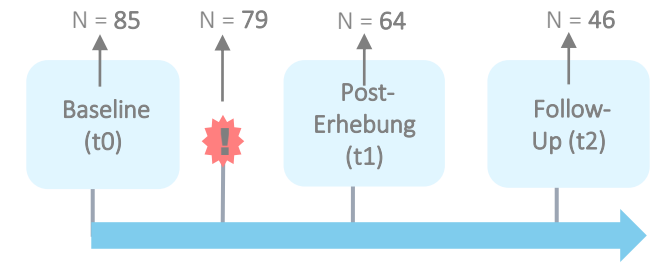
Evaluation - Depression



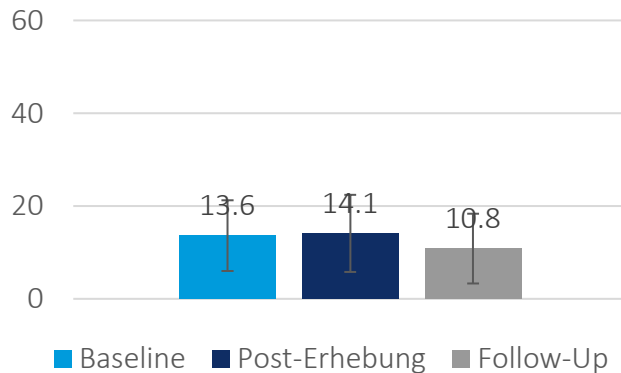
- › Durchschnittlich mittelgradige Depressivität mit signifikanter Verringerung zwischen t0 und t1 ($p = .002$) mit einem kleinen bis mittelgroßen Effekt (Cohens $d = 0,43$).
- › Der Effekt ist zwischen t0 und t2 nicht mehr signifikant.



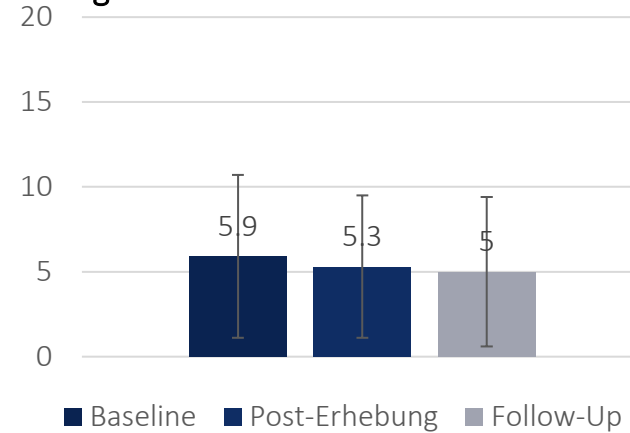
Evaluation weiterer Outcomes



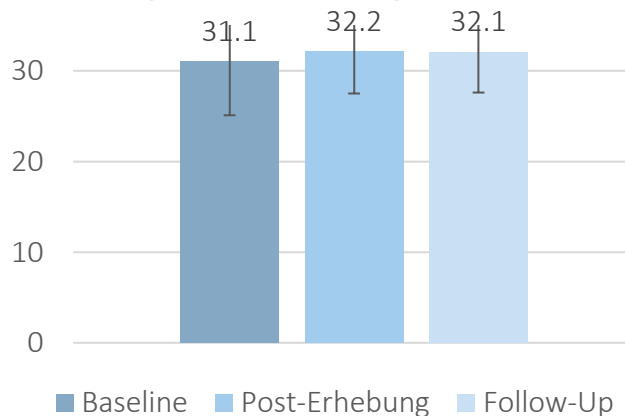
- › Positive Trends ohne signifikante Veränderungen bei...
- › Angst vor Sterben und Tod



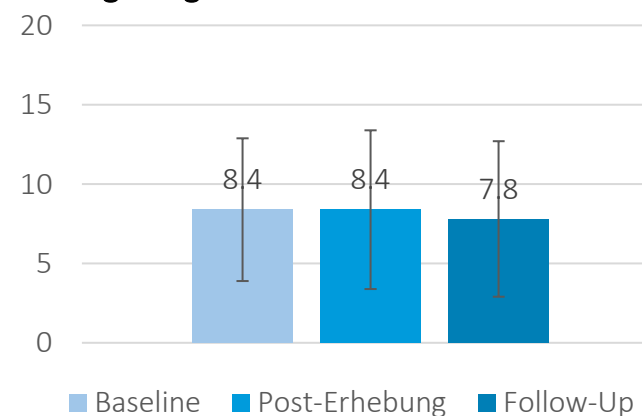
- › Vorzeitiger Todeswunsch



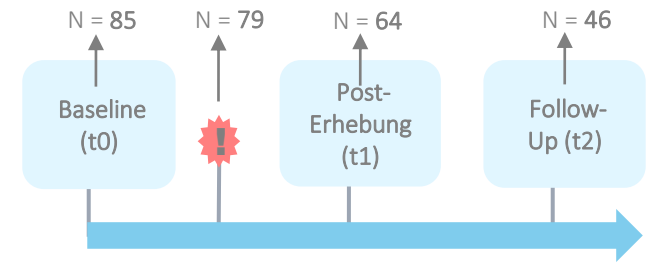
- › Versorgungsbefriedigung



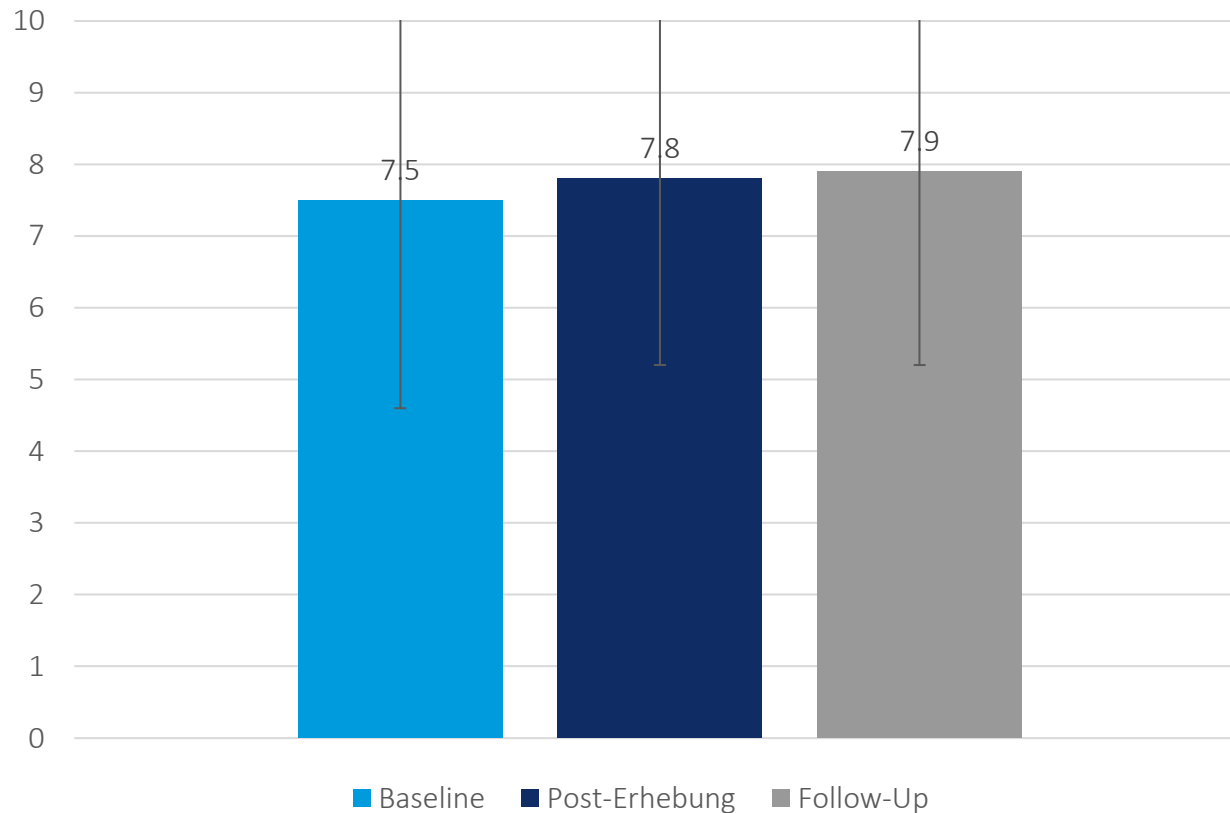
- › Hoffnungslosigkeit



Evaluation - Lebenswille



- › Ebenfalls positiver Trend ohne signifikante Veränderungen



Proaktives Ansprechen von Todeswünschen

Wünschen Sie sich manchmal Ihren Tod?

Bei den ganzen Therapien, die sie bekommen, den Sorgen, haben Sie da schonmal drüber nachgedacht, das der Tod auch eine Erleichterung sein könnte?

Haben Sie Angst vor dem Sterben?

Gibt es manchmal Momente, in denen Sie denken, dass das Leben unter diesen Umständen eher eine Last ist?

Waren Sie in Ihrem Krankheitsverlauf und mit dem Wissen der unheilbaren Krebserkrankung schon mal so verzweifelt, dass sich für Sie das Leben als nicht mehr lebenswert angefühlt hat und sie sich wünschen lieber schon Tod zu sein?

Ich erlebe Sie in unserem Haus als mutige, tapfere und starke Frau. Haben Sie im Verlauf Ihrer schweren Erkrankung schon mal gedacht nicht mehr leben zu wollen?

Haben Sie sich schon einmal konkret damit auseinandergesetzt, wie Sie sich das Ende Ihres Lebens vorstellen? Bestehen da Wünsche oder Ängste?

Mit den verschiedenen Tumorarten klar zu kommen, vor allem so kurz hintereinander ist schon sehr hart & eine große Herausforderung: Ist Ihnen jemals der Gedanke gekommen, wie das wäre, wenn plötzlich alles vorbei wäre?

Welche Gefühle haben Sie, wenn Sie an das Lebensende denken?

Im Laufe der Erkrankung, hatten Sie da Phasen oder Momente, in denen Sie dachten: es geht nicht mehr weiter, oder: ich kann / will nicht mehr weiter?

Reflexion

Bewusster Umgang mit eigener Haltung und Emotionen

- › Auf eigene Emotionen achten
- › Auf das eigene Verhalten in Sprache und Gesten achten
- › Eigene Emotionen im Team reflektieren
- › Akzeptieren, dass das Ausmaß erlebten Leids von Person zu Person unterschiedlich ist
- › Sich der eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch bewusst sein
- › Sensibel bezüglich Darstellung der eigenen Haltung sein
- › Sensibel sein für den Einfluss der eigenen Haltung auf die Reaktion der Patientin/des Patienten und den Gesprächsverlauf
- › Persönliche und professionelle Eignung realistisch einschätzen

Selbstschutz

- › Sich klarmachen, was man leisten kann und will
- › Sich über die Rechtslage informieren
- › Widersprüchliche Äußerungen (Ambivalenz) zum Todeswunsch als möglichen Teil des Verarbeitungsprozesses akzeptieren
- › Auf Anzeichen eigener seelischer Belastung achten
- › Auf eigene Ängste achten
- › Auf eigene wunde Punkte achten
- › Möglichkeiten zur eigenen Entlastung nutzen
- › Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten einholen
- › Interne oder externe Supervision

Weitere Handlungsoptionen

- › Depression erkennen und nach gängigen Behandlungsstandards (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) behandeln
- › Bei eindeutigem Selbsttötungsvorsatz (akute Suizidalität) ärztlich-psychiatrische Hilfe einholen
- › Bei möglichem Selbsttötungsvorsatz (latente Suizidalität) Behandlungsvereinbarung mit der Patientin oder dem Patient abschließen, um Zeit für Interventionen zu gewinnen
- › Bei unerträglichem Leid „palliative Sedierung“ (siehe 10 Punkte-Empfehlung der European Association for Palliative Care (EAPC)) anbieten
- › Sterben lassen (passive Sterbehilfe) als legale Option (Verzicht, Einschränkung oder Abbruch von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen)
- › Beratungs- oder (Psycho-)Therapieangebote im Einzel- oder Gruppensetting
- › Fallbezogene Ethik-Beratung/Ethikgespräch zum Besprechen von (evtl. unterschiedlichen) Werthaltungen und richtigem Handeln im Team

Notizen und Ergänzungen

Reflexion

Bewusster Umgang mit eigener Haltung und Emotionen

- › Auf eigene Emotionen achten
- › Auf das eigene Verhalten in Sprache und Gesten achten
- › Eigene Emotionen im Team reflektieren
- › Akzeptieren, dass das Ausmaß erlebten Leids von Person zu Person unterschiedlich ist
- › Sich der eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch bewusst sein
- › Sensibel bezüglich Darstellung der eigenen Haltung sein
- › Sensibel sein für den Einfluss der eigenen Haltung auf

Weitere Handlungsoptionen

- › Depression erkennen und nach gängigen Behandlungsstandards (z.B. S3-Leitlinie Palliativmedizin) behandeln
- › Bei eindeutigem Selbsttötungsvorsatz (akute Suizidalität) ärztlich-psychiatrische Hilfe einholen
- › Bei möglichem Selbsttötungsvorsatz (latente Suizidalität) Behandlungsvereinbarung mit der Patientin oder dem Patient abschließen, um Zeit für Interventionen zu gewinnen
- › Bei unerträglichem Leid „palliative Sedierung“ (siehe 10 Punkte-Empfehlung der European Association for Palliative Care (EAPC)) anbieten

Konsensbasierte Empfehlung*

Geeignete Reflexionsräume wie **Fallbesprechungen**, **Seelsorge** und **Supervision** (z.B. bei interaktionellen Problemen mit dem Patienten), sowie **Ethikberatung** (z.B. bei ethischen Fragestellungen) und **Fortbildungen** *sollen* für Teams, die Patienten mit einem Todeswunsch begleiten, angeboten werden.

prozesses akzeptieren

- › Auf Anzeichen eigener seelischer Belastung achten
- › Auf eigene Ängste achten
- › Auf eigene wunde Punkte achten
- › Möglichkeiten zur eigenen Entlastung nutzen
- › Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten einholen
- › Interne oder externe Supervision

*vgl. S3-Leitlinie Palliativmedizin Teil II, Leitlinienprogramm Onkologie 2019

Notizen und Ergänzungen



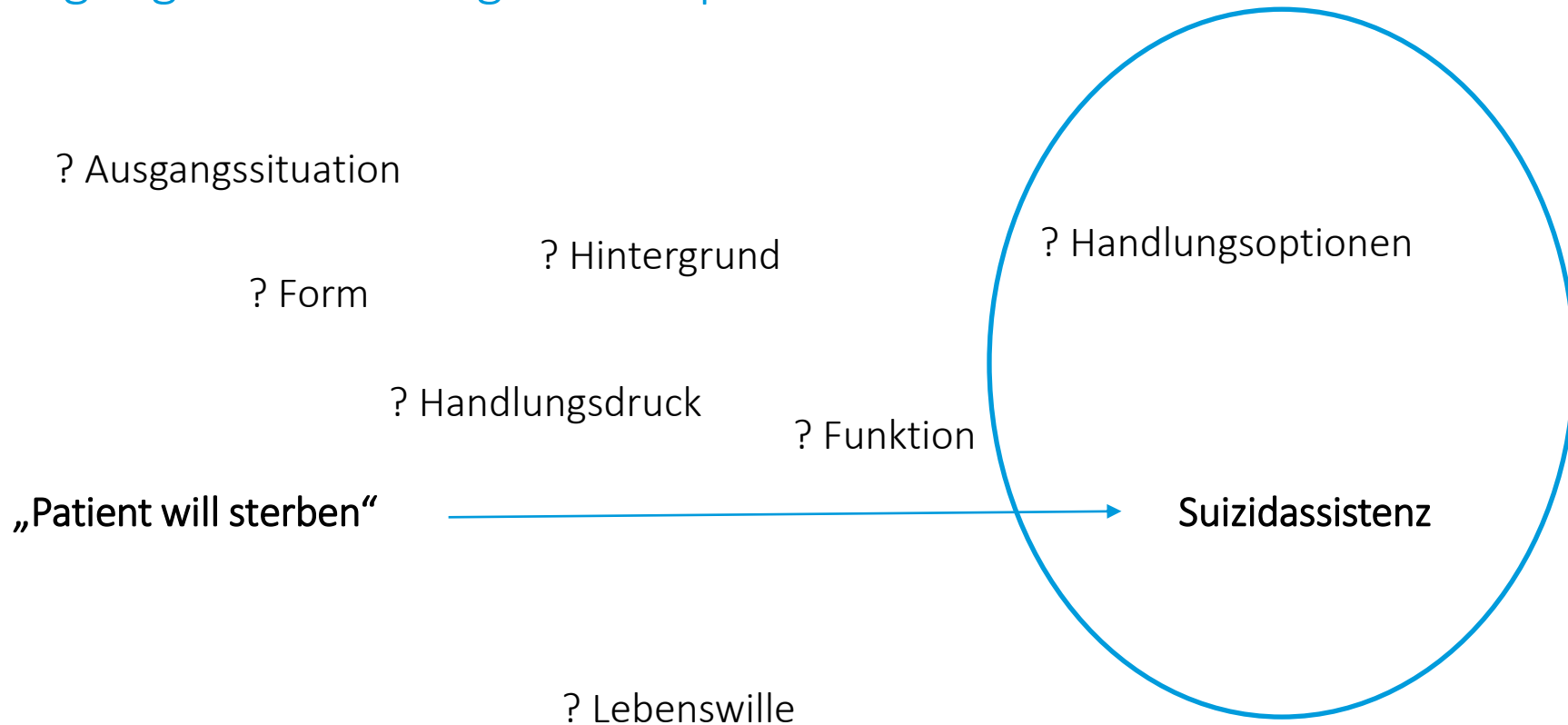
Handlungsoptionen - Suizidassistentz



Weitere Handlungsoptionen

- › **Palliativmedizinische Versorgung optimieren:** z.B. Symptomkontrolle, psychosoziale, spirituelle Begleitung, Ermöglichung daheim zu bleiben
- › **Manualisierte psychologische Interventionen:** z.B. Würdetherapie, CALM
- › **Palliative Sedierung:** intermittierend oder kontinuierlich, verkürzt Leben nicht
- › **Sterben zulassen:** Patientenwille ausüben
- › **Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken**
- › **Tötung auf Verlangen:** auch wenn Durchführung verboten ist, ist Reden darüber legal
- › **Suizidassistenz**
- › **Fallbezogene Ethikberatung / Ethikgespräch:** Besprechen von (evtl. unterschiedlichen) Werthaltungen und richtigem Handeln im Team

Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



Fazit – Sprechen über Todeswünsche

- Todeswünsche sind ein **komplexes Phänomen**; verbunden mit starkem Handlungsdruck **können sie auf Suizidalität hinauslaufen, müssen es jedoch nicht.**
- **Gespräche über Todeswünsche** mit einer offenen, interessierten und respektvollen Grundhaltung schaden Patientinnen und Patienten nicht, sondern **haben das Potential zu entlasten.**
- **Begleitungsgespräche** sind von **Diagnostikgesprächen** in Bezug auf den Wunsch nach assistiertem Suizid zu trennen.

Literatur

- Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 202. 2 BvR 2347/15, Rn (1–343).
- Chochinov, H. M., Wilson, K., & Enns, M. (1995). *Desire for death in the terminally ill. American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185–1191.
- Frerich G et al (2020). Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept — A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000097>
- Galushko, M., Frerich, G., Perrar, K. M., Golla, H., Radbruch, L., Nauck, F., Ostgathe, C., and Voltz, R. (2016) Desire for hastened death: how do professionals in specialized palliative care react? *Psycho-Oncology*, 25: 536– 543. doi: 10.1002/pon.3959.
- Kremeike, K., Galushko, M., Frerich, G., Romotzky, V., Hamacher, S., Rodin, G., ... & Voltz, R. (2018). The DESire to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM)– a study protocol. *BMC palliative care*, 17(1), 30.
- Kremeike, K; Perrar, KMP; Lindner, R; Boström, K; Montag, T; Voltz, R (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. CME-Artikel, Zeitschrift für Palliativmedizin; 20(06). DOI: 10.1055/a-0733-2062
- Kremeike K*; Pralong A*; Perrar KM, Lindner R, Simon ST; Bausewein C, Voltz R. *Dealing with ‘Desire to Die’ in palliative care patients – Legal Framework and Recommendations of the National Evidence-Based Guideline on Palliative Care in Germany. Annals of Palliative Medicine (im Druck)*
- Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, et al. Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *J Med Ethics*. 2015;41:611–7. 2014/08/22. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102091>.
- Fischer S, Huber CA, Imhof L, Mahrer Imhof R, Furter M, Ziegler SJ, Bosshard G. Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *J Med Ethics*. 2008 Nov;34(11):810-4. doi: 10.1136/jme.2007.023887. PMID: 18974416.
- Kremeike, K., Frerich, G., Romotzky, V., Boström, K., Dojan, T., Galushko, M., Shah-Hosseini, K., Jünger, S., Rodin, G., Pfaff, H., Perrar, K.M. & Voltz, R. (2020). *The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach*. *BMC Palliat Care*, 19(1), 1-12. doi:10.1186/s12904-020-00548-7
- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft DK, AWMF) (2019). Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung - Langversion 2.0. In, AWMF-Registernummer: 128/001OL.
- Coyle N , Sculco L. Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry . *Oncol Nurs Forum* 2004; 31: 699-708
- Royal College of Nursing. When someone asks for your assistance to die. RCN guidance on responding to a request to hasten death. 2011.
- Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, et al. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manag*. 2007;33:661–75. 2007/05/29. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.034>.
- Strupp, J., Ehmann, C., Galushko, M., Bücken, R., Perrar, K. M., Hamacher, S., . . . Golla, H. (2016). Risk Factors for Suicidal Ideation in Patients Feeling Severely Affected by Multiple Sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*, 19(5), 523-528. doi:10.1089/jpm.2015.0418
- Wilson, K. G., Dagleish, T. L., Chochinov, H. M., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., . . . Fainsinger, R. L. (2016). Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(2), 170. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000604
- Grafiken von www.thenounproject.com
- World Health Organization. Palliative Care. 2020 [12.10.2020]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- Boström, K; Montag, T; Gehrke, L; Rosendahl, C; Frerich, G; Romotzky, V; Voltz, R; Kremeike, K. „Der Alte soll mich doch endlich zu sich holen“ – Palliativpatienten sprechen über Todeswünsche. DKVF, 2019, Berlin.



Vielen Dank!

kathleen.bostroem@uk-koeln.de



UNIKLINIK
KÖLN