



UNIKLINIK
KÖLN



Sprechen über Todeswünsche

Dr. Kerstin Kremeike
Zentrum für Palliativmedizin

15.03.2021 | 9. Internationale Sylter Palliativtage

Sprechen über Todeswünsche in der Palliativversorgung

Todeswünsche in der Palliativversorgung

- Aktuelle Situation
- Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Sprechen über Todeswünsche

- Gesprächsleitfaden und Schulung
- Auswirkungen von Gesprächen zum Thema

9. Int. Sytler Palliativtage

Todeswünsche in der Palliativversorgung

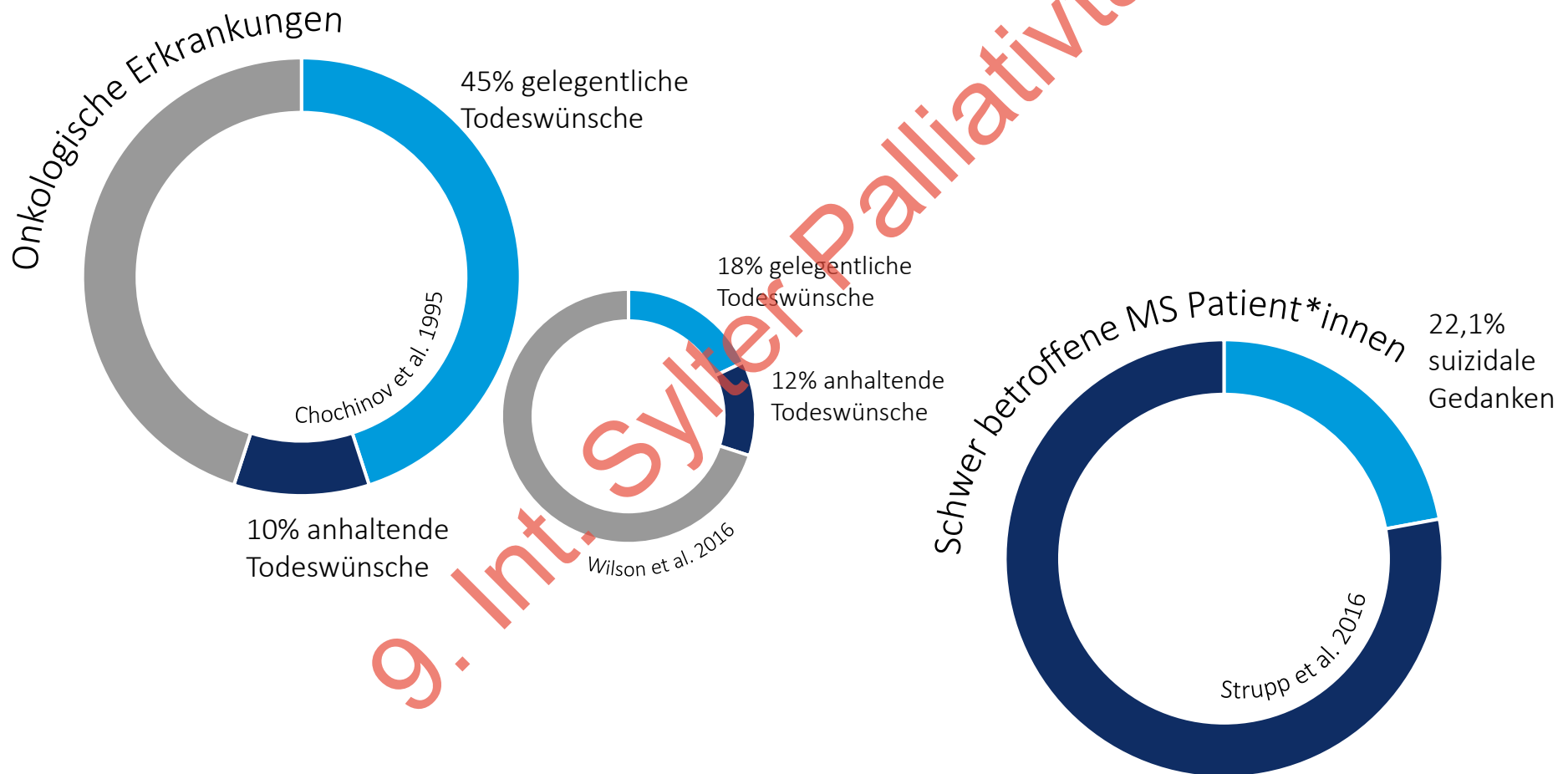
Aktuelle Situation

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

9. Int. Sylter Palliativtage

Aktuelle Situation - Prävalenz

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



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 Suizidassistentz 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

Geschäftsführender
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

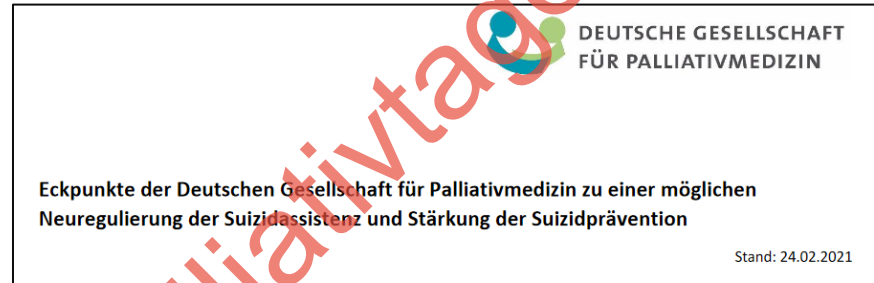
Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft

19.02.2021



UNIKLINIK
KÖLN

Aktuelle Situation in Deutschland II



- Regelung zur **Suizidassistentz** 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

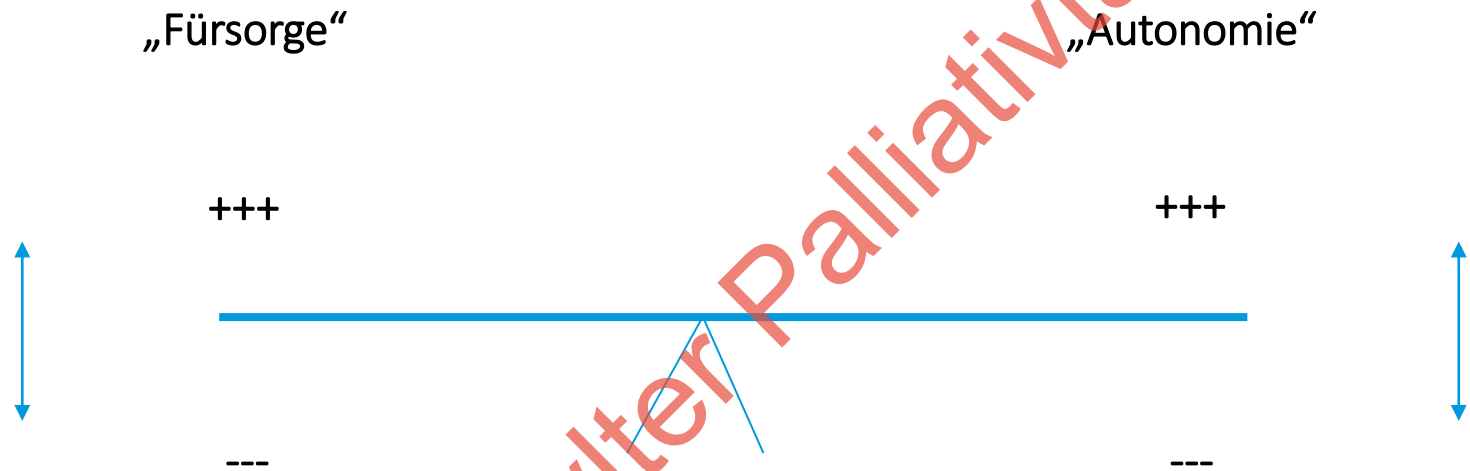


- Aus dem Urteil des BVerG ist **kein neuer Auftrag für Einrichtungen der Hospizarbeit und Palliativversorgung** abzuleiten.
- Das **Selbstverständnis der Hospizbewegung** beinhaltet eine **Ablehnung** der Tötung auf Verlangen und [...] der Beihilfe zum Suizid.
- Papier will **Orientierung** geben, um 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 – Positionierung auf verschiedenen Ebenen



Aktuelle Situation in Deutschland VI – Wo stehen wir?



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)



Leitlinienprogramm
Onkologie

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.

9. Int. Sylter Palliativtage

Todeswünsche in der Palliativversorgung

Aktuelle Situation

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

9. Int. Sylter Palliativtage

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...“

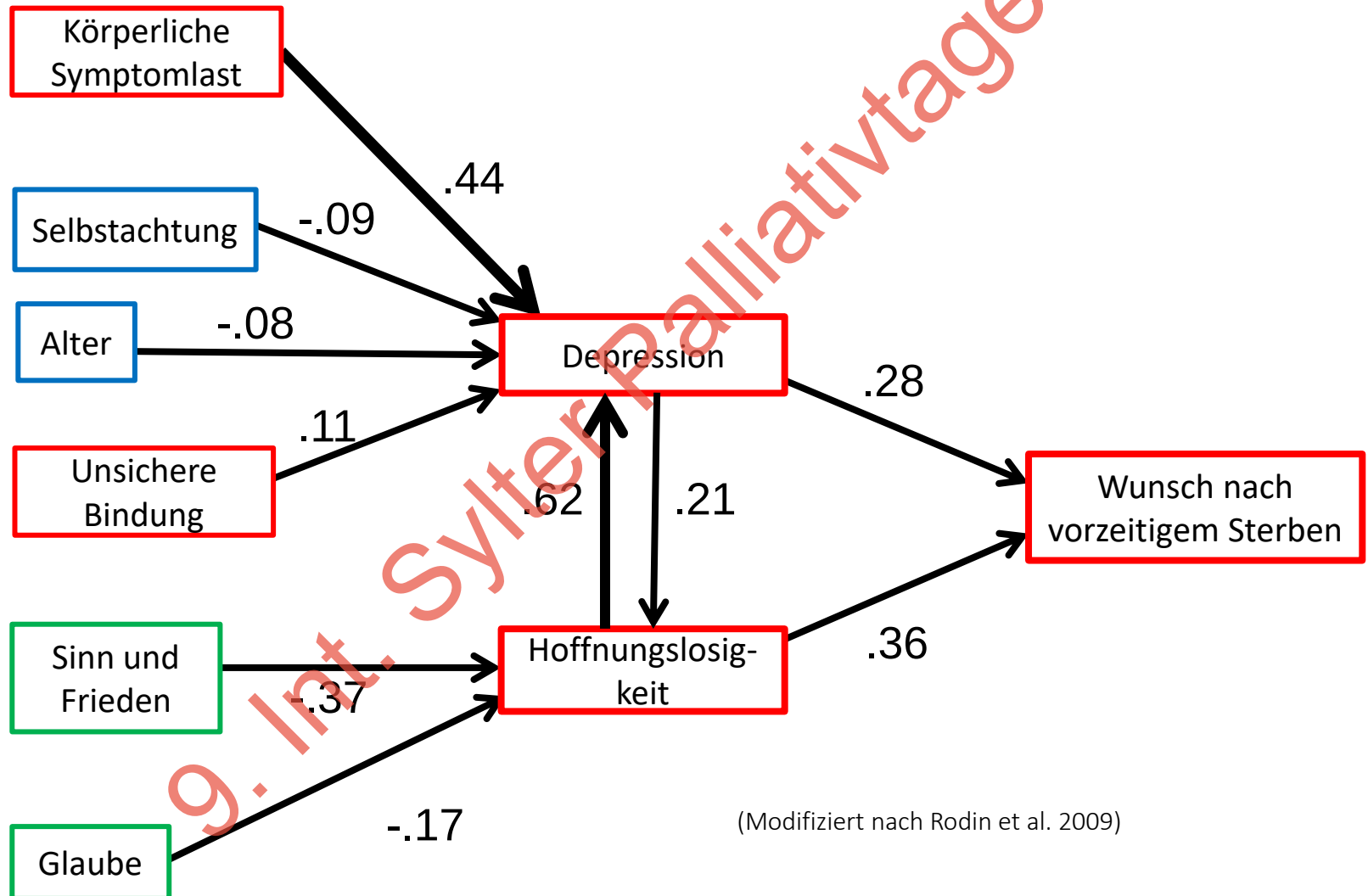
„...ich möchte leben, oh mein Gott...“ – Patient bricht in Tränen aus

„...bis gestern habe ich nur an meinen Tod gedacht...

seit unserem Gespräch denke ich wieder über mein Leben nach...“

(Voltz et al., 2010)

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

Sprechen über Todeswünsche

Gesprächsleitfaden und Schulung

Auswirkungen von Gesprächen zum Thema

9. Int. Sylter Palliativtage



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 Kreimeike
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

9.

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“
- › Diese 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

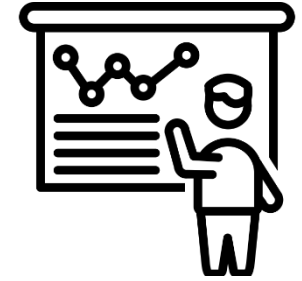
- › Auf Anzeichen eigener seelischer Belastung achten
- › Auf eigene Ängste achten
- › Auf eigene wunde Punkte achten
- › Möglichkeiten zur eigenen Entlastung nutzen
- › Unterstützung aus dem Team oder von Vorgesetzten einholen
- › Interne oder externe Supervision

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

Notizen und Ergänzungen



Schulung zum Umgang mit Todeswünschen



- › Ziel: Verbesserung von **Selbstsicherheit, Wissen, Haltung** und **Fähigkeiten** der Versorgenden im Umgang mit Todeswünschen.
- › Inhalte:

Modul	Inhalt
1	Praxis- Austausch
2	Eigene Haltung, Normen und Werte
3	Wissenschaftliche Perspektive und Leitfaden
4	Reflexion zum eigenen Umgang
5	Umgang mit Todeswünschen – praktische Übung
6	Selbstschutz

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen II

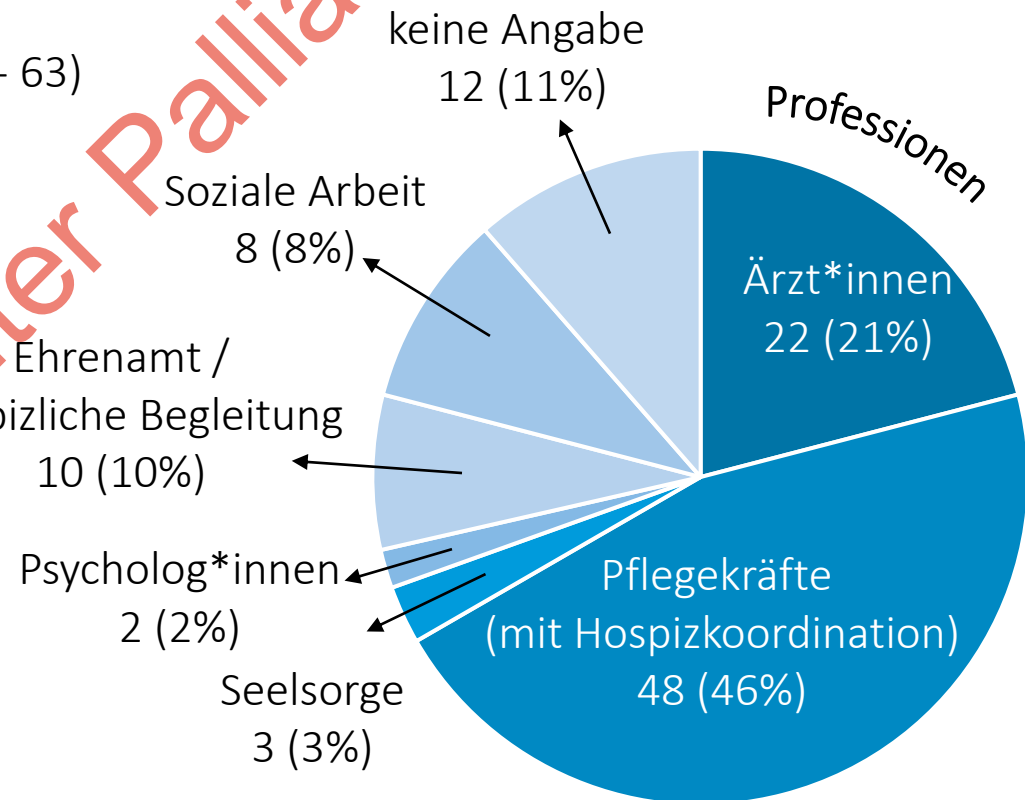
Insgesamt haben **104 multiprofessionelle Versorgende** aus unterschiedlichen Settings an insgesamt **12 Schulungen** im Zeitraum von 03/2018 – 01/2020 teilgenommen.



› Alter Ø 48 Jahre (28 - 63)

› 76% weiblich

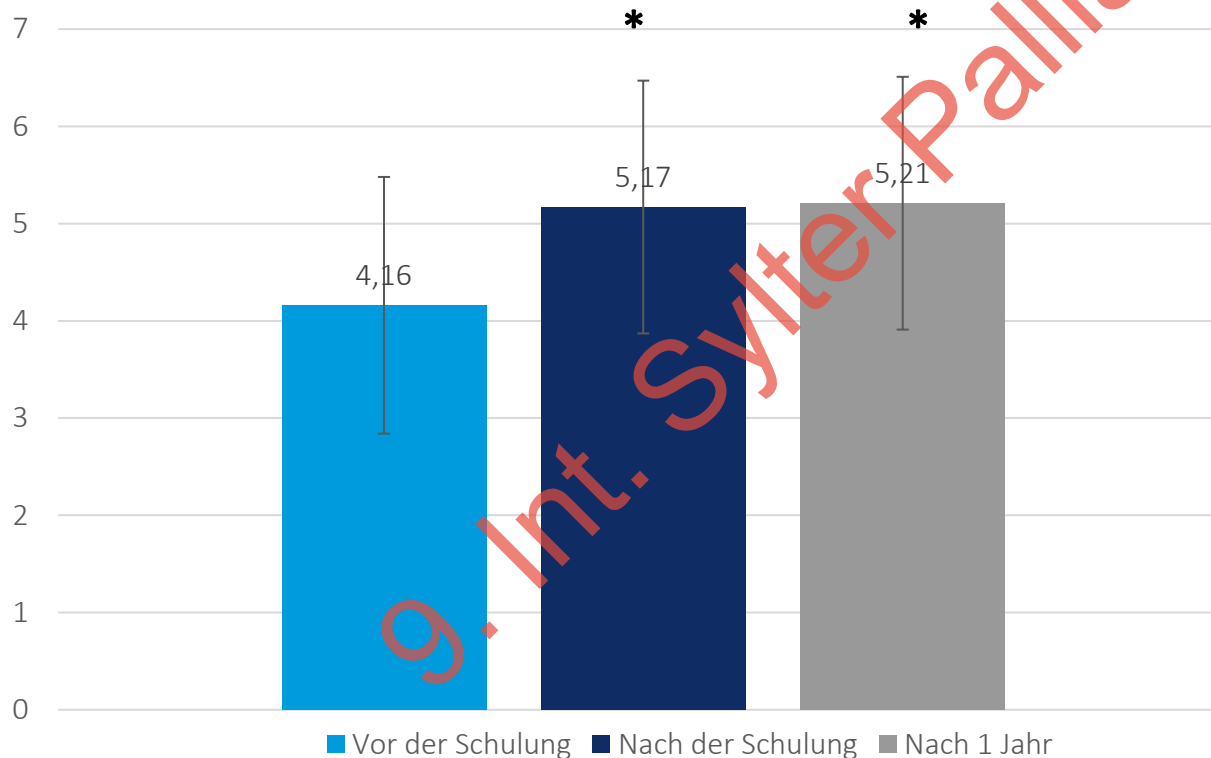
› Durchschnittliche **Erfahrung in der Palliativversorgung** oder mit **Todeswünschen**: 12 Jahre



Schulung zum Umgang mit Todeswünschen III



Wie sicher fühlen Sie sich, mit einem Patienten über seinen Todeswunsch zu sprechen?



Effektstärke

- › Vor der Schulung –
Nach der Schulung ($n=85$)
Cohens $d = 0.74$
- › Vor der Schulung –
Nach 1 Jahr ($n=65$)
Cohens $d = 0.72$

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen IV



20 von 21 Fragen zeigen eine signifikante Verbesserung zwischen t0 und t1 / t2.

Subskala	Frage	t0 (N = 86)	t1 (N = 86)	t2 (N = 55)
Fähigkeit	Die Besprechung von Todeswünschen ist mir aus Zeitmangel nicht möglich.	2,03 (+/- 1,1)	2,01 (+/- 1)	2,07 (+/- 1,1)
	Ich bin nicht in der Lage, das Thema Todeswunsch mit dem Patienten von mir aus (proaktiv) anzusprechen.	2,4 (+/- 1)	2,11 (+/- 1,1)*	1,78 (+/- 0,9)*
	Ich bin in der Lage, verschiedene Handlungsweisen einzusetzen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,85 (+/- 1,1)	3,89 (+/- 0,8)*	4,03 (+/- 0,8)*
	Mir gelingt es, mich nicht zu überlasten, wenn Patienten Todeswünsche äußern.	3,25 (+/- 0,9)	3,77 (+/- 0,8)*	4,00 (+/- 0,9)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, bespreche ich diesen mit dem Patienten näher.	3,88 (+/- 1)	4,38 (+/- 0,6)*	4,42 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, den Patienten mit seinem Todeswunsch anzunehmen.	4,06 (+/- 0,9)	4,42 (+/- 0,8)*	4,59 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, mit einem Patienten mit Todeswunsch in Beziehung zu bleiben.	4,00 (+/- 0,9)	4,37 (+/- 0,9)*	4,54 (+/- 0,8)*
Wissen	Ich kenne mehrere mögliche Hintergründe eines Todeswunschs.	3,68 (+/- 1)	4,45 (+/- 0,8)*	4,30 (+/- 0,9)*
	Ich kenne verschiedene Handlungsweisen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,80 (+/- 1,1)	4,02 (+/- 0,9)*	4,12 (+/- 0,8)*
	Ich kenne verschiedene mögliche Funktionen von Todeswunschaussagen.	3,11 (+/- 1,2)	4,35 (+/- 0,8)*	4,20 (+/- 0,9)*
	Ich kenne die aktuelle Rechtslage zu ärztlich assistiertem Suizid, Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen.	3,16 (+/- 1,2)	4,47 (+/- 0,9)*	4,17 (+/- 1)*
	Ich bin mir unsicher bezüglich meiner Sorgfaltspflichten bei suizidgefährdeten Patienten.	2,91 (+/- 0,9)	2,22 (+/- 1,1)*	2,49 (+/- 1,1)*
	Ich kenne Kernpunkte relevanter Empfehlungen zum Umgang mit Todeswunsch.	2,43 (+/- 1)	3,98 (+/- 0,8)*	3,95 (+/- 0,9)*
	Ich kenne Anzeichen, die auf eine akute Suizidalität des Patienten hinweisen.	3,30 (+/- 0,9)	3,85 (+/- 0,9)*	3,90 (+/- 0,9)*
	Ich erkenne Anzeichen meiner eigenen Überlastung im Umgang mit Todeswünschen.	3,64 (+/- 1)	4,03 (+/- 0,8)*	4,14 (+/- 0,9)*
Haltung	Ich bin mir meiner eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch nicht bewusst.	2,40 (+/- 1,2)	1,79 (+/- 1,2)*	1,59 (+/- 0,9)*
	Ich bin mir meinen Befürchtungen im Umgang mit Patienten mit Todeswunsch bewusst.	3,57 (+/- 0,9)	4,05 (+/- 0,8)*	4,14 (+/- 0,9)*
	Ich fühle mich unwohl, mit dem Patienten über seinen Todeswunsch zu sprechen.	2,41 (+/- 1)	1,91 (+/- 0,9)*	2,03 (+/- 0,9)*
	Ich habe Angst, dass mir ein Gespräch mit einem Patienten über seinen Todeswunsch zu nah geht.	2,25 (+/- 0,9)	2,01 (+/- 0,8)*	1,65 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, fühle ich mich hilflos.	2,48 (+/- 0,9)	2,02 (+/- 0,9)*	1,59 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, würde ich am liebsten aus der Situation flüchten.	1,90 (+/- 0,9)	1,73 (+/- 0,9)*	1,36 (+/- 0,6)*

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen V



Versorgende hatten zu t2 die Möglichkeit, Freitextkommentare zu verschiedenen Fragen abzugeben:

Frage 2

Gibt es **Veränderungen in Ihrer täglichen Praxis**, die Sie auf Ihre Teilnahme an der Schulung zum Umgang mit Todeswünschen zurückführen?

Falls ja, bitte beschreiben Sie diese. Notieren Sie neben Änderungen im **praktischen Handeln** auch gerne Änderungen in Ihrer **Haltung**, **neue Ideen**, eine **veränderte Beziehung** zu Ihren Patienten etc.

Ich komme immer mehr zu dem Schluss, dass es nicht "Todeswunsch" genannt werden darf, sondern „So-nicht-mehr-Leben-wollen“-Wunsch. Das habe ich auch als entlastende Unterscheidung in Gesprächen bemerkt, die Erlaubnis des Gefühls, so nicht mehr leben zu wollen, zu geben. Die meisten Menschen in diesen Situationen haben diesen Wunsch und nehmen die Kehrseite, den Tod, in Kauf, aber nicht als Wunsch.

55-jähriger Seelsorger

Sprechen über Todeswünsche

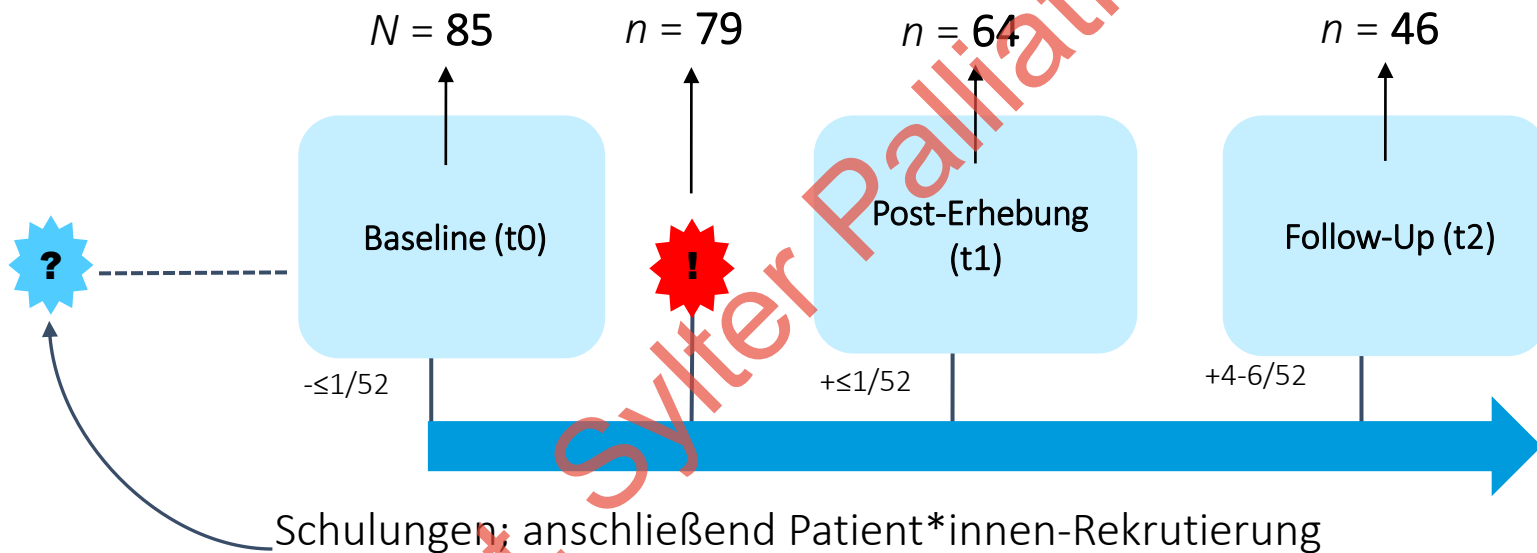
Gesprächsleitfaden und Schulung

Auswirkungen von Gesprächen zum Thema

9. Int. Sylter Palliativtage

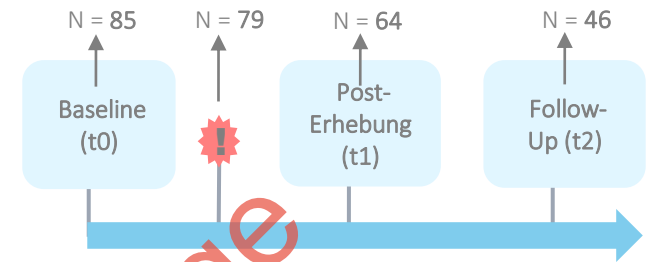
Evaluation einer Gesprächsintervention

- › 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**).

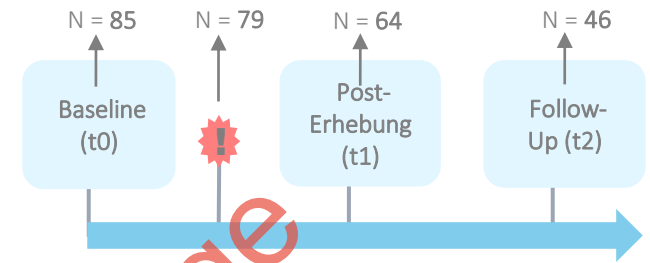
Evaluation einer Gesprächsintervention II



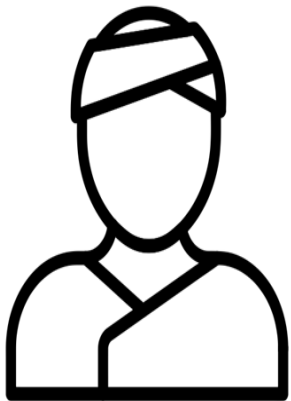
- › Fragebogenerhebung zu 3 Zeitpunkten durch wissenschaftliche* n Mitarbeiter*in
- › Setting und Tageszeit nach Wunsch der Patient*innen

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.	

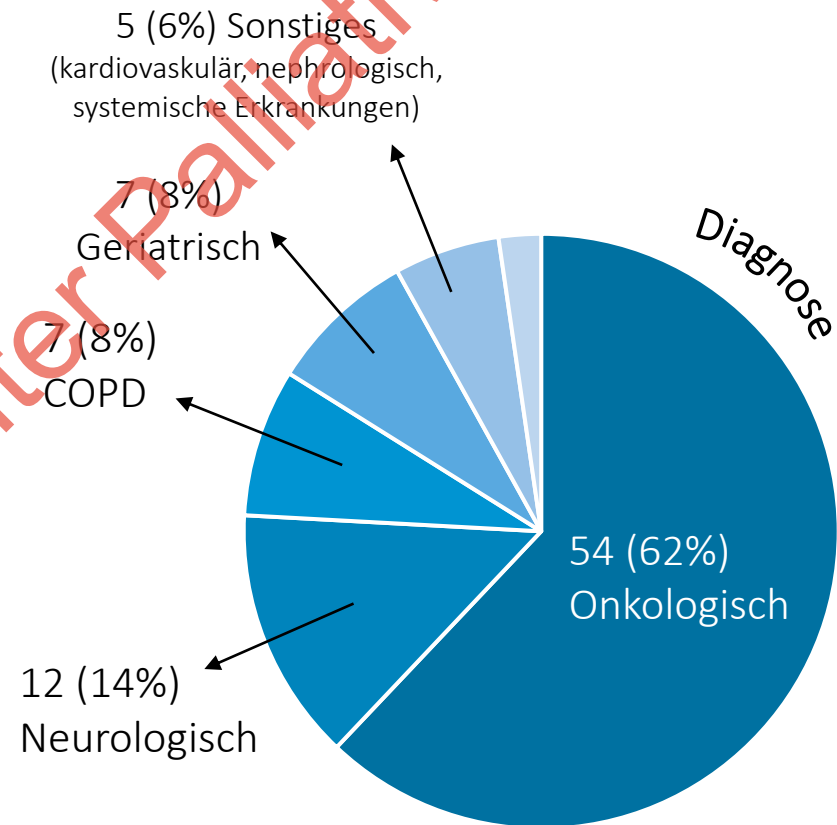
Evaluation einer Gesprächsintervention III



Patient*innen zur Baseline-Erhebung

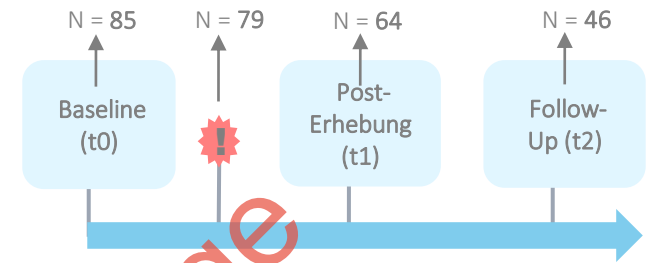


- › Alter Ø 69 (40 – 96)
- › 57% weiblich

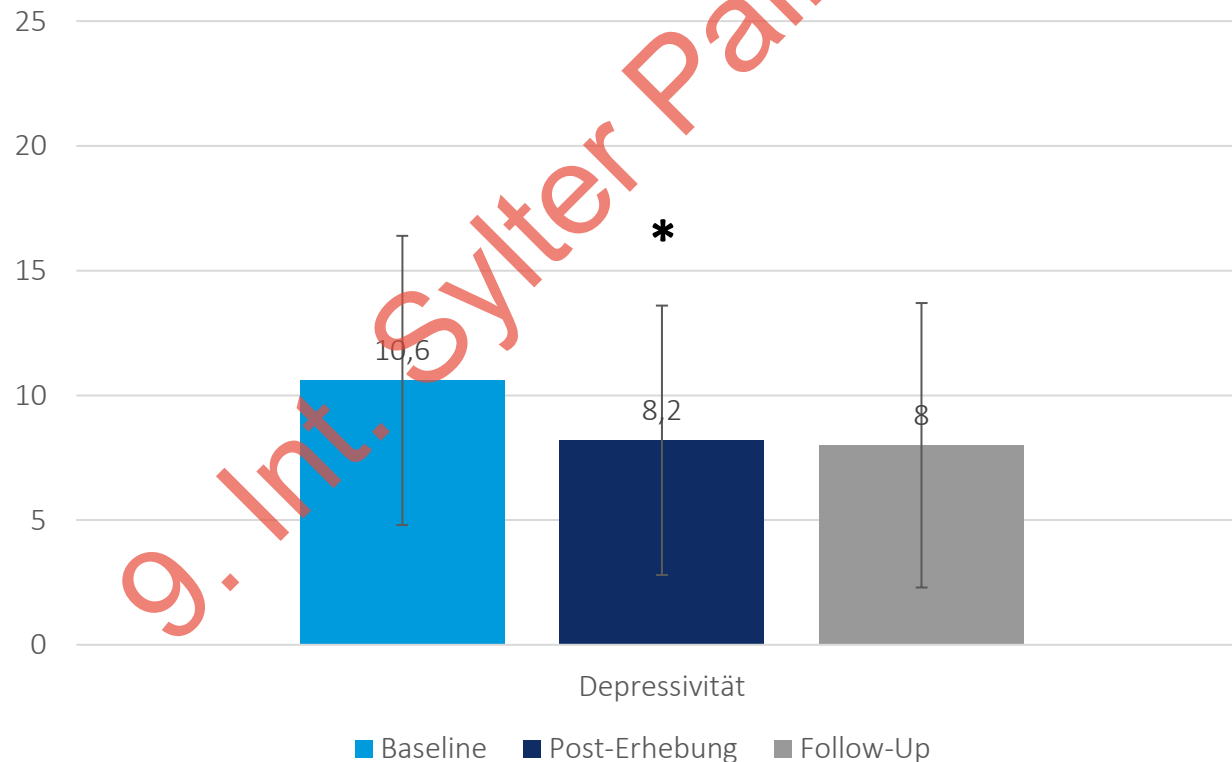


9. Int. Sylter Palliativtage

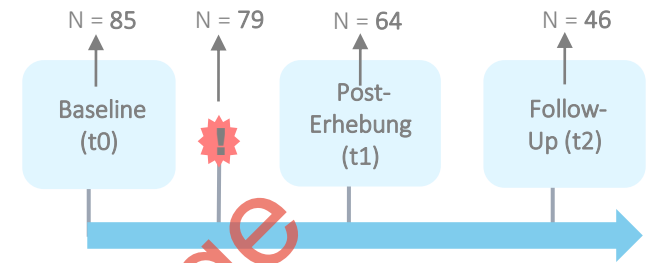
Evaluation - Depression



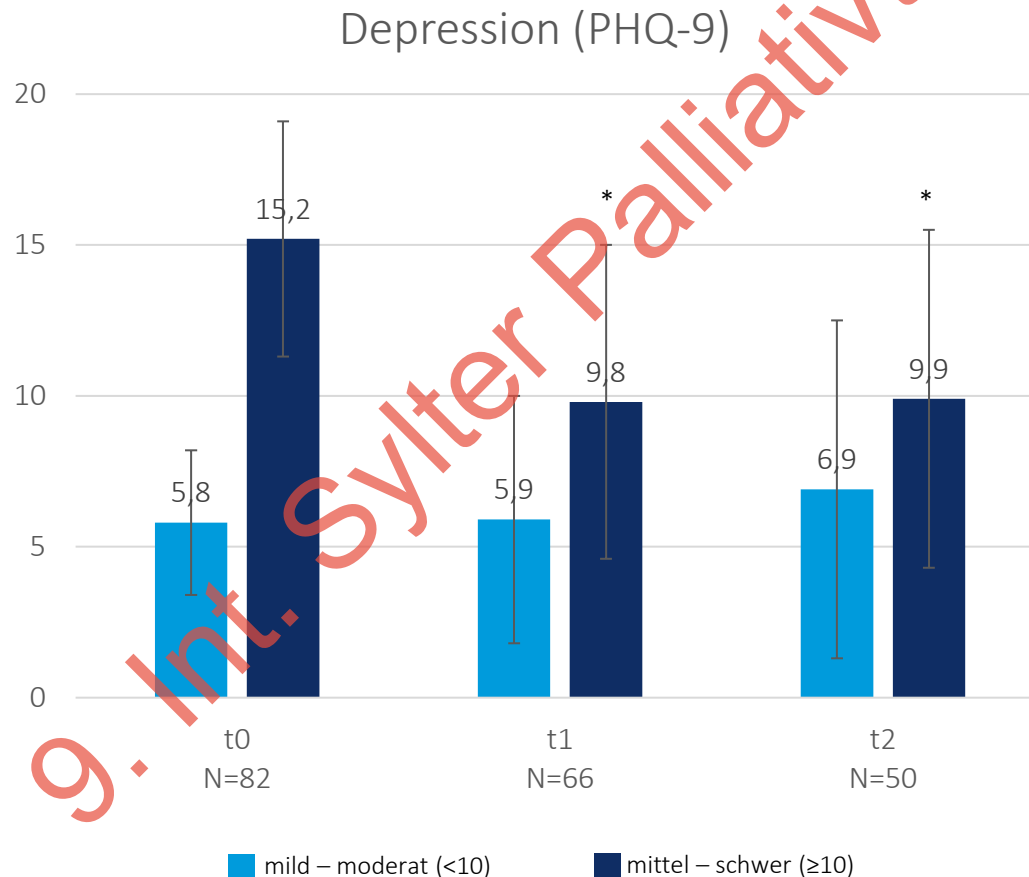
- › Durchschnittlich mittelgradige Depressivität mit signifikanter Verringerung zwischen t0 und t1 ($p = .002$) mit einem kleinen bis mittelgroßen Effekt (Cohens $d = 0,43$).
- › Der Effekt ist zwischen t0 und t2 nicht mehr signifikant.



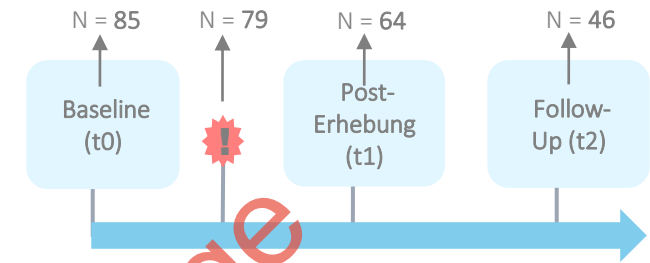
Evaluation – Depression (mild vs. schwer)



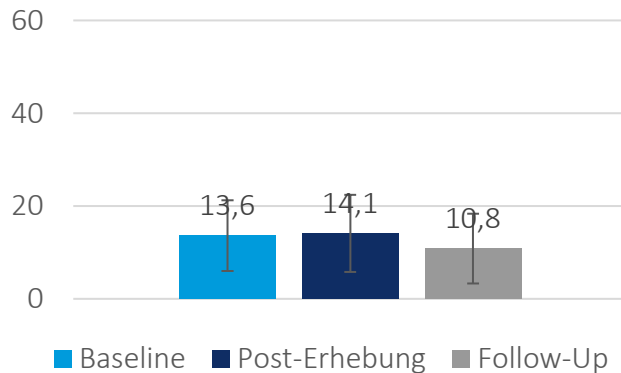
- › Effekt bleibt in der Gruppe der schweren Depressionen auch zu t2 signifikant



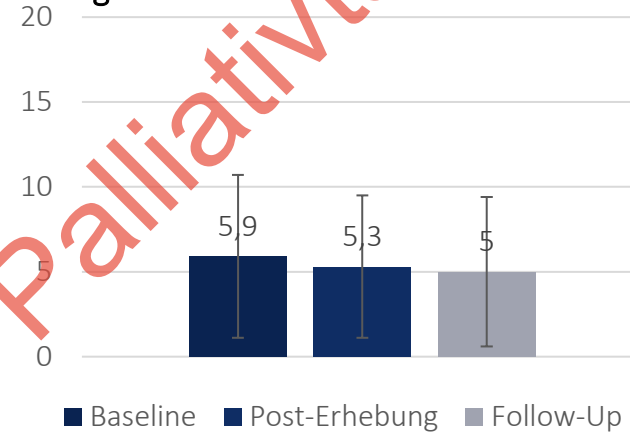
Evaluation weiterer Outcomes



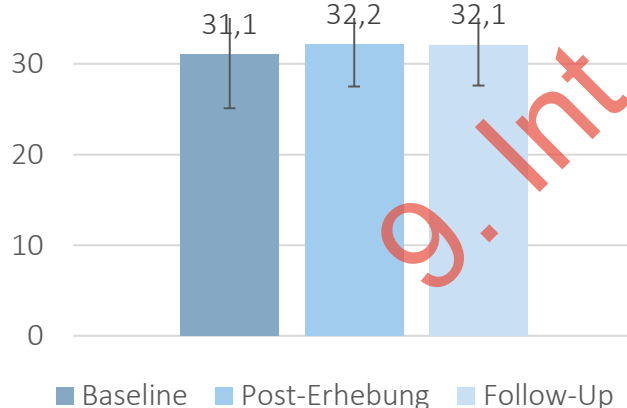
- › Positive Trends ohne signifikante Veränderungen bei...
- › Angst vor Sterben und Tod



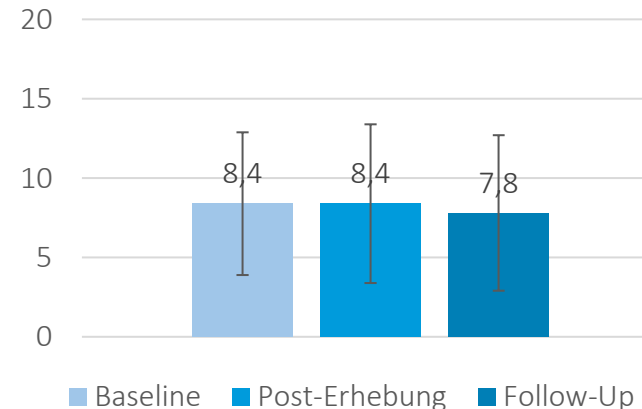
- › Vorzeitiger Todeswunsch



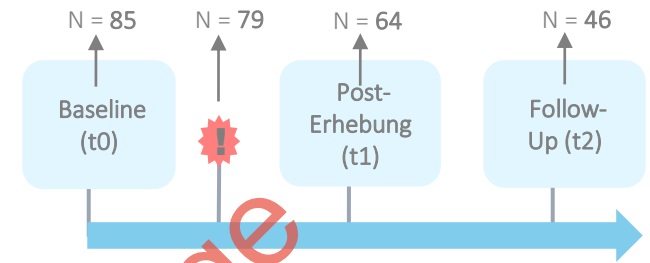
- › Versorgungsbefriedigung



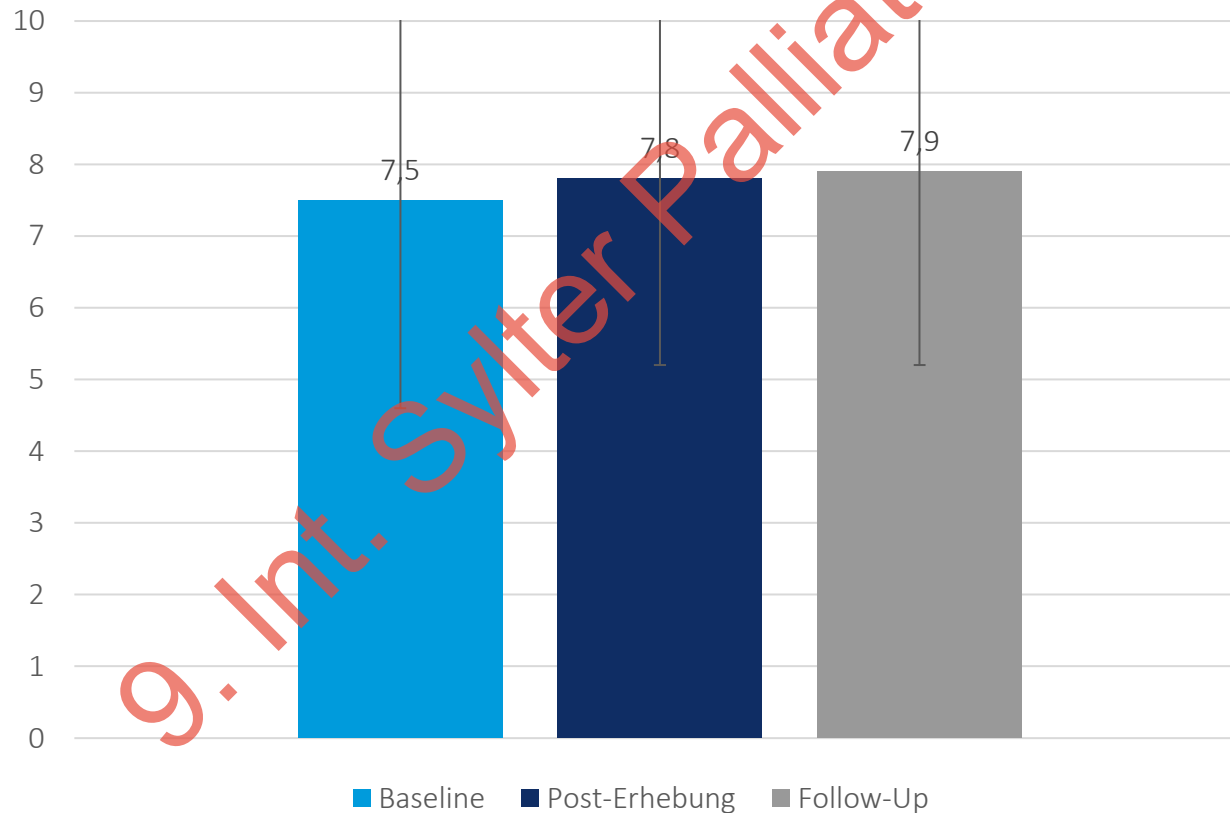
- › Hoffnungslosigkeit



Evaluation - Lebenswille

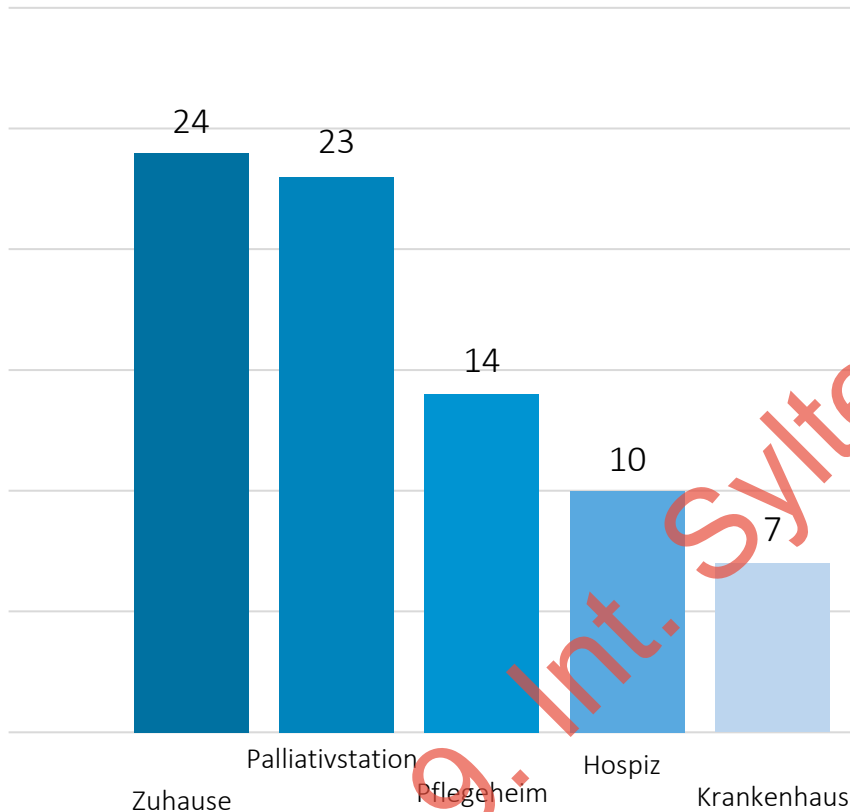


- › Ebenfalls positiver Trend ohne signifikante Veränderungen



Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche

Wo fanden die Todeswunsch-Gespräche statt?



Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen
(Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des
Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche



- › In **61 (79%)** der Todeswunsch-Gespräche haben die **Versorgenden** das Thema **proaktiv** angesprochen.
- › In **16 (21%)** der Gespräche sprachen **Patient*innen** das Thema von sich aus an.

Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen /Thematisierung
Todeswünsche

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des
Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

9. Int. Sylter Palliativtage

Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche



- › Laut Einschätzung der Versorgenden lag bei **18 (23%)** ein **Todeswunsch** vor. **59 (77%)** berichteten **keinen Todeswunsch**.

Versorgender spricht über Patientin

Sie war sehr offen, hat sich damit identifizieren können, hat mir auf alle Fragen geantwortet, sie hat viel aus der Vergangenheit erzählt, viel gelacht und war auch zwischendurch sehr berührt und ruhig.

Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen (Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

Dokumentation der Todeswunsch-Gespräche

Besonders **gut** wurde **bewertet**

- › Klärung / Kompromissfindung
- › Einbezug der Familie
- › Offenheit des Gesprächs
- › Positive Einstellung der Patient*innen
- › Gestärkte Beziehung

Versorgende spricht über Patient

Ich hatte das Gefühl, dass die Patientin dies als sehr entlastend empfand, da sie mir auch sagte, dass sie eigentlich mit niemandem bisher darüber habe sprechen können.

Gesprächsdokumentationsbogen

Rahmenbedingungen

Formulierungen (Thematisierung Todeswünsche)

Reaktionen auf Todeswunsch-Ansprache

Besondere Herausforderungen

Besondere Erfolge

Hintergründe & Bedeutungen des Todeswunsches

Funktionen des Todeswunsches

Einordnung des Todeswunsches

Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

Handlungsoptionen

- › **Palliativmedizinische Versorgung optimieren:** z.B. Symptomkontrolle, psychosoziale, spirituelle Begleitung, Ermöglichung daheim zu bleiben
- › **Manualisierte psychologische Interventionen:** z.B. Würdetherapie, CALM
- › **Sterben zulassen:** Patientenwille ausüben
- › **Palliative Sedierung:** intermittierend oder kontinuierlich, verkürzt Leben nicht
- › **Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken**
- › **Tötung auf Verlangen:** auch wenn Durchführung verboten ist, ist Reden darüber legal
- › **Suizidassistentz**

9. Int. Sytler Palliativtage

Handlungsoptionen - Suizidassistentz



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., Dalgleish, 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!

kerstin.kremeike@uk-koeln.de



UNIKLINIK
KÖLN