

Todeswünsche: medizinische und psychotherapeutische Gründe und Hintergründe

Vortrag auf dem Diözesantag Hospiz, 9. Mai 2019, Köln,
Erzbistum Köln, Generalvikariat
Hauptabteilung Seelsorge, Abteilung Seelsorge im Sozial und Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Reinhard Lindner
FG Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie
Institut für Sozialwesen
Universität Kassel

Todeswünsche: medizinische und psychotherapeutische Gründe und Hintergründe

Worüber wir reden: Definitionen

Die Welt der Zahlen: Epidemiologie

Todeswünsche in der Palliativversorgung und Hospizarbeit

Empfehlungen der Leitlinie Palliativmedizin

Todeswünsche am Lebensende: Umgang, Behandlung und Therapie

Der assistierte Suizid

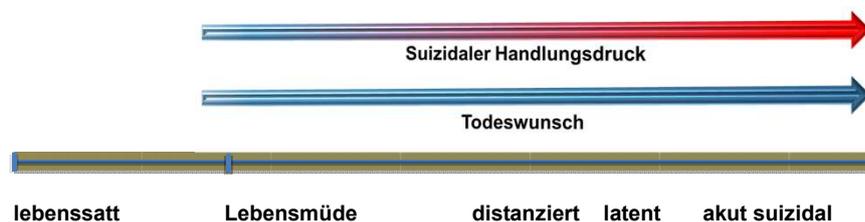
Worüber wir reden: Definitionen

Suizidalität: das gesamte Spektrum von Gedanken, Gefühlen und Handlungen betreffend den Suizid, wie auch Suizidgedanken und suizidales Verhalten

Lebensmüdigkeit: Sterben-wollen, Lebensüberdruß mit geringem Handlungsdruck

Lebenssatttheit: Gefühl, genug gelebt zu haben, im Einklang mit sich selbst bereit zu sein, zu sterben, ohne dies aktiv herbei führen zu wollen

Todeswünsche

... am Lebensende

Was sind Todeswünsche in der Palliativversorgung/Hospizarbeit?

Phänomene bei Menschen mit einer progressiven Erkrankung. Sie manifestieren sich im Wunsch nach baldigem Sterben bzw. danach, tot zu sein

„Wish to hasten death“: eine Reaktion auf ein Leiden im Kontext einer lebensbedrohenden Erkrankung, bei der der Patient keinen anderen Ausweg sieht als ein beschleunigtes Sterben

Sulzidaler Handlungsdruck

	Todeswunsch					
Ohnsorge et al. 2014a, b	Akzeptanz des Sterbens		Wunsch zu sterben: 1) Hoffen aufs Ende 2) Hypothetischer Wunsch nach Beschleunigung 3) Aktueller Wunsch bzw. Handlung			
Balguer et al. 2016	Wish to hasten death (WTHD)					
Nissim et al. 2009	Letting go		Hypothetical exit plan			
Mod. nach Wolfersdorf (2008, 2011, 2012) und Lindner 2006	Lebensattheit	Lebensmüdigkeit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Distanzierte Suizidalität	Latente Suizidalität	Akute Suizidalität

Häufigkeit des Todeswunsches bei Palliativpatienten

Prävalenz

8-22%

Bei 377 onkologischen Patienten

keinen Todeswunsch 69.5%

gelegentliche Gedanken **18.3%**

offensichtlicher und ernsthafter Todeswunsch **12.2%**

Wilson, K.G., et al., (2016). *Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer*. BMJ Support Palliat Care 6(2): 170-7.

Chochinov, H.M. et al. (1995). *Desire for death in the terminally ill*. Am J Psychiatry 152(8):1185-91.

Mystakidou, K. et al. (2006). *The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients*. Psychooncology 15(4): 355-60.

Tierman, E. et al. (2002). *Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer*. J R Soc Med 95(8): 386-90.

Phänomenologie von Todeswünschen

Sterben zulassen als Merkmal eines natürlichen Geschehens

Nicht mehr aushaltbares Leiden durch Herbeiführung des Todes beenden

Eine Bilanzierung mit dem Ergebnis, unnötiges Leiden (zu) beenden mit dem Tod als Schlusspunkt

„Nicht abwarten wollen, bis der Tod kommt“, oder

„lieber die Kontrolle behalten, als diese im Sterben aufzugeben“.

Auslöser und Ursachen von Todeswünschen

Auslöser

körperliche Symptome

psychische Symptome (**Depressivität**, Angst, **Hoffnungslosigkeit**)

soziale Probleme (Isolation / Alleinsein)

Qualität der Beziehungen des Patienten zu ihm wichtigen Menschen

sowie die existentielle, spirituelle, lebensanschauliche Dimension

Ursachen

Persönlichkeit: Wunsch nach Autonomie und Kontrolle, Identitätsverlust, Bindungsstörungen

Verhältnis Todeswunsch zu Suizidalität

Suizidalität

„alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, seien sie bewusst oder unbewusst (und damit in ihrer Bedeutung dem Subjekt primär nicht zugänglich), die auf **Selbsterstörung durch selbst herbeigeführte Beendigung des Lebens** ausgerichtet sind“

Lindner, R. (2006). Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Todeswunsch kann auch ohne den Wunsch, das Leben schneller beenden oder das Lebensende herbeiführen zu wollen, auftreten.

Er kann aber erstes Anzeichen von Suizidalität sein.

Suizidalität differenziert sich durch den **Handlungsdruck**. Todeswünsche ohne Handlungsdruck können trotzdem als Leiden erfahren werden und bedürfen dann der Behandlung. Sie können aber auch stützend erlebt werden, wie eine „Versicherung“ („Wenn es ganz schlimm kommt, dann kann ich immer noch aussteigen“).

Ohnsorge, K., H. Gudat, and C. Rehmman-Sutter (2014). *What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care.* BMC Palliat Care 13: 38.

Die S 3-Leitlinie (LL) „Palliativmedizin für erwachsene Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ im Leitlinienprogramm Onkologie, AG Todeswunsch

Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH).

Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.

Ca. 44 beteiligte Fachgesellschaften

Förderung

Deutsche Krebshilfe e.V.

Wie gehe ich mit Todeswünschen und Suizidalität im der palliativen Situation um?

Positionierung / **Reflektion** auf Seiten des Behandlers/Helfers

spez. Maßnahmen: **Depression abklären, Symptome behandeln, ggf. palliative Hilfen anbieten**

Wunsch nach Kontrolle auf Seite des Patienten explorieren und fördern (=Strategie)

Mögliche Technik: Gemeinsame Reflektion über eigene (Pat.) Kontrollmöglichkeiten (u.a. durch Behandlung nicht beherrschbarer Symptome)

Beziehungen, soziale Netzwerke **explorieren**

→ Bedeutungszusammenhänge erörtern

Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Aussichtslosigkeit, Glaubensverlust: adressieren/explorieren, ggf. aushalten

S3-Leitlinie Palliativmedizin, 2019

Wichtige Empfehlungen

Todeswünsche sind ambivalent und instabil

Haltung: Offenheit, Interesse, Respekt

Todeswünsche sollen direkt angesprochen werden

Inhalte: Verlauf, Ausprägungen, Auslöser, Ursachen

Fragen:

Wie sehen Sie die kommenden Wochen?

Haben Sie schon daran gedacht, einfach alles hinzuschmeißen?

Wie belastet sind Sie durch die Krankheitssituation?

Haben Sie Angst vor dem Sterbeprozess?

Haben Sie Gedanken, sich etwas antun zu wollen?

Haben Sie Gedanken das Leben vorzeitig beenden zu wollen?

Haben Sie Sorge, mit mir über den Gedanken, Ihr Leben vorzeitig zu beenden, zu sprechen?

Hilflosigkeit
Hoffnungslosigkeit
Aussichtslosigkeit
Depressivität
Glaubensverlust

Lebensmüdigkeit Lebensende | Institut für Sozialwesen | 22.01.2019 | Seite 13

Wichtige Empfehlungen

Ziele der Behandlung

- Wahrnehmen und Erkennen
- Verstehen
- Kompetent begleiten
- Suizidprävention

UNIKASSEL
VERSITÄT

Lebensmüdigkeit Lebensende | Institut für Sozialwesen | 22.01.2019 | Seite 14

Wichtige Empfehlungen

Strategien und Techniken

- Empathische Begleitung
- Eigene Gefühle (Gegenübertragung) wahrnehmen und in Zusammenhang mit dem Erleben des Patienten reflektieren
- Erleben von Kontrollverlust erfassen, ansprechen, Kontrollerleben zurückgewinnen
- Medizinische Therapieziele kommunizieren und gemeinsam erarbeiten
- Angehörigen einbeziehen
- Psychiater hinzuziehen
- Aushalten nicht zu umgehenden Leidens

Qualitätssichernde Hilfen

- Supervision / Intervention
- Psychotherapie
- Ethikberatung

Unsicherheit in der Diagnose, Wunsch der Professionellen nach Beratung, perakute Suizidalität

„unter kritischer Abwägung von Nutzen und Schaden die Indikation für eine Einweisung in eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie ...prüfen“

Depressivität

UNIKASSEL
VERSITÄT

Konsequenzen für die Praxis

Todeswünsche sind im palliativen Rahmen ambivalent und instabil

Todeswünsche können und sollen direkt angesprochen werden

Medizinische und psychische Probleme zusammen behandeln

Sich professionell zur Verfügung stellen und begleiten hilft

Bei Schwierigkeiten und Problemen sich selbst Hilfe holen

**Der Wunsch nach assistiertem Suizid
§ 217 StGB, Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung**

(1) 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.

(2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.

Assistierter Suizid: Die Position der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin

„Hilfe beim Sterben, aber nicht Hilfe zum Sterben“

Sterbewünschen, auch Suizidwünschen nicht „entgegenstellen“, sondern „Entlastung bieten“, „Sprechen“, „Konkrete Auseinandersetzung mit den individuellen Problemen und Befürchtungen“, „zusätzliche Unterstützung anbieten“

Es „gehört ... nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten“

Problem der „Dilemma-Situationen“

Verbot ärztlich assistierten Suizids in den Berufsordnungen vereinheitlichen
In begründeten Ausnahmefällen von einer berufsrechtlichen Sanktion der ärztlichen Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid absehen

Nauck F., Ostgathe, C., Radbruch, L. (2014) Dtsch Ärztebl 111(3): A67-71

Assistierter Suizid Die Position der Suizidprävention:

Position der **Suizidprävention** (DGS):

Hilfen, Beratung, Therapie stärken

Position der **Geriatric** (DGG):

Gute ärztliche Begleitung schwerstkranker älterer Patienten bis an ihr Lebensende verbessern

Suizidprävention stärker berücksichtigen

Organisierte Sterbehilfevereine, die kommerzielle Interesse verfolgen verbieten

Die Position der **Psychiatrie** (DGPPN)

Körperliches und psychisches Leid sind untrennbar in einem komplexen Bedingungsgefüge miteinander verbunden

Fürsorge, Empathie und Therapie gilt es zu fördern mit dem Ziel der Hilfe zum Leben

Hilfe zur Selbsttötung kann keine ärztliche Aufgabe sein, schon gar keine ärztliche Pflicht



Bündnisgruppe „Alle Menschen“ für
Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NatiPro)
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)
2015



§ 217 StGB:

Verbot der Suizidbeihilfe, Ärzte und Angehörige gehen aber straffrei aus, wenn sie sich nicht anders zu helfen wissen, Änderungen im BTM-Gesetz, das Ärzten Verschreibung von BTMs zum Suizid nicht verbietet