



UNIKLINIK
KÖLN



Sterbewünsche und Suizidbegehren

Prof. Dr. Raymond Voltz
Zentrum für Palliativmedizin

Öffentliche Anhörung

„Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche“

17.12.2020 | Deutscher Ethikrat - Berlin und virtuell

Eigener Hintergrund

- › FA für Neurologie mit WB Zeit Psychiatrie, ZB Palliativmedizin
- › Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Gründungsmitglied, Vizepräsident 2006-2012
- › Charta zur Verbesserung der Versorgung Schwerkranker und Sterbender: Mitbegründer, Steuerungsgruppe
- › S3 Leitlinie „Palliativmedizin“ im Onkologischen Leitlinienprogramm: Ko-Koordinator, Ko-AG Sprecher: Umgang mit Todeswünschen
- › 10 Jahre Forschung zu „Umgang mit Todeswünschen“ bei Palliativpatienten: u.a. DFG, BMBF: DeDiPOM

DeDiPOM:

Entwicklung eines Gesprächsleitfadens (377 inter/nationale Expert*innen)
Evaluation eines Kompetenztrainings zum Umgang mit Todeswünschen

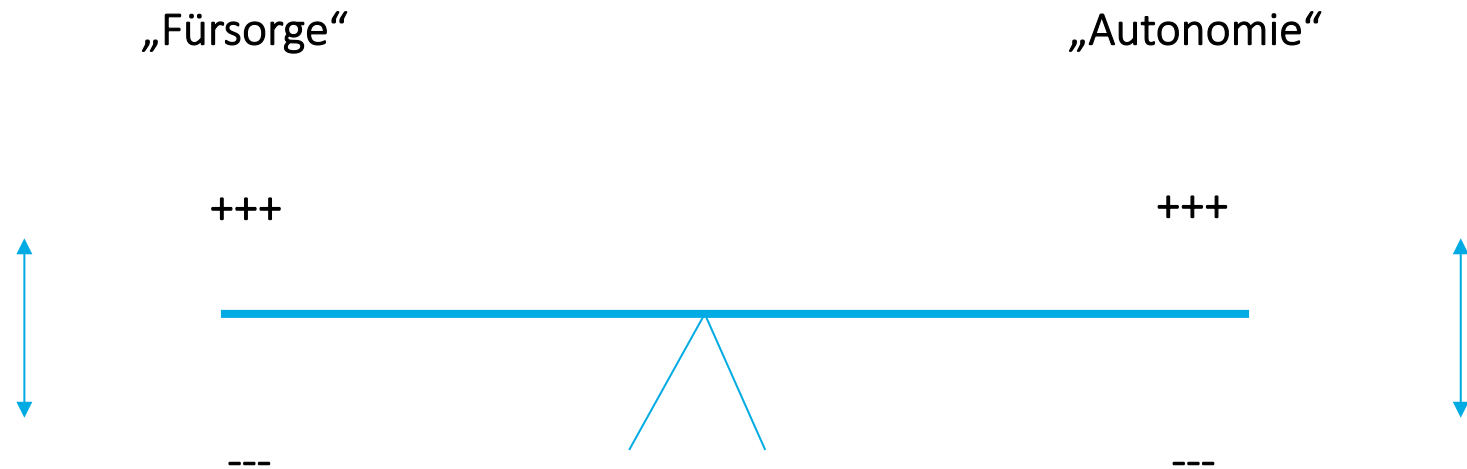
*<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/desire-to-die-in-palliative-care-dedipom/>
Kremeike et al., BMC Pall Care 2018 & 2020*

Frerich et al., Pall Supp Care 2020

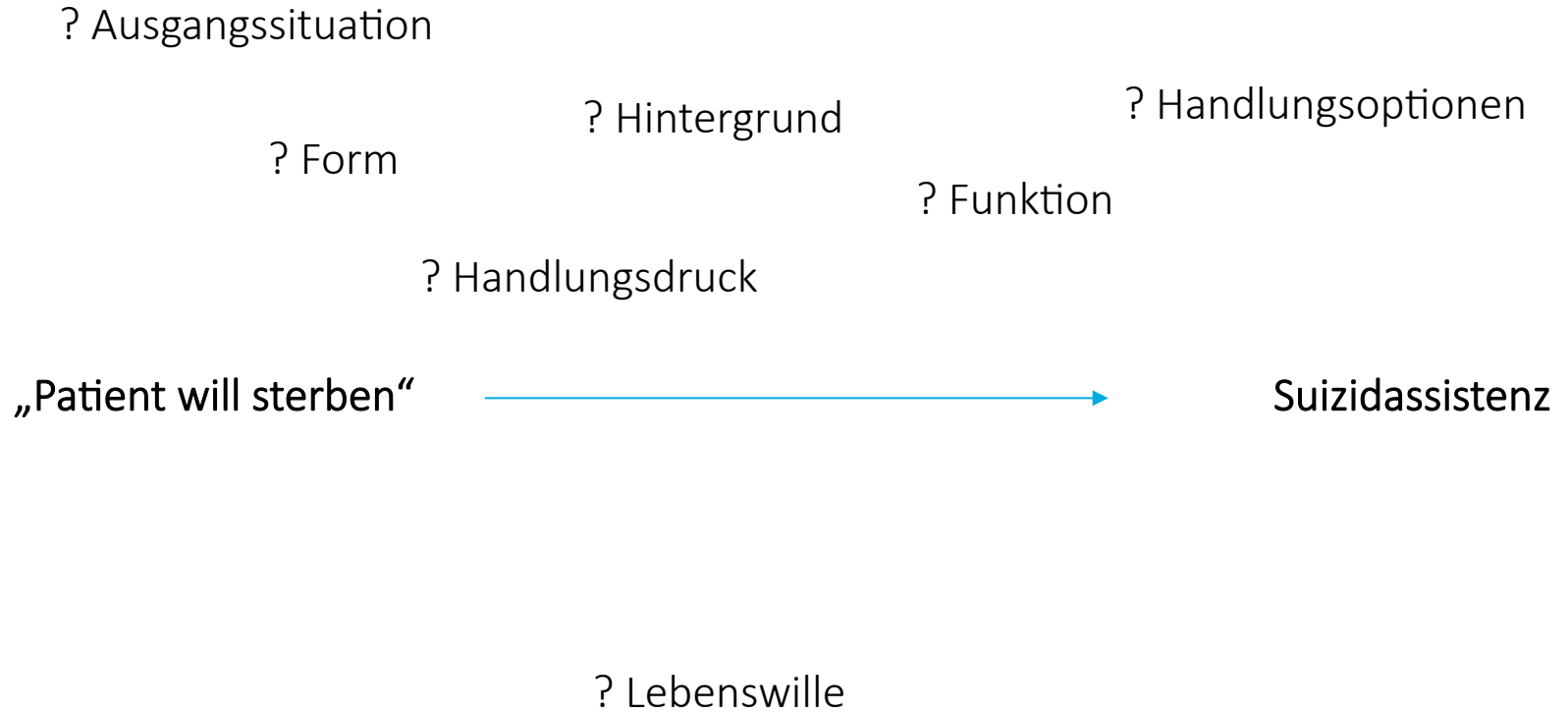


 YouTube „Umgang mit Todeswünschen“

Eigene Position?



Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



Ausgangssituation?

› Somatische Erkrankung:

relativ hohe Suizidraten bei Diagnosestellung (z.B. Krebs, Multiple Sklerose)

relativ rasches Versterben (z.B. Tumorerkrankungen)

erwartete Jahrzehnte mit starken Defiziten (z.B. MS, Parkinson)

...

› Psychische Komorbidität:

Depressives Syndrom

(DD Traurigkeit)

...

› Psychiatrische Erkrankung:

Depression

Angststörung

...

› Gesund:

Bilanz?

Lebensereignis?



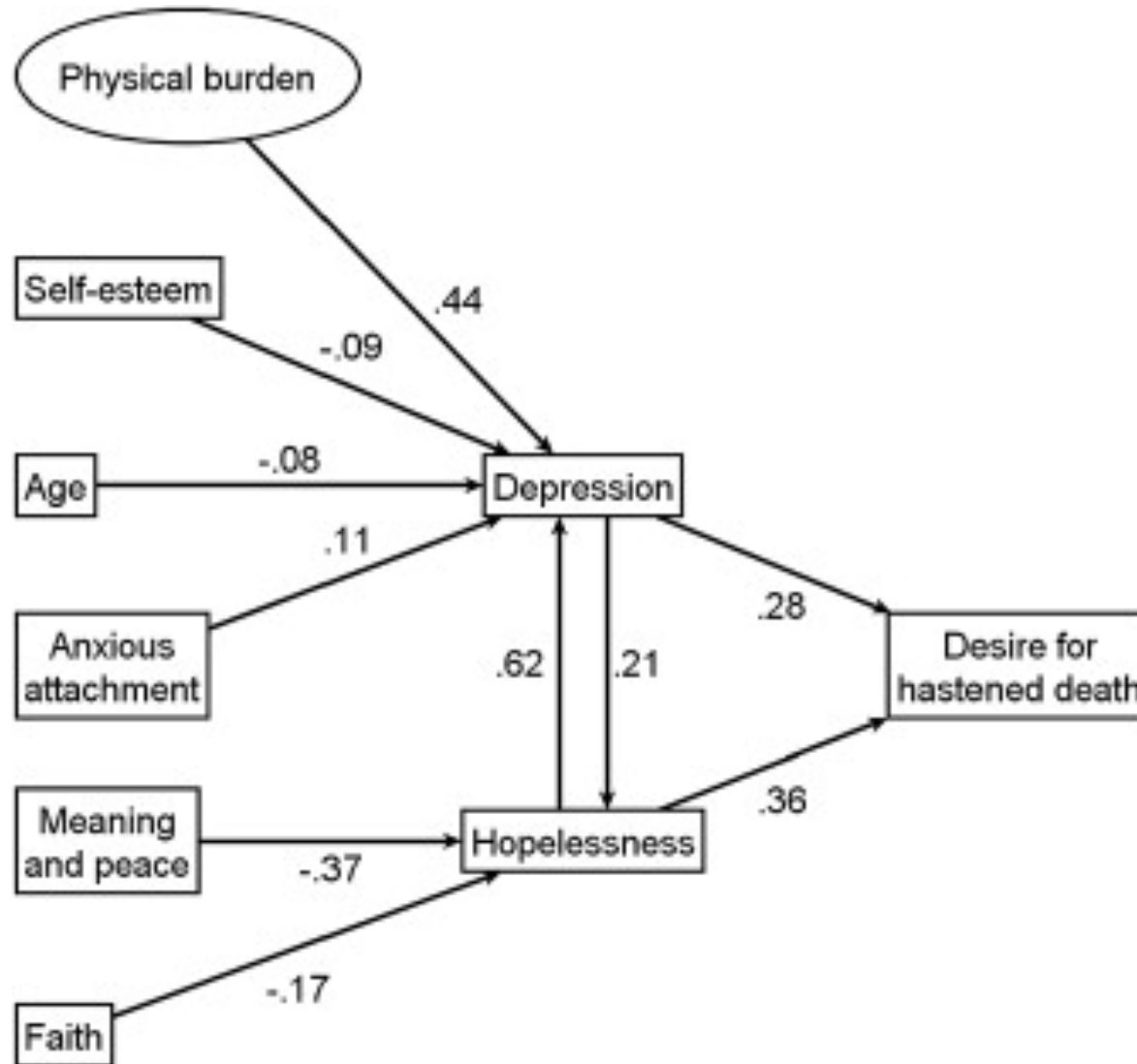
Form und Handlungsdruck?

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	Lebenssatt-heit	Lebensmüdig-keit	Unspezifische Wünsche nach Ruhe	Suizidalität (distanziert	–	latent	–	akut)

Hintergründe?



Funktion?

1. Manifestation eines Lebenswunsches
2. Schwerer Sterbeprozess, vorzeitiger Tod bevorzugt
3. Unerträgliche akute Situation
4. Sich aus unerträglichen und spezifischen Situation entziehen
5. Letzte Kontrolle
6. Aufmerksamkeit bekommen
7. Akt des Altruismus
8. Manipulation der Familie, um Einsamkeit vorzubeugen
9. Schrei der Verzweiflung

	Evidenzbasierte Empfehlung
B	Bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollte</i> im Verlauf das Vorhandensein von Todeswünschen aktiv erfragt werden.
4	Quellen: DGPPN BÄK KBV AWMF, SNS Clinical Practice Guidelines.

Todeswunsch und Lebenswille?

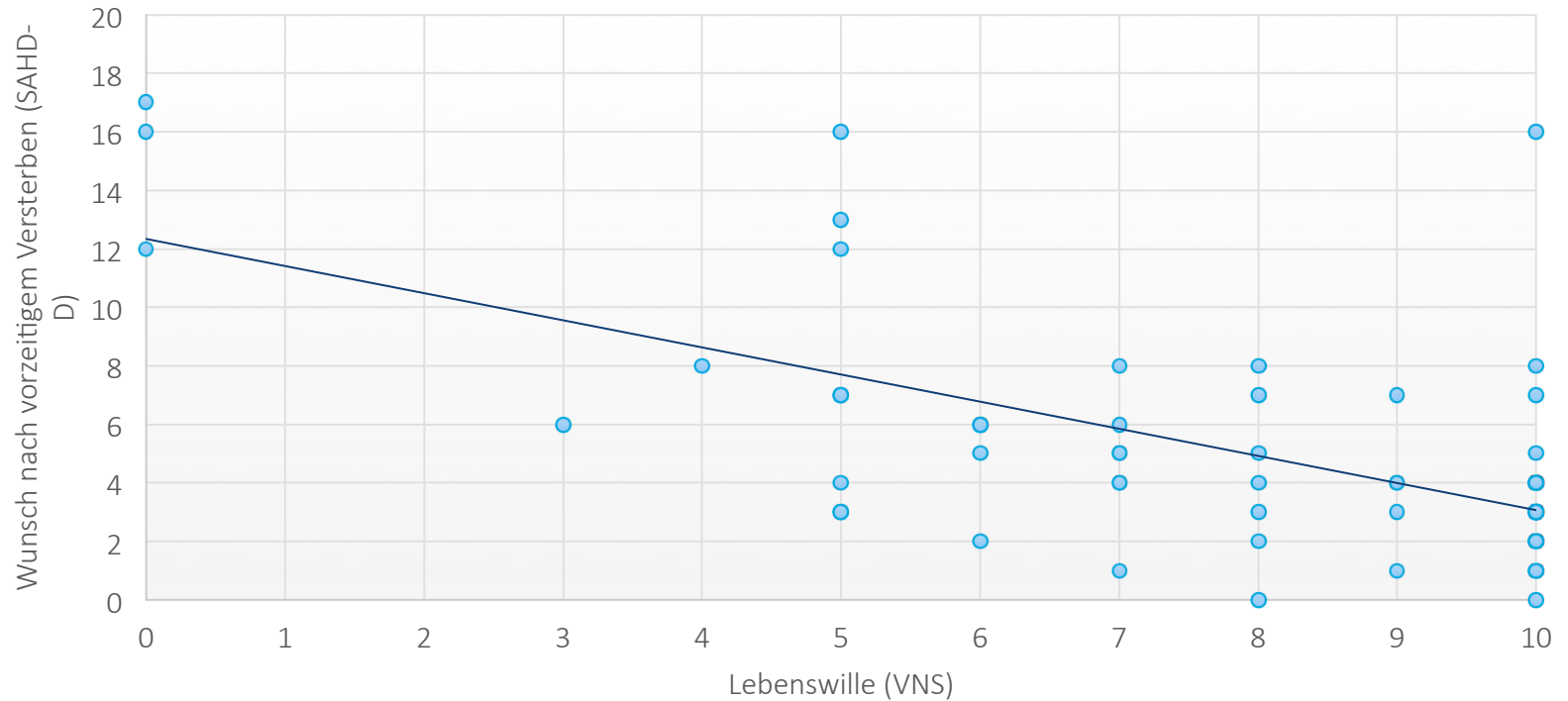
„... wenn mir jemand etwas gäbe und mir sagte – es ist in zwei Sekunden alles vorbei – ich würde es nehmen...“

„...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...“

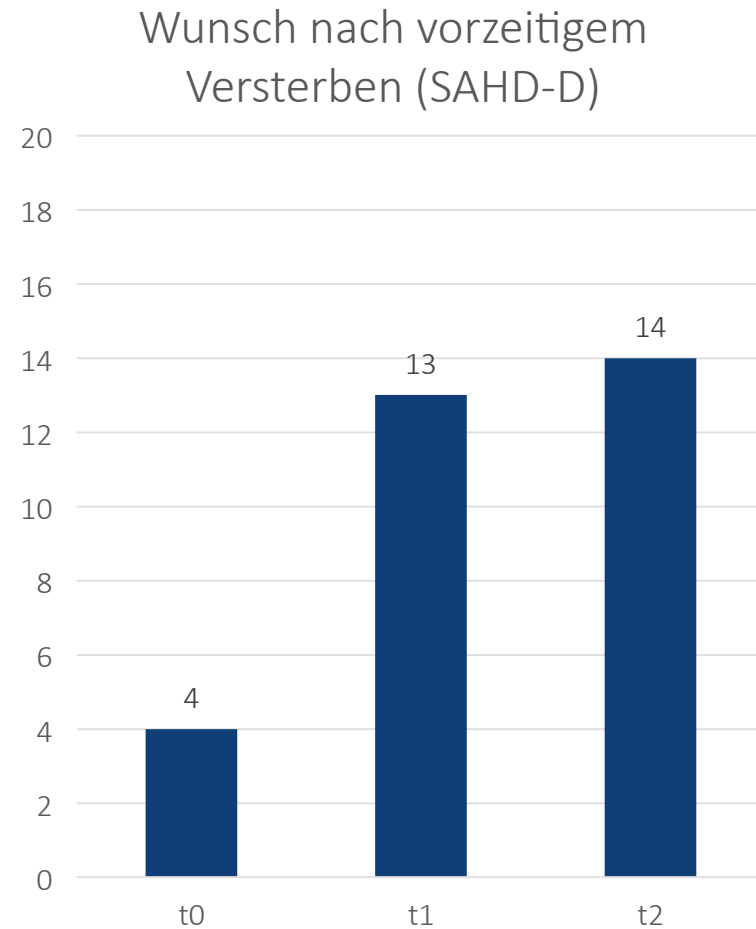
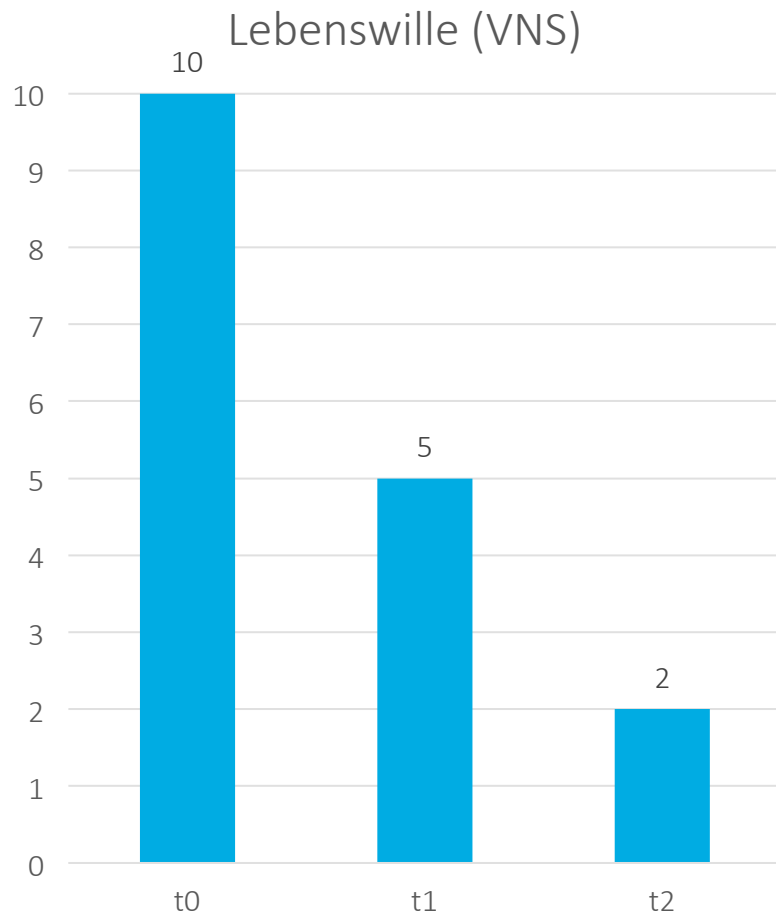
Todeswunsch und Lebenswille?



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

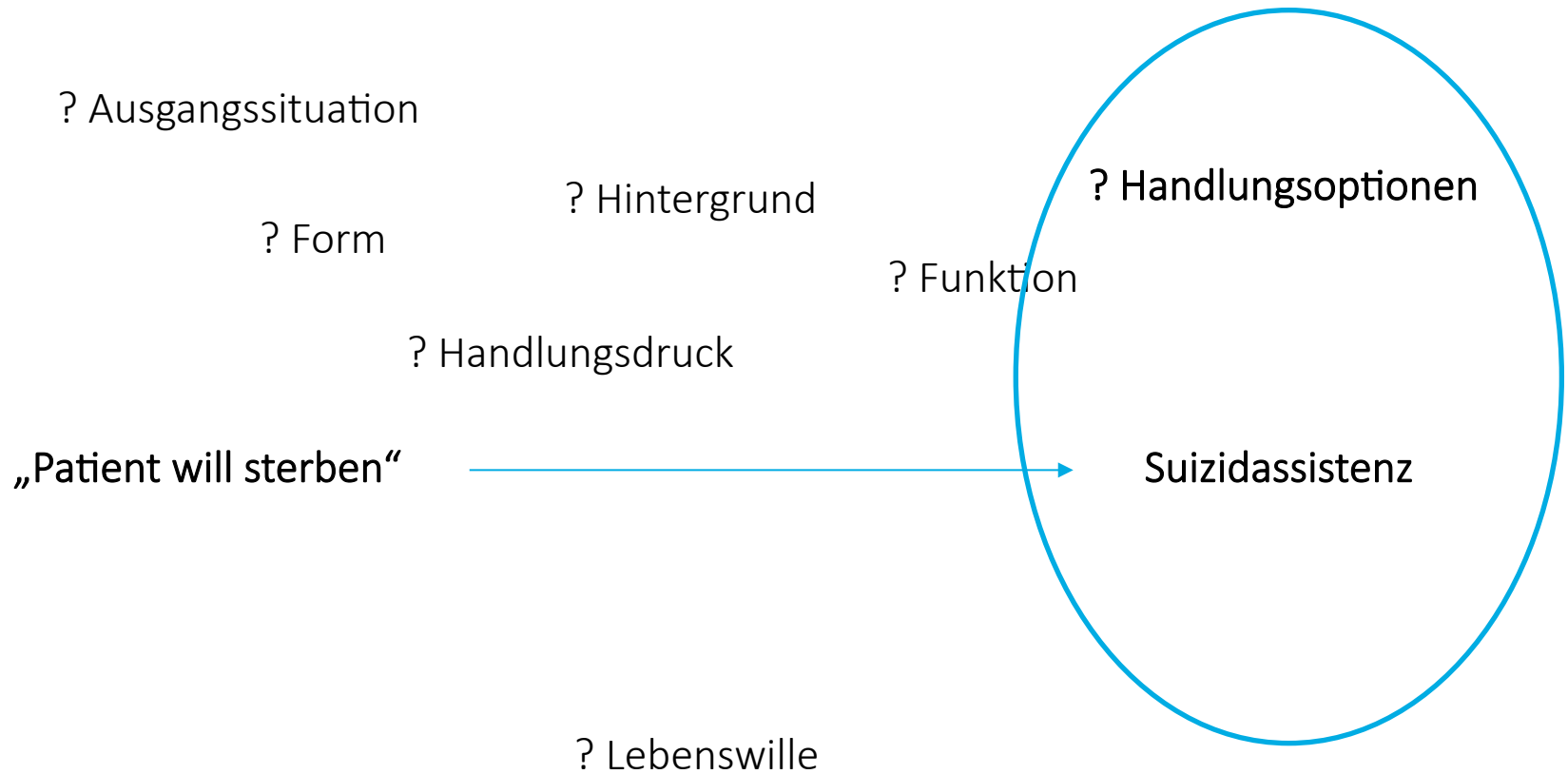
Signifikanz (2-seitig) $p = 0,000$

Todeswunsch und Lebenswille?



61-jährige Patientin mit
Lungenkrebs und COPD

Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



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:** Ethische Einordnung abhängig von Ausgangssituation
- › **Suizidassistenz:** Verantwortung wird auf einen Dritten übertragen
- › **Suizid:** eher im Stillen ausgeführt
- › **Tötung auf Verlangen:** auch wenn Durchführung verboten ist, ist Reden darüber legal



Konsequenzen?

1. Begleitungsgespräche:

- Ziel: gut reflektierte selbstbestimmte Entscheidung vorbereiten
- schaden nicht, nützen oft
- Flächendeckend Kommunikationstrainings anbieten

2. Diagnostikgespräche:

- Ziel: Nachvollziehbarkeit eines Wunsches nach Assistenz beim Suizid dokumentieren
- Zeitliche und personelle Trennung von 1.
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Aspekte

3. Angebote für Angehörige/Trauerbegleitung:

Ziel: Risikofaktoren für komplizierte Trauer reduzieren

4. Lernendes System etablieren:

PDCA Zyklus mit z.B. einheitlicher Dokumentation, Evaluation, Korrekturmöglichkeiten

BVerfG: „Es darf keine Normalität werden“

