



UNIKLINIK
KÖLN



„Umgang mit Todeswünschen in palliativer Versorgung und
hospizlicher Begleitung –
Hintergründe und Handlungsempfehlungen“

Kathleen Boström, M.Sc.

23.04.2024 | Fachtage Suizidprävention | HdB Felix-Fabri-Saal

Agenda

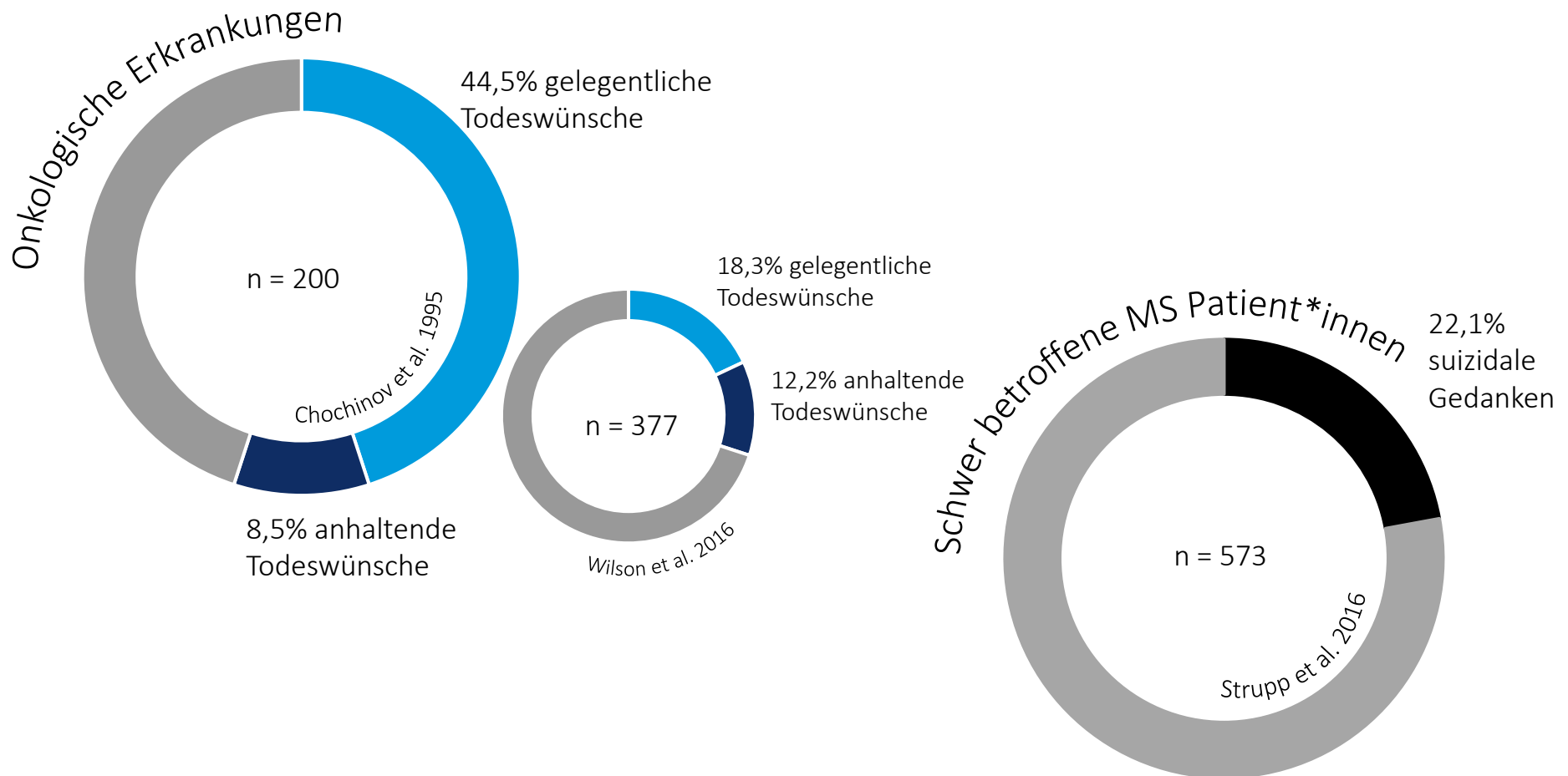
Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Gesprächsleitfaden

Schulung

Prävalenz

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



Äußerungen von Todeswünschen



(Kremeike et al. 2022)

Äußerungen von Todeswünschen II

Schätzchen, reichen die Pillen?

Warum geht es hier nicht wie in den Niederlanden?

Dem Leben ein Ende setzen durch...

Kann man die Fenster auch öffnen?

Es gibt niemanden mehr in meiner Familie. Ich bin allein und will gehen.

Es ist besser für alle, wenn ich gehe.

Sozialer Tod

Ich mache das nur noch für meine Familie.

Todesbilder

Warum bin ich kein Tier, das man einschläfern kann?

Als ich heute Morgen aufwachte, war ich enttäuscht, dass ich noch immer am Leben bin.

Hat der Herrgott mich vergessen?

Spezifische und unspezifische Anspielungen auf Leben, Tod und Sterben

Warum darf der Andere sterben und ich nicht?

Ich kann es nicht mehr aushalten.

Helfen Sie mir doch!

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	Lebenssatt-heit	Lebensmüdig-keit	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)

Aktuelle Situation in Deutschland



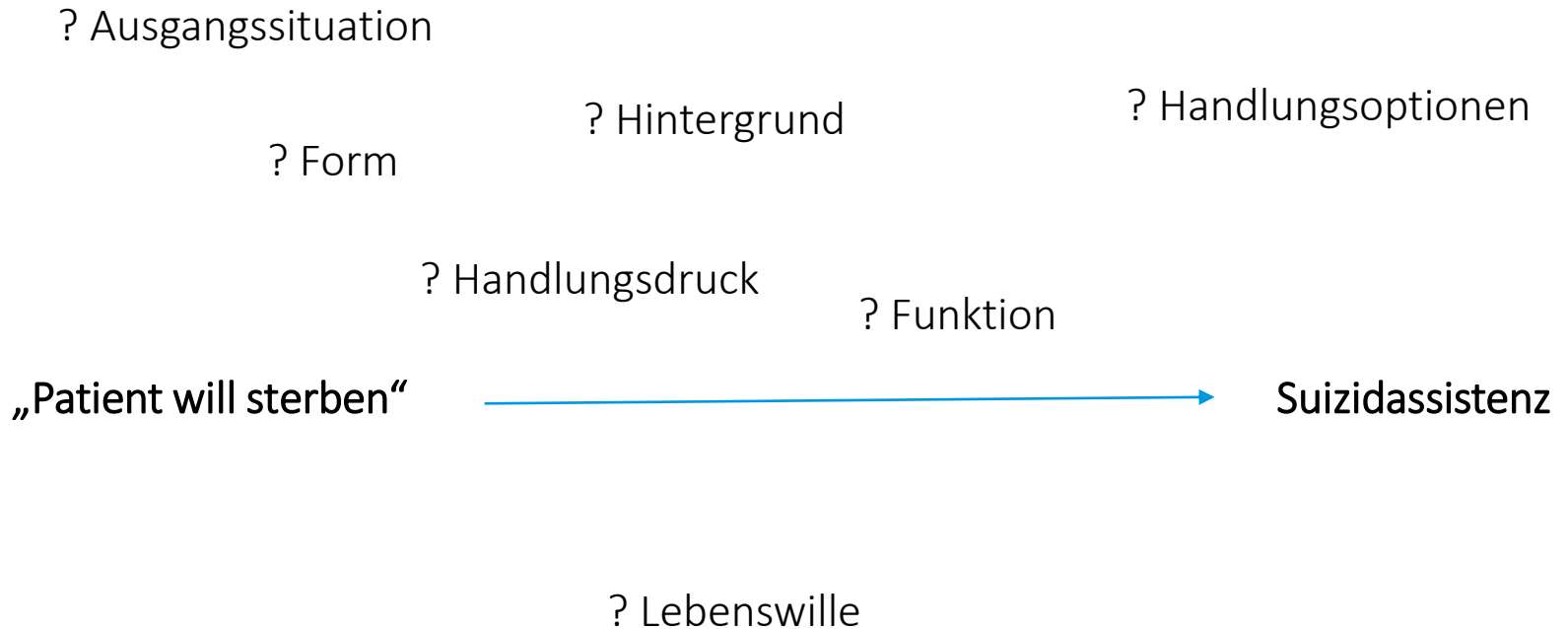
- ❖ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin warnt davor, geäußerte Sterbewünsche ausschließlich als Handlungsaufforderung zu verstehen.
- ❖ S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* (2019)

 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.

Verengung oder Öffnung des Gesprächs?



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...“

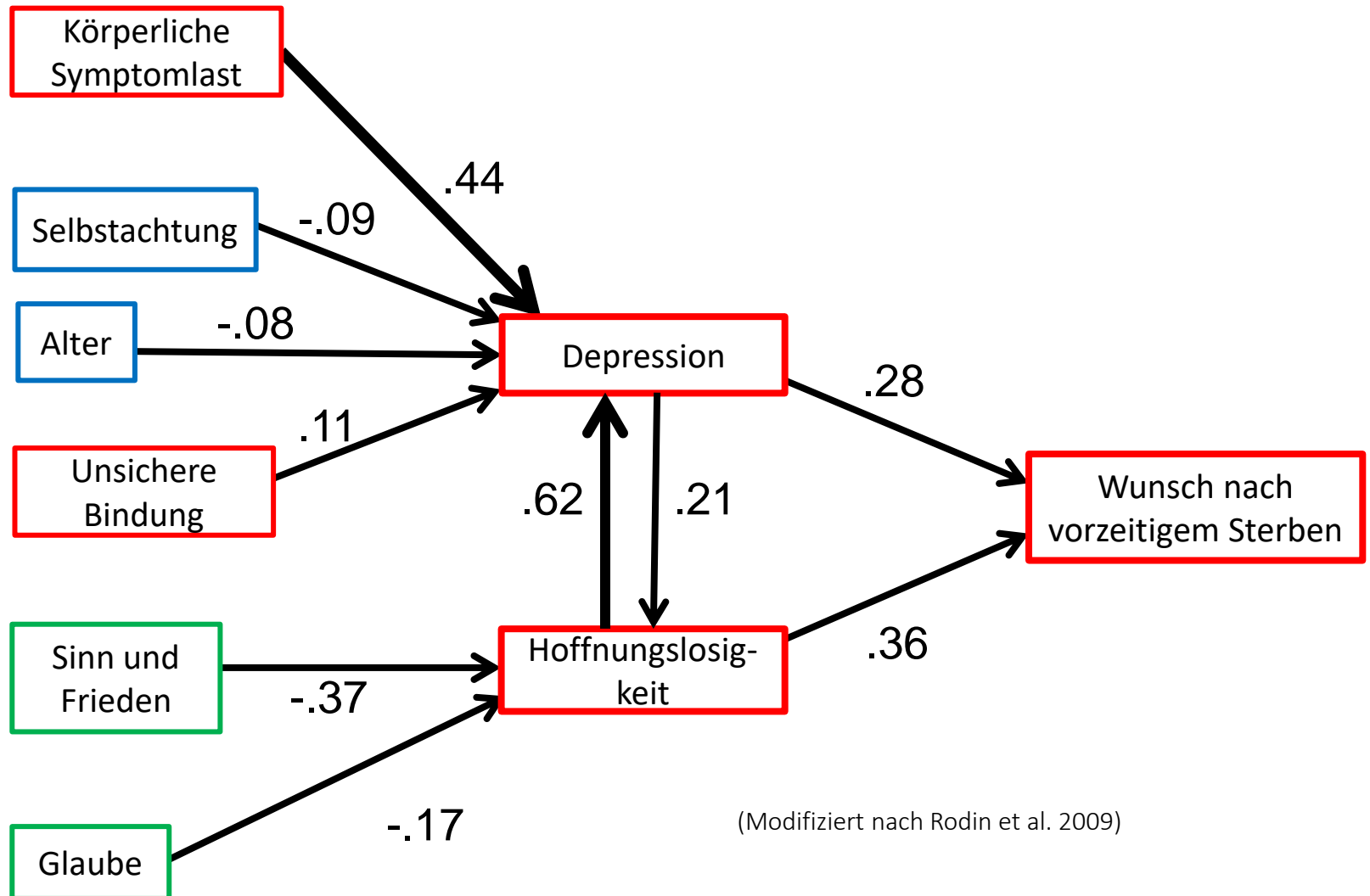
„...ich möchte leben, oh mein Gott...“ – Patient bricht in Tränen aus

„...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

Agenda

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Gesprächsleitfaden

Schulung



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

(Kreimeike et al. 2020)

Abrufbar unter <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*

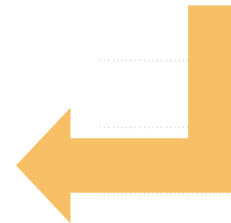
- Es gibt **keinen Hinweis**, dass das **Ansprechen** von suizidalen Gedanken zu deren **Entstehung oder Steigerung** führt.

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 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?

(Boström et al. 2022)

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

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

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

Notizen und Ergänzungen



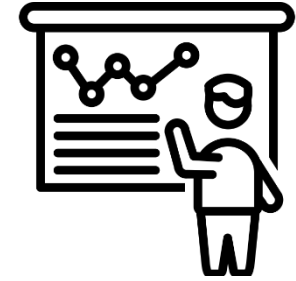
Agenda

Todeswunsch als differenziertes Phänomen

Gesprächsleitfaden

Schulung

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

(Frerich et al 2020; Boström et al 2022)

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen II

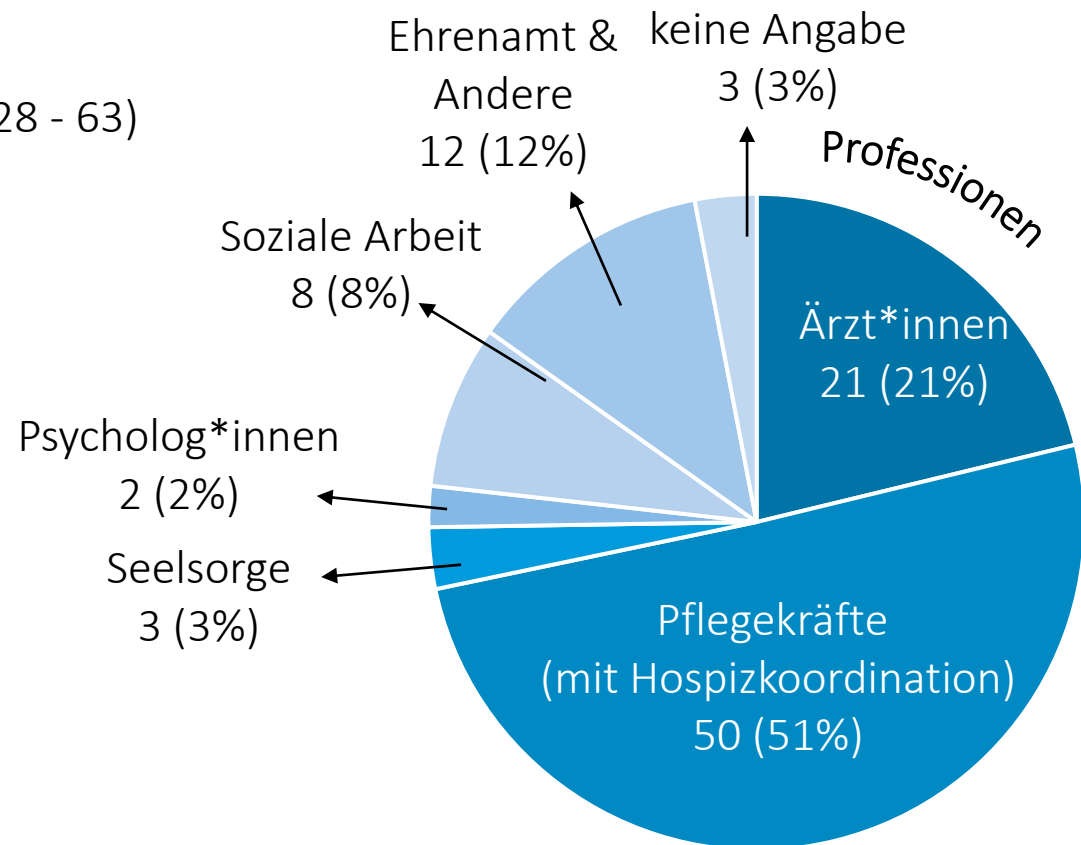
Insgesamt haben **99 multiprofessionelle Versorgende** aus unterschiedlichen Settings an insgesamt **12 Schulungen** im Zeitraum von 03/2018 – 01/2020 teilgenommen.



› Alter Ø 48 Jahre (28 - 63)

› 81% weiblich

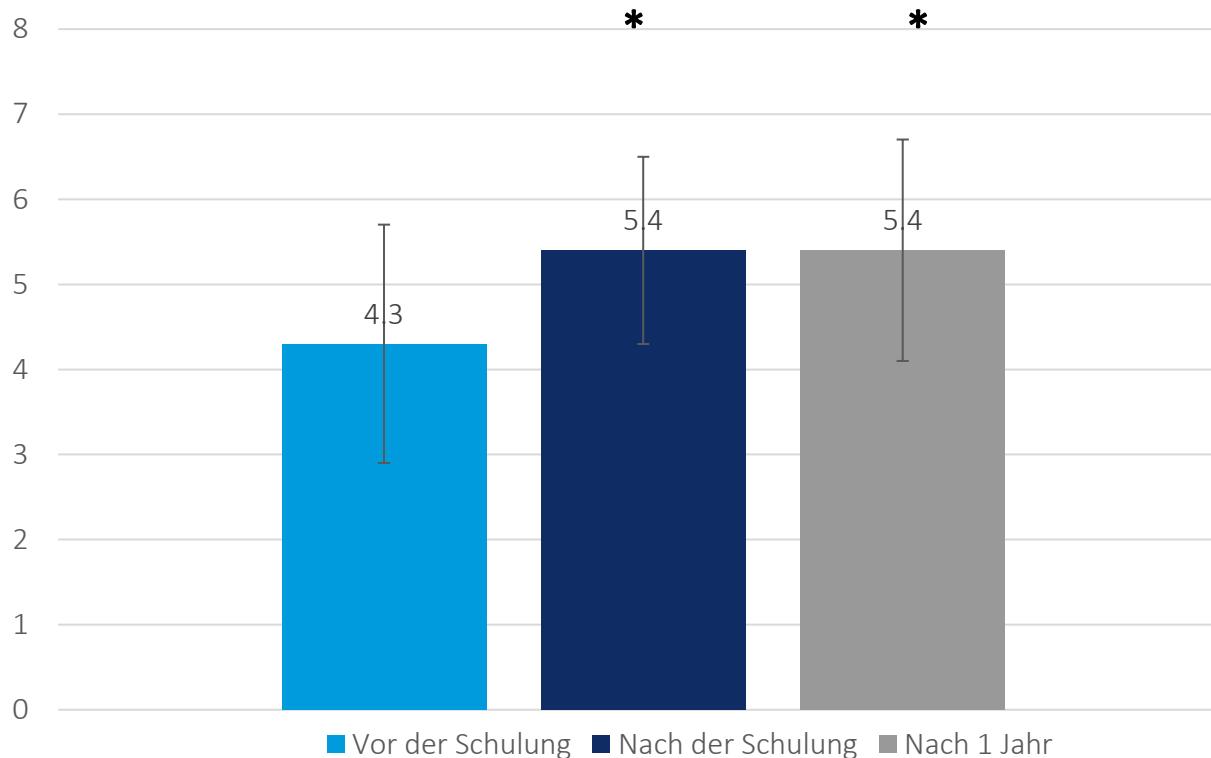
› Durchschnittliche **Erfahrung in der Palliativversorgung** oder mit **Todeswünschen**: 11 Jahre



Schulung zum Umgang mit Todeswünschen III



Wie sicher fühlen Sie sich, mit Patient:innen über ihre Todeswünsche zu sprechen?



Effektstärke

› Vor der Schulung –
Nach der Schulung ($n=85$)
Cohens $r = 0.52$

› Vor der Schulung –
Nach 1 Jahr ($n=65$)
Cohens $r = 0.49$

Schulung zum Umgang mit Todeswünschen IV



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

Subskala	Frage	t0 (N=95)	t1 (N=97)	t2 (N=63)
Fähigkeit	Die Besprechung von Todeswünschen ist mir aus Zeitmangel nicht möglich.	2,1 (+/- 1,1)	2,1 (+/- 0,9)	2,2 (+/- 1,2)
	Ich bin nicht in der Lage, das Thema Todeswunsch mit dem Patienten von mir aus (proaktiv) anzusprechen.	2,4 (+/- 1)	2,1 (+/- 1,1)*	1,7 (+/- 0,8)*
	Ich bin in der Lage, verschiedene Handlungsweisen einzusetzen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,9 (+/- 1,1)	4 (+/- 0,7)*	4,1 (+/- 0,9)*
	Mir gelingt es, mich nicht zu überlasten, wenn Patienten Todeswünsche äußern.	3,2 (+/- ,09)	3,8 (+/- 0,7)*	4,1 (+/- 0,8)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, bespreche ich diesen mit dem Patienten näher.	3,8 (+/- 1,1)	4,3 (+/- 0,7)*	4,4 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, den Patienten mit seinem Todeswunsch anzunehmen.	4,1 (+/- 0,9)	4,4 (+/- 0,9)*	4,5 (+/- 0,7)*
	Ich bin in der Lage, mit einem Patienten mit Todeswunsch in Beziehung zu bleiben.	3,9 (+/- 1)	4,2 (+/- 1,1)*	4,5 , (+/- 0,9)*
Wissen	Ich kenne mehrere mögliche Hintergründe eines Todeswunschs.	3,7 (+/- 1)	4,5 (+/- 0,8)*	4,30 (+/- 0,9)*
	Ich kenne verschiedene Handlungsweisen, um auf einen Patienten mit Todeswunsch zu reagieren.	2,9 (+/- 1,1)	4,2 (+/- 0,8)*	4,1 (+/- 0,9)*
	Ich kenne verschiedene mögliche Funktionen von Todeswunschsäußerungen.	3,1 (+/- 1,2)	4,3 (+/- 0,8)*	4,2 (+/- 0,9)*
	Ich kenne die aktuelle Rechtslage zu ärztlich assistiertem Suizid, Sterbenlassen und Tötung auf Verlangen.	3 (+/- 1,2)	4,5 (+/- 0,8)*	4,1 (+/- 0,9)*
	Ich bin mir unsicher bezüglich meiner Sorgfaltspflichten bei suizidgefährdeten Patienten.	2,9 (+/- 1,2)	2,4 (+/- 1,2)*	2,4 (+/- 1)*
	Ich kenne Kernpunkte relevanter Empfehlungen zum Umgang mit Todeswunsch.	2,4 (+/- 1)	4,1 (+/- 0,8)*	4,8 (+/- 1)*
	Ich kenne Anzeichen, die auf eine akute Suizidalität des Patienten hinweisen.	3,1 (+/- 0,9)	3,8 (+/- 0,9)*	3,8 (+/- 0,9)*
	Ich erkenne Anzeichen meiner eigenen Überlastung im Umgang mit Todeswünschen.	3,5 (+/- 1)	4 (+/- 0,8)*	4,1 (+/- 0,9)*
Haltung	Ich bin mir meiner eigenen Haltung zum Thema Todeswunsch nicht bewusst.	2,6 (+/- 1,2)	1,6 (+/- 1)*	1,5 (+/- 0,8)*
	Ich bin mir meinen Befürchtungen im Umgang mit Patienten mit Todeswunsch bewusst.	3,7 (+/- 0,7)	4 (+/- 0,9)*	4,3 (+/- 0,7)*
	Ich fühle mich unwohl, mit dem Patienten über seinen Todeswunsch zu sprechen.	2,3 (+/- 1)	1,8 (+/- 0,7)*	2 (+/- 0,9)*
	Ich habe Angst, dass mir ein Gespräch mit einem Patienten über seinen Todeswunsch zu nah geht.	2,1 (+/- 0,7)	1,9 (+/- 0,7)*	1,6 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, fühle ich mich hilflos.	2,5 (+/- 1)	1,9 (+/- 0,7)*	1,6 (+/- 0,7)*
	Werde ich mit einem Todeswunsch konfrontiert, würde ich am liebsten aus der Situation flüchten.	2 (+/- 0,9)	1,7 (+/- 0,9)*	1,4 (+/- 0,7)*

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?

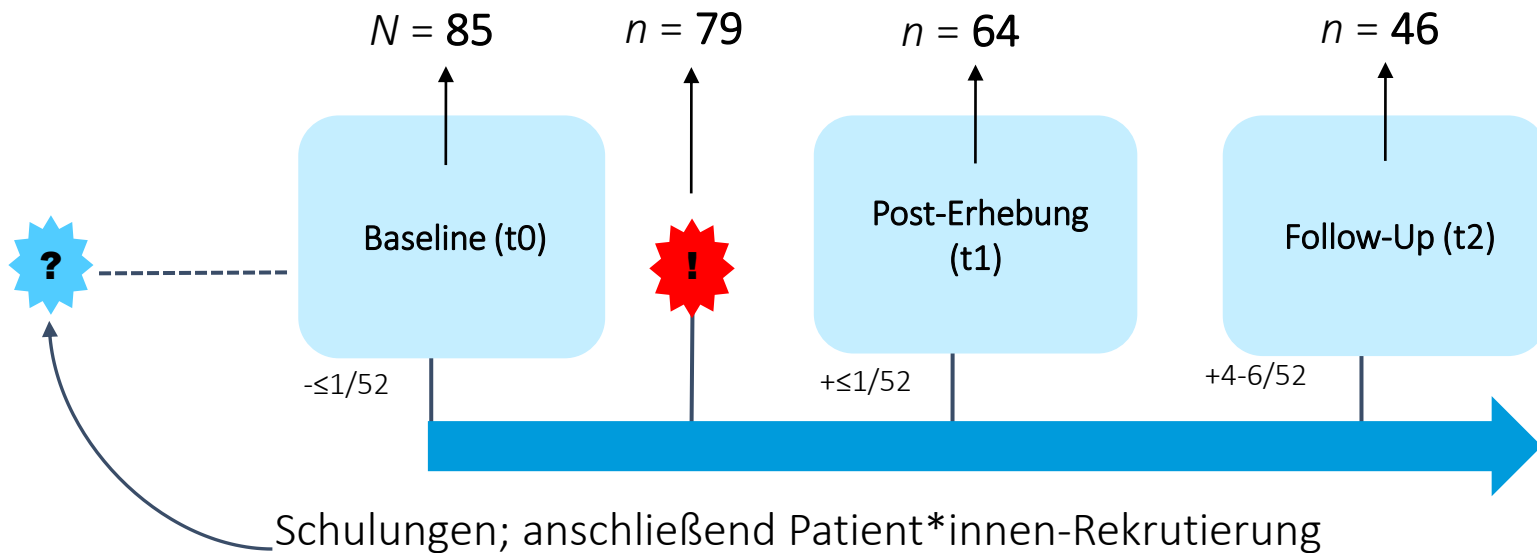
Falls ja, bitte beschreiben Sie diese. Notieren Sie neben Änderungen im **praktischen Handeln** auch gerne Änderungen in Ihrer **Haltung**, **neue Ideen**, eine **veränderte Beziehung** zu Ihren Patienten etc.

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

Evaluation einer Gesprächsintervention

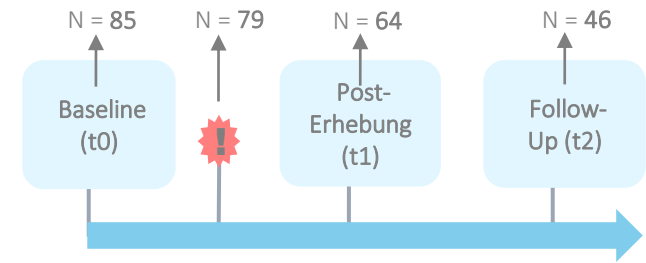
- › Zwischen 04/2018 und 03/2020 schlugen 43 Versorgende 173 Patient*innen vor.



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

(Voltz et al. 2021)

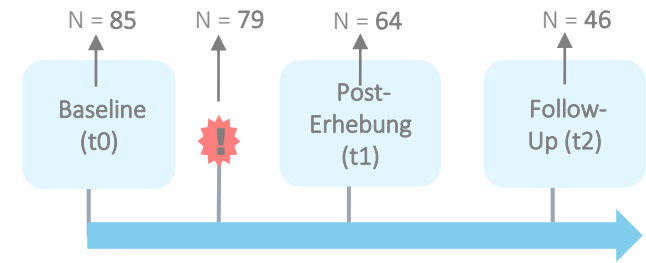
Evaluation einer Gesprächsintervention II



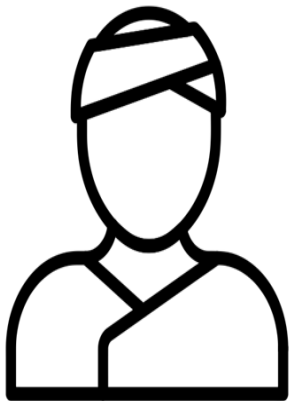
- › Fragebogenerhebung zu 3 Zeitpunkten durch wissenschaftliche* n Mitarbeiter* in
- › Setting und Tageszeit nach Wunsch der Patient*innen

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 Likertskala	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.	

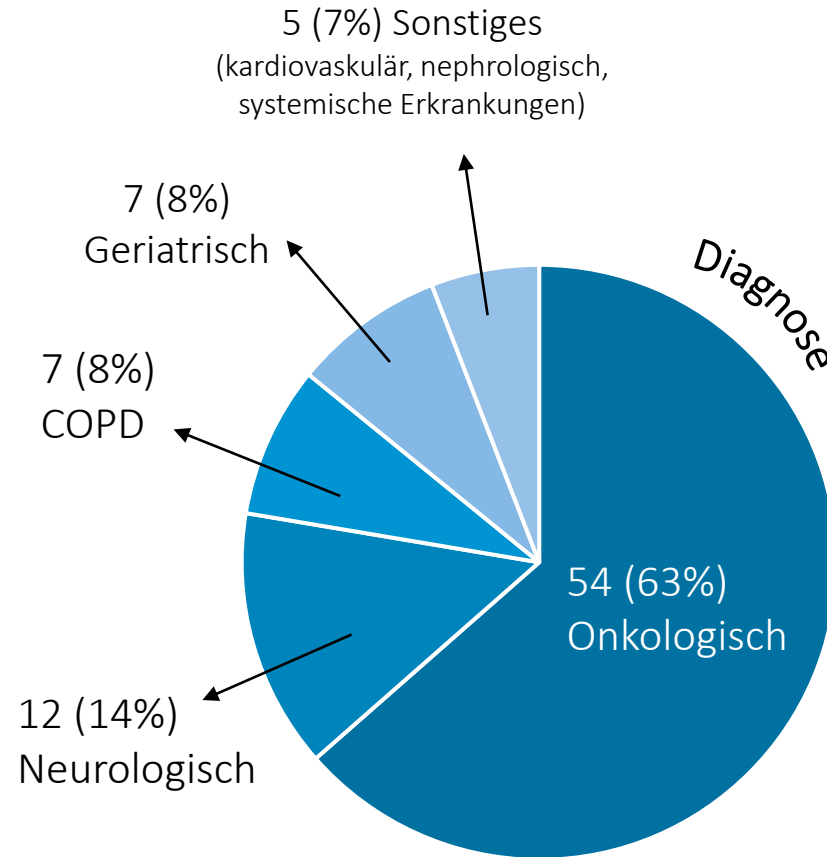
Evaluation einer Gesprächsintervention III



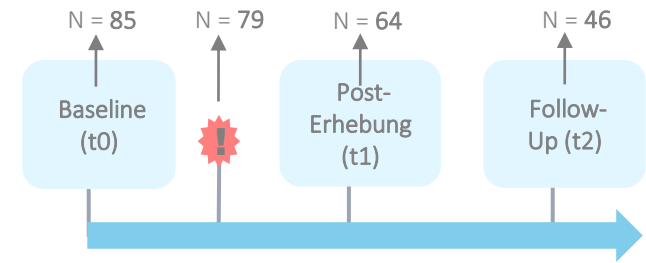
Patient*innen zur Baseline-Erhebung



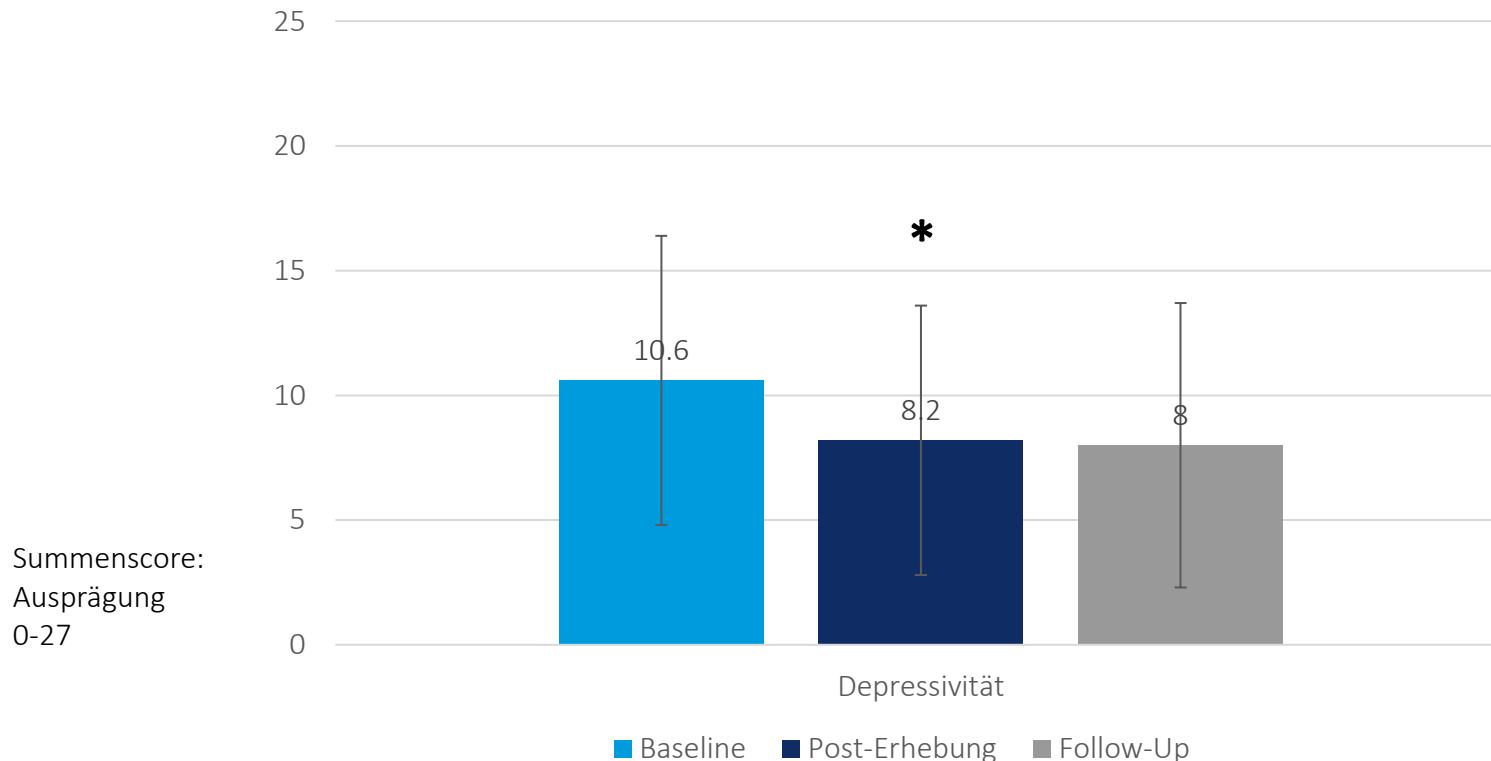
- > Alter \emptyset 69 (40 – 96)
- > 57% weiblich



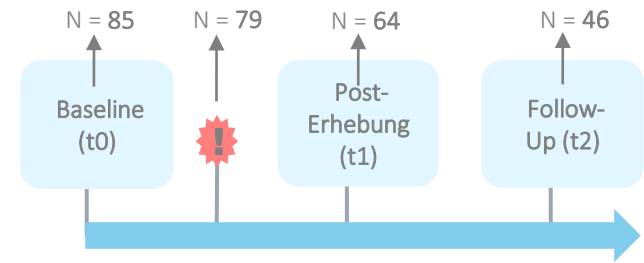
Evaluation - Depression



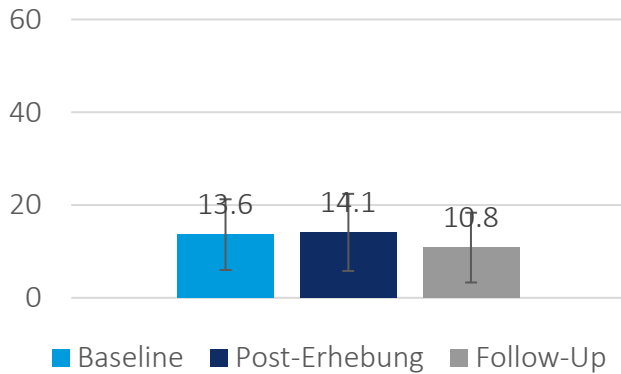
- › Durchschnittlich mittelgradige Depressivität mit signifikanter Verringerung zwischen t0 und t1 ($p = .002$) mit einem kleinen bis mittelgroßen Effekt (Cohens $d = 0,43$).
- › Der Effekt ist zwischen t0 und t2 nicht mehr signifikant.



Evaluation weiterer Outcomes

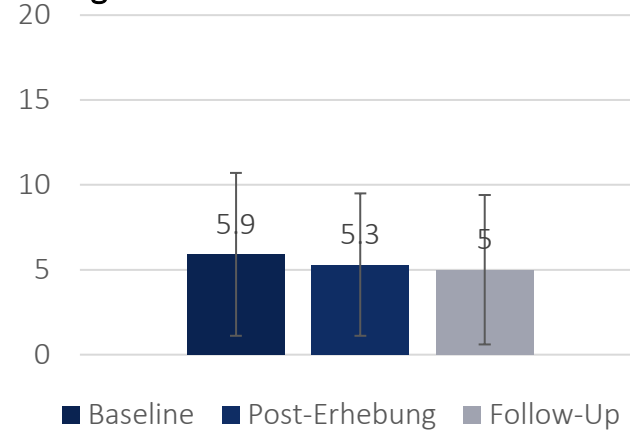


- › Positive Trends ohne signifikante Veränderungen bei...
- › Angst vor Sterben und Tod



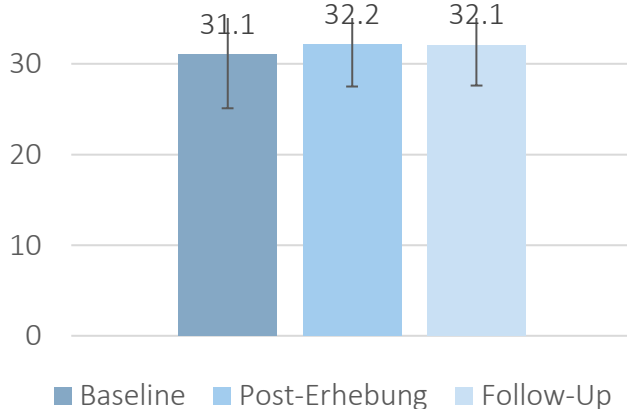
Summenscore:
Ausprägung
0-27

- › Vorzeitiger Todeswunsch



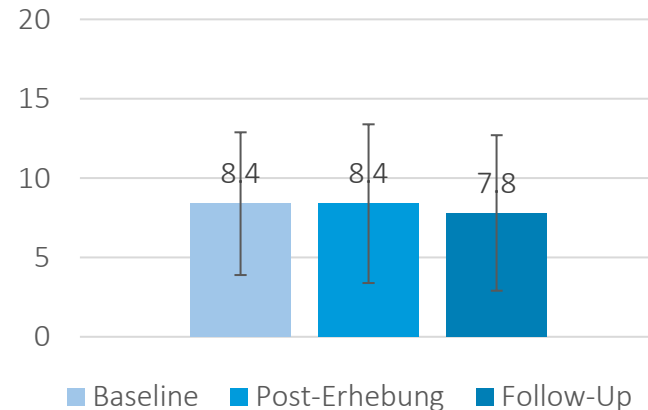
Summenscore:
Ausprägung
0-20

- › Versorgendenbeziehung



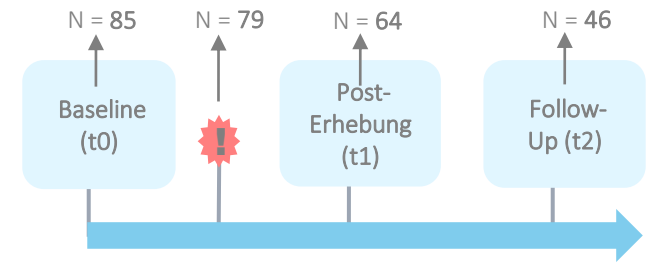
Summenscore:
Ausprägung
0-36

- › Hoffnungslosigkeit

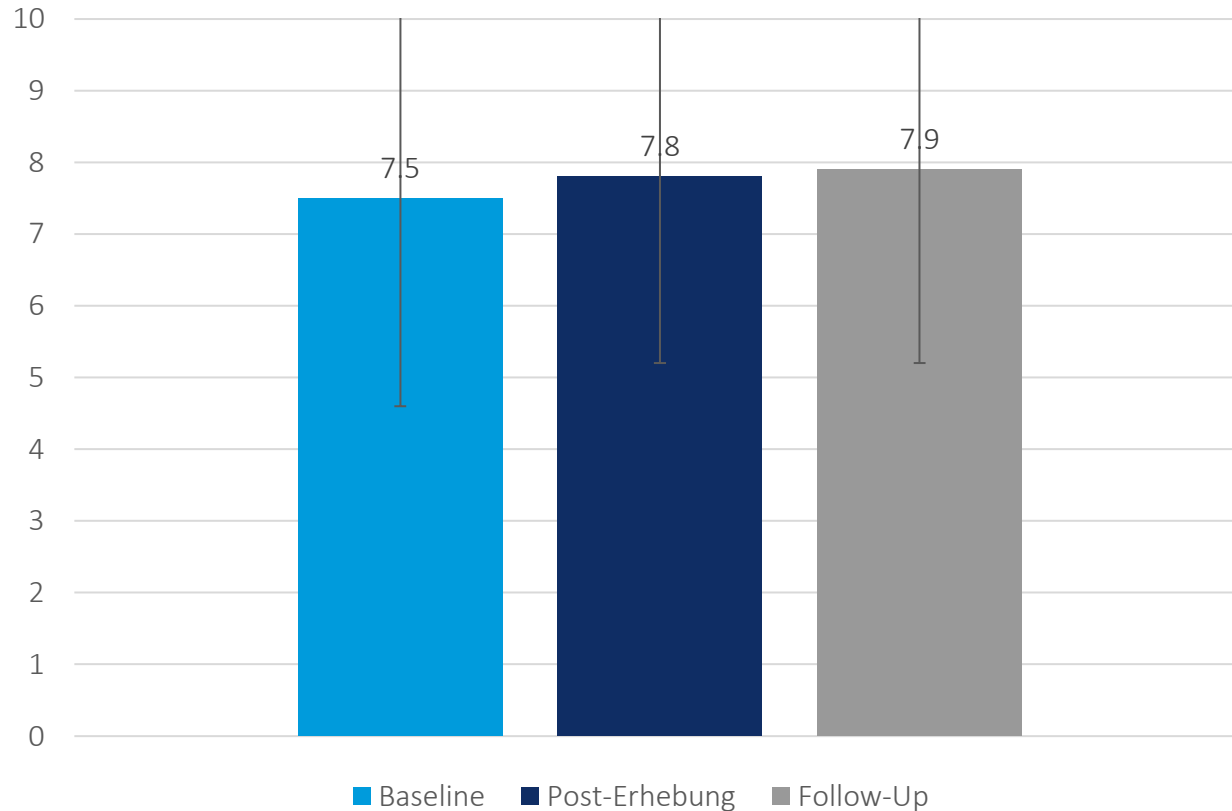


Summenscore:
Ausprägung
0-20

Evaluation - Lebenswille

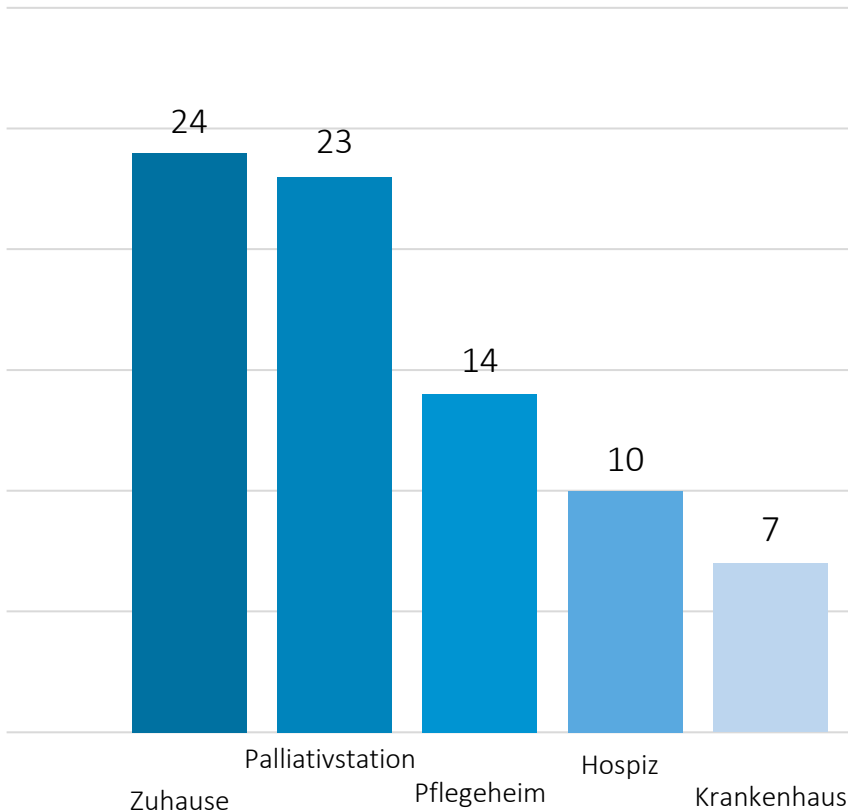


› Ebenfalls positiver Trend ohne signifikante Veränderungen



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



- › 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

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.**
- **Auch Versorgungsteams und -einrichtung** profitieren von einer **offenen Kommunikation**, z.B. bei der Haltungsentwicklung
- Ausblick: eine **digitale Durchführung** der Schulung ist **möglich** – bedarf aber **Anpassungen bezüglich der Zielgruppe.**

Website zum „Umgang mit Todeswünschen“

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

Literatur

- Boström K et al (2022a) Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Evaluation eines Schulungsprogramms. Zeitschrift für Palliativmedizin, April 2022, DOI: 10.1055/a-1729–7360.
- Boström K et al (2022b) How do trained palliative care providers experience open desire to die conversations? An explorative thematic analysis. Palliative and Supportive Care, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001006>
- Chochinov HM et al (1995) Desire for death in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1185–91.
- Frerich G et al (2020). Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept — A pilot study.
- Kremeike K. et al (2022). Desire to die: How does the patients´ chorus sound? Omega (Westport). 2022 Mai 20:302228221103393.
- Kremeike, K et al (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
- Kremeike K et al (2018) The DESire to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM) - a study protocol. BMC Palliat Care 17(1): 30.
- Leitlinienprogramm Onkologie (2020) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung - Langversion 2.2 - September 2020. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2020-09_02.pdf)
- Lindner R (2006) Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung., Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Nissim R, Gagliese L, Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. Soc Sci Med, 2009. 69(2): p. 165–71.
- Ohnsorge K et al (2014). Intentions in wishes to die: analysis and a typology - A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. Psycho-Oncology
- Ohnsorge K, (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, 2014. 13: p. 38.
- Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social science & medicine* (1982), 68(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>
- Schramm A, Berthold D & Gramm J. Dignity Therapy - Psychologische Kurzintervention für Würde am Lebensende. Institut für Palliativpsychologie. 2013
- Scheffold, K., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F. et al. „Managing Cancer and Living Meaningfully“. Psychotherapeut. 2017. 62, 243–248 <https://doi.org/10.1007/s00278-017-0179-7>
- Strupp J et al (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
- Voltz et al (2010) Issues of "life" and "death" for patients receiving palliative care-comments when confronted with a research tool. *Supportive Care in Cancer*. 2010;19(6):771–7.
- Voltz (2020) Nach Abschaffung des Paragraphen § 217. Wo stehen wir? – Die „Zwei Hände Methode“. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 2020; 21(06): 288–291. DOI: 10.1055/a-1269–213
- Voltz R et al (2021) Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. *Palliat Med* 36(3):489–497. doi: 10.1177/02692163211065671
- Wolfersdorf M (2008) Suicidality. *Nervenarzt*, 79(11): p. 1319–1336.
- Wolfersdorf M. Suizid und Suizidalität aus psychiatrischpsychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapie im Dialog*, 2012. 13(2): p. 2–7.
- Wolfersdorf M. Suizid und Suizidprävention. Vol. 1. 2011, Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Wilson KG et al (2016). Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2013; 3(1): e1. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000604

Vielen Dank!

on www.thenounproject.com

kathleen.bostroem@uk-koeln.de

