

# Psychodynamisches Verstehen assistierter Suicidwünsche im Palliativen Setting

---

## Reflexionen

Annette L.Schmitz

Anästhesistin

Spez. Schmerztherapie Psychotherapie

Palliativmedizin

Ambulanter Hospizdienst Neustadt

Beistand am Lebensende e.V.



# Aktuelle Situation in Deutschland

- Selbsttötung aus freiem Willen ist nicht strafbar !
- Hilfe zur Selbsttötung ist nicht strafbar
- Geschäftsmäßige Suicidassistenz ist nicht strafbar !
  
- Aktuelle gesetzliche Rahmenbedingungen :
- Diskussion und Entwurf einer abstimmungsfähigen Vorlage im Bundestag soll vorangetrieben werden .



# Aktuelle Lage um uns herum

- Frankreich : 27.5.2025 !
- Österreich : 2022

# Forderungen des Gesetzgebers / Standesorganisationen

- Eigenständige Entscheidung Freiwilligkeit Zurechnungsfähigkeit
- Unheilbare Erkrankung – Terminale Situation ??
- Gutachter ?
- Volljährigkeit ?
- Zeitraum : wie lange bis zur Durchführung ?
  
- Bundesärztekammer :
- Kein Zwang zur Suicidassistenz !
- Beratung zur SUIZIDPRÄVENTION !

# Psychodynamisches Verstehen assistierter Suicidwünsche im Palliativen Setting

- Wie ich dazu kam...
- Zeitschrift für Palliativmedizin Nr. 3 Mai 2024 Kaneider & Crepaldi
- Nicht nur sachliche ärztliche Aufklärungs - und Beratungsarbeit
- Verunsicherungen , institutionelle Barrieren , normative Debatte...
- Emotionen , Rigidität , moralische Wertung nicht hilfreich in der Beratung u. Begleitung der Patienten : stattdessen u.U. Gelegenheit für ein einzigartiges offenes persönliches Gespräch
- Bei aktivem Sterbewunsch mit Sterbeverfügung... :
- Offenes wertschätzendes Gespräch : „ unabhängig davon , wie Sie sich entscheiden : „wir lassen Sie erstmal nicht allein“
  
- Versuch psychodynamischen Verstehens zur Orientierung

# Psychoanalyse

- Unbewusste Faktoren sind für das Verstehen des Wunsches nach assistierten Suicid ausschlaggebend
- Deswegen einen Denkraum eröffnen...Briggs . S. in Küchenhoff et al. : Sich selbst töten mit Hilfe anderer
- Offenheit , Interesse und Respekt für das Denken , Erleben und Handeln des Patienten in S 3 LL Palliativmedizin
- Keine Zustimmung , aber auch keine Ablehnung des Sterbewunsches , Verwerfung oder Nichtbeachtung
- Abkehr von Polarisierung , Offenheit des Arztes , nicht nur informativer Akt sondern interpersoneller Prozess auf psychodynamischer Grundlage : gemeinsamer Reflexionsraum unter Miteinbeziehung der Angehörigen

# Blick auf die Arzt Patient – Beziehung

- Blick auf die körperliche Seite !
- Behandlungsoptionen , Symptomkontrolle
- Phantasien wie die Krankheit sich weiterentwickelt ?
- Blick auf die Lebenssituationen, subjektive Lebenswelt des Patienten
- Sterben und Tod , als einzigartiges persönliches Ereignis...
- Subjektivität des Betroffenen – Subjektivität von Arzt / Ärztin
- Beides bedarf der Reflexion i.S. der Übertragung /  
Gegenübertragung : was der professionelle Helfer fühlt, wird oft vom Patienten unbewusst ausgelöst .
- Ralph Vogel : sorgfältiges Beachten des Unbewussten kann im Palliativen Setting nutzbar gemacht werden .

# Ärztliches Beratungsgespräch / Aufklärung

## Reflexive Leitfragen

- Welches spontane Gefühl entsteht im Arzt beim ersten Kontakt mit dem Patienten ? Entwickelt sich ein stimmiges Bild zum Suicidwunsch oder fühlt sich dies eher irritierend , unausgereift an ?
- Werden die Angehörigen gedanklich und emotional miteinbezogen ? Oder ausgeklammert ?
- Wie leicht oder schwer ist es ärztlicherseits Angehörige in den Prozess miteinzubeziehen ?
- Vorstellungen und Phantasien zur Sterbeszene ?
- Beschreibungen logisch und nachvollziehbar ?
- Sperrt sich ein Patient gegen eine derartige Exploration ?

# Bindung

- Bindungssystem am Lebensende hoch aktiviert
- Betreuende in der Palliative Care als Secure Base
- Gesteigertes Bindungsverlangen beim Sterbenden : Betreuende und andere Bezugspersonen :
- Oft sehr berührend erlebt , aber kann sich zu großer Belastung entwickeln... anstrengend , aufzehrend...
- Psychoanalytiker M ` Uzan : Unbewusste zentrale Bitte den Tod zu beschleunigen , sich in dieser wichtigen Beziehung nicht zu entziehen , damit die gemeinsame Arbeit am Sterben gelingen kann .. ? (1977 aus Depersonalisation und Kreativität)

# Gespräche über den Tod

- Einzigartige Beziehung
- Was macht es mit einem selbst ? Reaktiviert es eigene Ängste vor dem Tod ?
- Patienten spüren dies u.U. : Patienten , die ihre Ärzte schonen .. ,
- Sie wollen ihre Ärzte nicht in Verlegenheit bringen , aber haben auch Angst gemieden oder verlassen zu werden...

# Wie geht es uns ärztlich und psychotherapeutisch mit Sterbewünschen unserer Patienten ?

- Einladung zu kurzer Reflexion und Austausch
- Ist mir das schon passiert – in welchem Kontext ?
- Wie hat der Patient – Klient sich dabei gefühlt ?
- Wie habe ich mich dabei gefühlt ?







# Beziehungsangebot : Begleitung in Todesnähe

- Ein Bild dazu entwickeln ?
- Unsere eigenen Ängste werden getriggert
- Meine ethisch moralische Vorstellung ?
- Meine ärztliche und / oder therapeutische Haltung ?
  
- Was braucht es für eine gelingende Begegnung ?

# Fragen

- Könnte ich mir vorstellen einen assistierten Freitod zu begleiten ?
- Was sollte angeboten , geklärt werden , wenn jemand diesen Wunsch äußert ?
- Wann könnte das geklärt werden ?

# Wenn mein Patient / Klient assistierten Suicid wünscht....

- Wie reagiere ich darauf ? Meine erste Reaktion ?

Was will ich wissen ?

# Übertragung - Gegenübertragung

- Was möchte mein Gesprächspartner ?
- Wie fühle ich mich dabei ?
- Was möchte er / sie mit mir klären ?
- Wie ist meine Haltung ?

# Hilfreiche Fragen

- Was müsste sich bessern , damit Sie wieder Hoffnung haben ?
  - Hoffnung : was bedeutet das für Sie ?
  - Gute Symptomkontrolle : z.B. in der Schmerztherapie
  - Wahrgenommen werden  
Vertrauen
  - Ernstgenommen werden
  - Interesse Dasein Beziehung
- Offenheit Authentizität
- Engagement

# Was hilft uns ?

- Intervision
- Supervision
- Regelmäßige Teambesprechung
- Balintarbeit
- Feste Ansprechpartner für einen Austausch bei Bedarf

# Zur Epidemiologie von Todeswünschen

- Menschlich ?
- In der palliativen Situation
- 10 -40 % Suicidalität wechselnd im Verlauf – bei Diagnosestellung
- durchgeführte Suicide 39% ab 65 Lj.
- Oft : Nebeneinander von Suicidwünschen und am Leben bleiben :
- Zielorientierung ? Neugierde ?

# Mögliche Hintergründe und Bedeutungen nach Rodin et al. 2009      Ansätze ?!

- Körperliche Symptomlast
- Selbstachtung
- Alter
- Unsichere Bindung

- Depression
- Hoffnungslosigkeit
- Wunsch nach beschleunigtem Sterben

- Sinn und Frieden
- Glaube

Schutzfaktoren

# Funktionen von Todeswünschen

- Manifestation eines Lebenswillens : so will ich nicht mehr leben
- Schwerer Sterbeprozess , beschleunigter Tod bevorzugt
- Unerträgliche akute Situation Kontrolle Flucht AUTONOMIE
- Sich aus unerträglichen Situationen entziehen
- Letzte Kontrolle
- Aufmerksamkeit bekommen
- Akt des Altruismus
- Manipulation der Familie , um Einsamkeit vorzubeugen
- Schrei der Verzweiflung Coyle et al . 2006

# Ambivalenz Todeswunsch und Lebenswille

## „Double Awareness“

- Häufig :
- Forderung nach Therapien – wenig später Wunsch zu Sterben

# Empfehlungen

- Ambulanter Hospizdienst : für Betroffenen , für Angehörige
- Leitfaden : Umgang mit Todeswünschen : Zentrum für Palliativmedizin Universität Köln
- Hinweise der Bundesärztekammer zum Umgang mit Suicidwünschen in unheilbarer Situation 2021
- DEGAM LL für Hausärzte
- LI Palliativmedizin der DGP : Todeswünsche
- Mobile Ethikgruppe
- Zusammenarbeiten : Team als Resource

# Empfehlungen für Hausärzte

## DEGAM LEITLINIE : vom Mai 2024

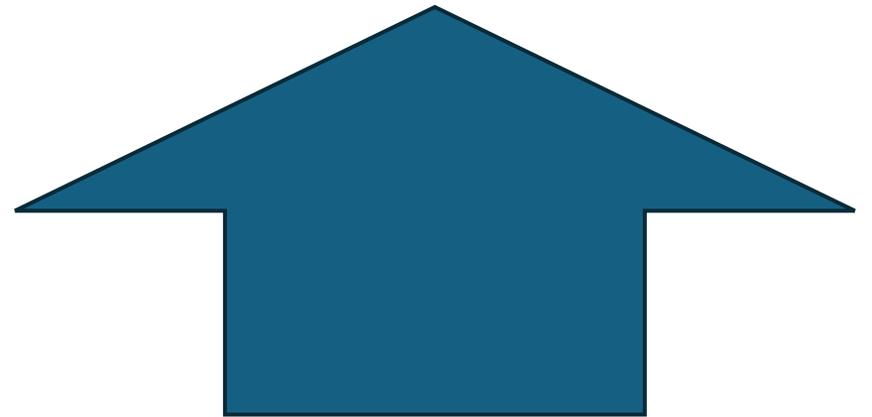
- Ärztliche Assistenz ist straffrei . Dazu besteht jedoch keine Verpflichtung
- Klärung der Freiverantwortlichkeit in mehreren Gesprächen , nachvollziehbare Dokumentation , gfs. Hinzuziehen einen psychiatrischen Fachkollegen
- Reflexion der eigenen Haltung um ergebnisoffen beraten zu können.
- Ergebnisoffenes Gespräch :
- Ohne Vorbahnung , keine Vorverurteilung

# Empfehlung Fortsetzung

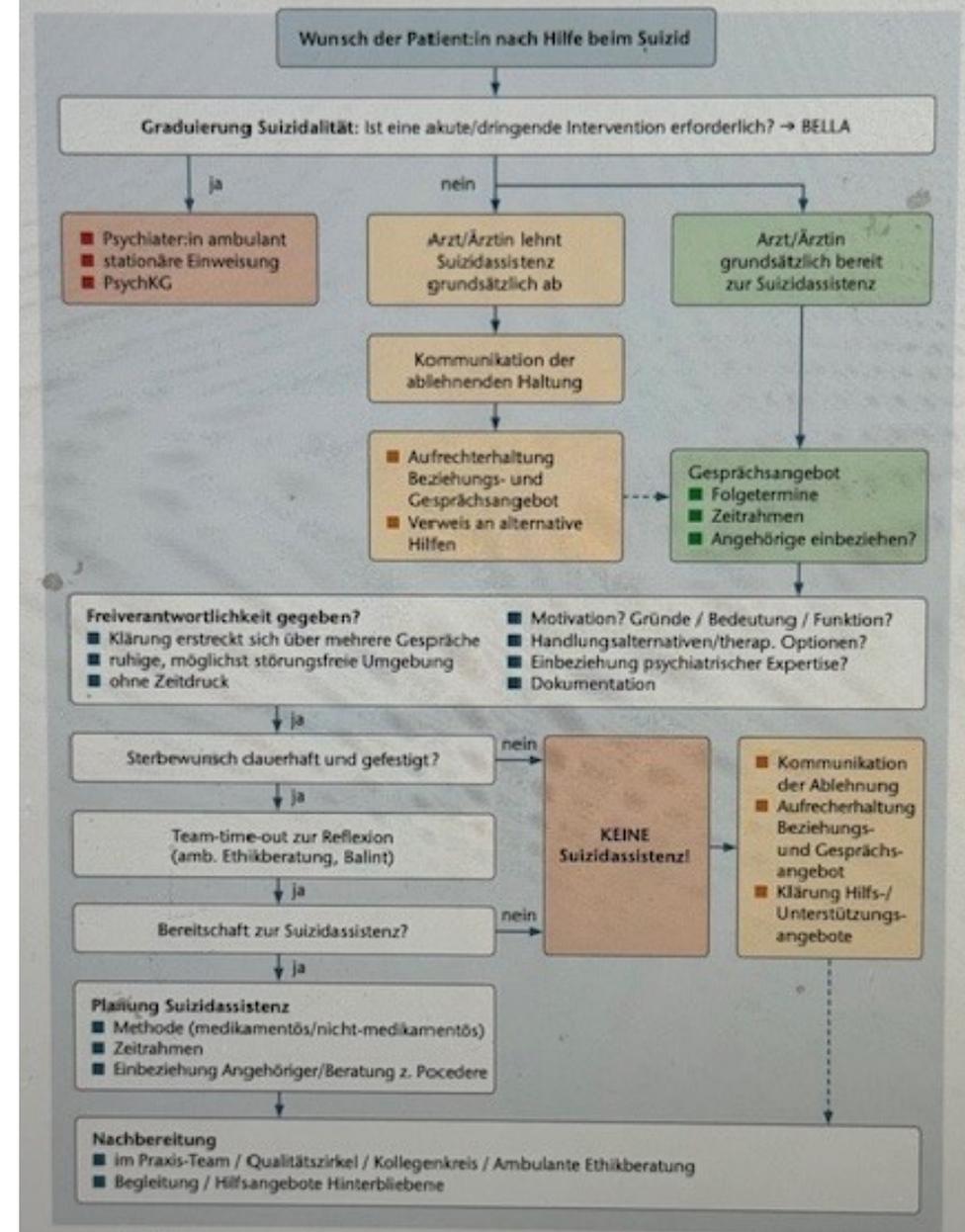
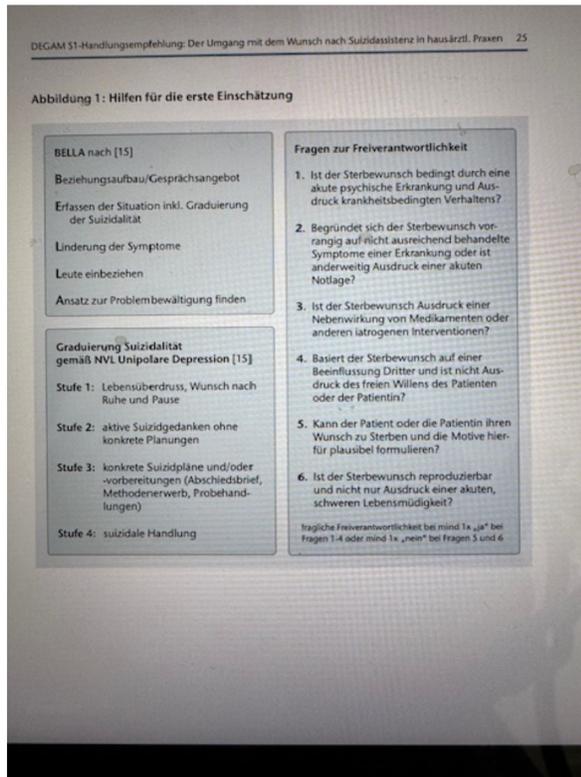
- Falls ärztlicherseits keine Suicidbeihilfe in Frage kommt nach Graduierung frühzeitige Mitteilung
- Einbeziehung der nächsten Angehörigen in das Sterbeszenario
- Offene wertschätzende Gespräche , mehrere Folgetermine , angemessener Zeitrahmen
- Im Erstkontakt bereits erste Einschätzung der Akuität , der Risikofaktoren und der Protektionen Faktoren
- Prüfung des Status Palliative Therapie
- Dokumentation der Motive und Hintergründe erfragen
- Cave andere Motive als Suicidassistentz
- Keine Verordnung von BTM pflichtigen Medikationen im hohen Dosisbereich
- Nach einem Ärztlichen Suicid : Nachbereitung für Praxisteam , für Hinterbliebene
- Hilfsangebote : z.B. Trauerbegleiter
- Vorher Info an die Angehörigen : nach dem Tod Polizei informieren , Sterbeverfügung .

# Empfehlungen für Hausärzte

- Graduierung der Akuität
  - Einengung : Konkrete Szenarien , konkrete Planung
  - Sich mit der Möglichkeit beschäftigen
  - Hoffnungslos – alternativlos
- 
- Im Alter lebenssatt
- 
- Immer wieder überprüfen im Verlauf :
  - Behandlungsvertrag
  - Absprachefähig ??? solange wir im Gespräch sind , kein Suicid
  - Unmittelbare Kontaktaufnahme bei Zuspitzung .



# DEGAM Diagramme



# Zusammenfassung

- Offen und unvoreingenommen über Todeswünsche zu sprechen kann schon Suicidprävention sein .
- Ich kann erfahren , wo und wie der Sterbende steht : zu sich , seinem Leben , zu seinen Nächsten .
- Aufklärung und empathisches Zuhören bedeutet nicht , dass ich den Wunsch des Betroffenen teilen muss.
- Ein offenes Gespräch kann zum Beginn einer Begleitung werden , die den Betroffenen zum eigenen Lebensbewusstsein ihm Sterben bringt i.S. von Würde.
- Interesse an der Biographie z.B. i.S. von Dignitytherapy

# Danke fürs Zuhören und Mitmachen



- Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde uns neuen Räumen jung entgegenschicken
- Wohlan denn , des Lebens Ruf an uns will niemals enden

Hermann Hesse

Aus Stufen