



STIFTUNG TRAUERBEGLEITUNG UND BESTATTUNGSKULTUR

HANNOVER UND NIEDERSACHSEN

Dokumentation zur Erfahrungskonferenz am 14. November 2023 zum Thema „Wie wollen wir sterben?“

Die Erfahrungskonferenz im Jahr 2023 in Kooperation mit dem Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e.V. widmete sich der Frage: „Wie wollen wir sterben?“

Mit diesem Thema setzten sich die Teilnehmenden in drei Vorträgen von vier Referent*innen am Vormittag sowie mit der Teilnahme an zwei von vier angebotenen Workshops am Nachmittag auseinander.



Dr. Michael Wohlers bei der Begrüßung

Die **Begrüßungsworte** zu Beginn der Veranstaltung wurden vom Vorstandsvorsitzenden der Stiftung Trauerbegleitung und Bestattungskultur Dr. Michael Wohlers gesprochen.

Er lud dazu ein, sich auf die Themen des Tages einzulassen und die Auseinandersetzung damit zu begrüßen. Er betonte insbesondere die Wichtigkeit, sich in der heutigen Zeit damit zu beschäftigen, wie wir sterben wollen, anstatt diese Frage zu verdrängen.

Auch Elke Peters, Referentin des Landesstützpunktes Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V. sprach ein Grußwort und las einige Worte aus dem Buch „Manchmal ist es federleicht - Von kleinen und großen Abschieden“ von Christiane Westermann. In dem vorgetragenen Ausschnitt aus einem Gespräch zwischen einem Sohn und sei-

ner 102-jährigen Mutter geht es um den Prozess des Sterbens. Die Mutter spricht immer wieder davon, dass es einen „Durchschlupf“ gibt. Man habe die Wahl, ob man ihn benutzt; es erfordere aber auch Kraft durch ihn hindurchzugehen. Die Mutter spricht davon, dass dieser Durchschlupf ein schmerzloserer Weg ist aus dem Leben zu gehen als andere Wege, dass er aber Mut und Vorbereitung erfordert. Gleichzeitig beruhe dieser Weg auf Freiwilligkeit und es sei dem Menschen selber überlassen ihn zu gehen.

So prägte die Einführung durch Frau Peters auch den Fokus der weiteren Konferenz: **Welchen Gestaltungsspielraum haben wir selbst in Bezug auf unseren Tod?** Und wie können wir die Wünsche unserer sterbenden Angehörigen oder der Menschen, die wir im ehrenamtlichen Kontext begleiten, diesbezüglich respektieren?



Elke Peters beginnt die Auseinandersetzung mit einem vorgetragenen Text zum „Durchschlupf“

Das nächste Wort hatte der Moderator für den Tag, Michael Frey. Er stellte die Vortragenden mit ihren Themen sowie Workshopinhalten kurz vor. Die Teilnehmenden lud er dazu ein, sich mit dem Thema der Konferenz zu beschäftigen, sich von den Referierenden inspirieren zu lassen und sich auf eine eigene Denkreise zu begeben.

Um in den gegenseitigen Austausch zu kommen, die eigene Position mitteilen und weiterentwickeln zu können, bot die Erfahrungskonferenz neben den drei Impulsreferaten die Möglichkeit, nachmittags an Workshops der Referierenden teilzunehmen. Hierbei erfolgte die Zuteilung nach dem Zufallsprinzip durch farbig markierte Nummern auf den Stühlen. Herr Frey lud zu einer wilden Tauschbörse ein, sollte man ein ganz bestimmtes Interesse an einem der Themen mitgebracht haben oder sollte sich eines im Laufe des Vormittags entwickeln.

Gleichzeitig kündigte er an, dass es nach jedem Vortrag die Möglichkeit geben werde, den Vortragenden Fragen zu stellen sowie auch eigene Gedanken zu verbalisieren.



Dr. Dorothee Arnold-Krüger & Dr. Sven Schwabe: Sterbebilder – Vorstellungen und Konzepte im Wandel



Moderator Michael Frey mit Dr. Sven Schwabe und Dr. Dorothee Arnold-Krüger

Der erste Input war ein gemeinsamer Vortrag von Dr. Dorothee Arnold-Krüger vom Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum und Dr. Sven Schwabe vom Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. In dem Vortrag ging es um **verschiedene Sterbebilder im kulturellen Wandel** auf der einen Seite und um ein ganz praktisches Beispiel von **unterschiedlichen Sterbebildern aus der Praxis** auf der anderen.

Zunächst wurde eine Unterscheidung zwischen dem Prozess des Sterbens als medizinische Tatsache und dem kulturellen Verständnis des Sterbens getroffen. Die Blickweisen auf dieses unumgängliche Thema haben sich kulturell und geschichtlich stets weiterentwickelt und werden dies auch zukünftig tun. In Bezug auf das kulturelle Verständnis kann zwischen verschiedenen Medien differenziert werden: Zum einen hat jedes Individuum eine *Vorstellung* von Sterben – wir haben also „**Bilder im Kopf**“. Hierzu gehören individuelle Ideen, Ängste und Assoziationen, die jeder Mensch in sich trägt. Zum anderen wird über das Sterben *gesprochen*; dieses wurde als „**Bilder in der Sprache**“ bezeichnet. Schließlich gibt es noch das *Visualisieren* und die *Gegenstände*, welche sich als „**Bilder zum Anschauen und Anfassen**“ zusammenfassen lassen. All diese verschiedenen Arten von Bildern werden voneinander beeinflusst und tragen in ihrer Gesamtheit zum gesellschaftlichen Diskurs zum Thema Sterben bei.

Eine kleine Exkursion in die Geschichte über die Beschäftigung mit dem Tod veranschaulichte hierbei die Wandelbarkeit der Wahrnehmung dieses Themas. So wurde erläutert, dass Mitte und Ende des 20. Jahrhunderts geprägt waren von einer Tabuisierung des Themas: Mit dem Tod wollte man sich im Vorfeld nicht befassen. Er hatte keinen Platz im Alltag und wurde nicht besprochen. Er passierte zwar und die dadurch entstehende Trauer wurde thematisiert; nicht jedoch der Prozess des Sterbens selbst und die unterschiedlichen Herausforderungen, wie wir sie heute diskutieren.



Seit den 1990er Jahren veränderte sich die Perspektive auf das Sterben in der westlichen Gesellschaft dann langsam und es kam zu einer neuen „Sichtbarkeit des Todes“. Als beispielhaft hierfür wurde die Medien-Berichterstattung genannt; insbesondere Berichterstattungen aus Kriegsgebieten, bei denen Todesopfer gezeigt wurden, was in früheren ähnlichen Beiträgen nicht der Fall war. Trotzdem gab es nach wie vor das Verständnis, dass das Sterben ein besonderer Prozess ist, der nicht zum Alltag gehört. Dies änderte sich langsam in den 2000er Jahren. Hierzu wurde der Begriff „Renormierung des Sterbens“ vorgestellt: Sterben wird als ein natürlicher Bestandteil des Lebens verstanden. Die Frage, wie wir sterben wollen, wird nun gesellschaftlich diskutiert; es gibt z.B. YouTube-Videos, in denen man Menschen beim Sterben zusehen kann und Menschen beginnen, ihren eigenen Tod als „Planungsaufgabe“ zu begreifen. Immer mehr Menschen beschäftigen sich mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen, wodurch Sterben zu einem juristischen Gegenstand wird. Aber auch die Planung der eigenen Bestattung wird immer öfter zu Lebzeiten in die Hände genommen; dies reicht bis hin zu einer vorzeitigen Finanzierung.

Die unterschiedlichen Perspektiven auf das Sterben werden besonders deutlich, wenn man sich die Umstände anschaut, in denen Menschen auf dieses Thema stoßen. Ärzt*innen stehen oft vor Entscheidungsproblemen. Sie sind Ansprechpartner*innen, wenn es darum geht, Perspektiven einer Behandlung und die Abwägung verschiedener Vorgehensweisen zu erläutern. Sie müssen außerdem sicherstellen, dass sie dem geltenden Gesetz entsprechend handeln. Für Pflegekräfte hingegen wird das Sterben zu einer organisatorischen Herausforderung: Menschen, die im Krankenhaus oder im Altenheim versterben, dürfen während dieses Prozesses den normalen ‚Betrieb‘ nicht aufhalten; Angehörige müssen begleitet, aber dennoch auch gelenkt werden; die Abläufe der Station dürfen nicht aufgehalten werden. Für die Sterbenden selbst ist der eigene Tod ein radikaler Bruch. Er tritt nur einmal ein, ist unumgänglich und erfordert eine Auseinandersetzung. Diese Einzigartigkeit des Erlebens kann von den Berufsgruppen oft wenig unterstützt und nachvollzogen werden und so treffen unterschiedliche Sterbebilder aufeinander sowie auch verschiedene Vorstellungen davon, wie mit dem Sterben umgegangen werden kann. Um diese Diskrepanz zu verdeutlichen, zieht Dr. Arnold-Krüger das Beispiel Hospiz heran. Es zeigt, dass das Sterben in der heutigen Gesellschaft an Bedeutung gewonnen hat. Dass es überhaupt Hospize gibt, verdeutlicht, dass das Sterben einen Platz gefunden hat, der wiederum aus dem Alltag



heraustritt. Es gibt Orte, die sozusagen zum Sterben vorgesehen sind. Diese weisen (im Fall von Hospizen) oft Ähnlichkeiten auf: Sie sind kleine Gebäude mit einem Außengelände und einen Gemeinschaftsbereich. Oft ähneln sie sich in der Farbgebung und Gestaltung der Zimmer. Hierin zeigt sich eine **gesellschaftliche Norm**, wenn es um den Prozess des Sterbens geht und die antizipierten Wünsche von Sterbenden und Angehörigen. Gleichzeitig machen Hospize eine professionelle und medizinische Begleitung möglich. Es wird ein Kompromiss zwischen Individualität, Sozialität und Solidarität in einer genormten Atmosphäre verhandelt, der ein bestimmtes Verständnis von Sterben impliziert und somit ein Sterbebild der Gegenwart zu verkörpern scheint. Dass es aber auch in diesem genormten Rahmen dazu kommen kann, dass unterschiedliche Verständnisse aufeinandertreffen, die sich widersprechen können, macht das im Folgenden erläuterte Beispiel deutlich:

Frau Bär wird mit 80 Jahren und einem Port für eine künstliche Ernährung in einem Hospiz aufgenommen. Die Tochter von Frau Bär möchte, dass die künstliche Ernährung fortgesetzt wird. Dieser Wunsch trifft auf Unverständnis der Hospizmitarbeiter*innen. Sie müssen zuerst eine Pumpe aus dem Keller ‚ausgraben‘. Dass die Pumpe im Keller ‚vergraben‘ ist, macht das übliche Vorgehen und die Anschauung der Mitarbeitenden dazu deutlich: Frau Bär befindet sich in einem Sterbeprozess; eine Ernährung über eine Pumpe greift in diesen ein und ist deshalb in einem Hospiz sozusagen ‚fehl am Platz‘. Sie stellt die Mitarbeitenden vor eine Versorgungsaufgabe, die in einem Hospiz nicht vorgesehen ist. Der Tochter von Frau Bär wird auf verschiedene Weise verdeutlicht, dass ihr Bild von Sterben abweicht von dem Bild, das das Hospiz vertritt. Darüber hinaus wird ihr suggeriert, dass ihr Sterbebild ‚falsch‘ und das Hospiz nicht der geeignete Ort für ihre Mutter sei.

Dieses Beispiel verdeutlicht die **Wichtigkeit über den Austausch von unterschiedlichen Sterbebildern und die Auseinandersetzung mit ihnen**. Es zeigt, dass es sehr unterschiedliche Perspektiven gibt, aus denen auf den Sterbeprozess geschaut wird (die Perspektiven von Fachkräften, von Angehörigen und von Sterbenden). Nicht immer kann zwischen diesen ein Konsens gefunden werden, was die Auseinandersetzung untereinander aber nicht weniger wichtig macht. Zu dieser Auseinandersetzung luden die beiden Vortragenden dann auch ein und verwiesen auf den späteren von Dr. Schwabe geleiteten Workshop, in dem sich die Teilnehmenden mit ihren eigenen Sterbebildern auseinandersetzen konnten.



Andreas Vietgen:

„Darf ich Ihnen helfen?“ – Zur Diskussion um den assistierten Suizid



Andreas Vietgen bei seinem Vortrag „Darf ich Ihnen helfen?“

Den zweiten Impulsvortrag hielt Andreas Vietgen, Seelsorger und Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitswesen an der Medizinischen Hochschule in Hannover.

Zu Anfang lud er ein, die Titelfrage seines Vortrages zu erkunden. Er ließ den Teilnehmenden Zeit den Titel leise für sich nachklingen zu lassen. Dann fragte er, worauf die Anwesenden die Betonung jeweils gelegt hatten, da diese für die Bedeutung der Frage zentral ist – so können wir fragen:

DARF ich Ihnen helfen? Darf ICH Ihnen helfen? Darf ich IHNEN helfen? Oder darf ich Ihnen HELFEN?

Diese vier unterschiedlichen Fragen begegneten uns, so sagte er, wenn wir uns mit assistiertem Suizid beschäftigen.

Zu Anfang legte der Vortrag eine wichtige Grundlage für die Beschäftigung mit assistiertem Suizid, indem er die Unterschiede zwischen verschiedenen Formen von sog. Sterbehilfe verdeutlichte. Zum einen gibt es **Therapien am Lebensende**, die das Leiden, zum Beispiel durch Schmerzen bei Krankheiten, verhindern bzw. verringern sollen. Es kann sein, dass der Tod durch die Gabe von schmerzlindernden Medikamenten früher eintritt; dies wird hierbei in Kauf genommen und wurde früher als „indirekte Sterbehilfe“ bezeichnet.

Eine weitere Form ist das **Sterbenlassen**. Hierbei wird der Prozess des natürlichen Sterbens nicht verhindert; es werden keine lebensverlängernden Maßnahmen eingeleitet. Im medizinischen Kontext ändert sich hierbei das Behandlungsziel. Das Überleben steht nicht länger im Mittelpunkt und die Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens werden nicht bzw. nicht weiter ausgeführt. Dies ist der Prozess, der früher als „passive Sterbehilfe“ bezeichnet wurde.



Aktuell oft diskutiert wird eine weitere Form der Sterbehilfe: der **assistierte Suizid**. Diese stellte auch den Mittelpunkt des Vortrages dar. Herr Vietgen erläuterte die Gegebenheiten, die vorhanden sein müssen, um einen assistierten Suizid legal in Deutschland in Anspruch nehmen zu können. Zunächst darf der Patient **keine psychischen Störungen** aufweisen. Dies ist eine Voraussetzung, die manchmal für Personen mit lebensverkürzender Erkrankung nicht so einfach zu erfüllen ist. Manchmal weisen Menschen in dieser Situation Symptome einer Depression auf, bei denen dann abgeklärt werden muss, ob diese die Diagnose einer psychischen Erkrankung erfordern/rechtfertigen.

Voraussetzung für einen assistierten Suizid ist außerdem, dass die Patient*innen in Bezug auf alternative Therapiemöglichkeiten **aufgeklärt** sein müssen, insbesondere hinsichtlich der Therapien am Lebensende und der Möglichkeit der „passiven Sterbehilfe“, bei der es um das Lindern von Leiden und einen möglichst ‚natürlichen‘ Sterbeprozess geht.

Abzuklären ist auch, ob der betreffende Patient unter **äußerem Druck** steht; insbesondere, ob er durch Angehörige beeinflusst werden könnte. Gründe hierfür könnten zum Beispiel eine Belastungssituation der Angehörigen durch die Pflege oder auch das Eintreten eines Erbfalls sein. Diese Situationen müssen ausgeschlossen sein, wenn ein assistierter Suizid in Anspruch genommen werden soll. Das letzte Kriterium ist die **Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches**. Hierbei ist sicherzustellen, dass dieser nicht z.B. aus der ersten Verzweiflung nach einer Diagnose entspringt.

Um diese Kriterien auf die gesetzliche Grundlage zu beziehen, zitierte Herr Vietgen das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum Thema Assistierter Suizid: „[...] die Entscheidung des Einzelnen, entsprechend seinem Verständnis von der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz dem Leben ein Ende zu setzen, [...] [ist] als **Akt autonomer Selbstbestimmung** anzuerkennen“ (Urteil des BVerfG vom 26.02.2020). Hieraus wird deutlich, dass die Wahl zur Beendigung des eigenen Lebens als ein Akt von Selbstbestimmung betrachtet werden muss. Die vier erwähnten Bedingungen, die erfüllt sein müssen, sind als Schutz gedacht, um sicherzustellen, dass die Wahl aus freien Stücken und mit gesundem Geist getroffen wird.

Herr Vietgen lud abschließend dazu ein, sich in seinem Workshop noch einmal der anfangs gestellten Frage „Darf ich Ihnen helfen?“ zu widmen und zu erkunden, was



diese Frage an Herausforderungen, Interpretationen und Weltanschauungen beinhaltet.

Dr. Kerstin Kreimeke: Sprechen über Todeswünsche

Den letzten Impulsvortrag hielt Dr. Kerstin Kreimeke vom Zentrum für Palliativmedizin des Uniklinikums Köln. Sie stellte eine Studie vor, die sich mit bestimmten Äußerungen von Erwachsenen befasst, die erfahren haben, dass sie aufgrund einer Krankheit bald sterben werden. Diese Äußerungen fasste sie unter dem Begriff „Todeswünsche“ zusammen und beleuchtete sie im Detail.

Hierbei definierte sie alle Äußerungen als Todeswünsche, die, in welcher Form auch immer, eine **Idee von einem früheren Ende** darstellten. Dies reicht von „Können Sie mir nicht eine Spritze geben?“, also einer Nachfrage nach Assistenz, bis hin zu „Ich will nicht mehr“, oder auch etwas flapsig formuliert: „Der Alte soll mich doch endlich holen!“.

Diese unterschiedlichen Sätze und Emotionen können in drei verschiedene Kategorien eingeteilt werden: Zunächst eine **Hoffnung auf ein schnelles, natürlich eintretendes Ende** (z. B. „Ich will nur noch schlafen“), dann der **hypothetische Wunsch auf eine assistierte Beschleunigung** (z. B. „Helfen Sie mir doch“), und als dritte Kategorie schließlich der aktuelle Wunsch bzw. eine Handlungsäußerung in Richtung **Suizidalität** (z. B. „Können Sie mir nicht eine Spritze geben?“).

Kern dieser Beispiele waren jedoch laut Dr. Kreimeke vor allem die **Motive**, die hinter diesen Äußerungen steckten: Nämlich eigentlich der Wille weiterzuleben, die Botschaft, so nicht leben zu wollen und die Suche nach Möglichkeiten, die wieder Sinn und Freude am Leben geben. Dies wurde vor allem durch Gespräche deutlich, die mit den lebensverkürzt Erkrankten geführt wurde, um die Wünsche hinter den Äußerungen zu verstehen.



Dr. Kerstin Kreimeke beleuchtet die Hintergründe von Todeswünschen



Als Gründe für die Äußerung von Todeswünschen wurden verschiedene Emotionen herausgearbeitet: Die Last der körperlichen Symptome, eine nicht mehr zu erfüllende Vorstellung von Selbstachtung sowie der Wunsch, anderen nicht zur Last zu fallen. Diese Gedanken führen zu einer Form von **Hoffnungslosigkeit**, die sich dann oft in Depressionen manifestiert. Die Wünsche nach Sinn und Frieden, oft gepaart mit einem Glauben an eine (bessere) Existenz nach dem Tod, traten ebenfalls zu Tage und sind eher direkt mit einer Form von Hoffnungslosigkeit in diesem Leben verbunden, die dann ebenfalls zu einer Depression führen können. Es wurde auch deutlich, dass **Hoffnungslosigkeit und Depression in einer Wechselbeziehung** stehen. Beides trägt zu Äußerungen von Todeswünschen bei.

Gleichzeitig können Todeswünsche aber auch als eine **Einladung** verstanden werden, um die Emotionen, Ängste und Hoffnungen herauszuarbeiten, die hinter diesen Äußerungen stecken. In Gesprächen wurde herausgefunden, dass die verdeckten Beweggründe verschiedene Funktionen aufweisen können. So können die Äußerungen auch beispielsweise eine **Manifestation des Lebenswillens** sein, die deutlich macht, dass ein Leben erwünscht ist, aber eine Form von Umgang mit dem nahenden Tod gefunden werden muss. Andererseits können Todeswünsche auch Ausdruck einer **Angst vor einem schweren Sterbeprozess** sein, die einen vorzeitigen Tod attraktiv macht. Hier kann die Aufklärung zu schmerzlindernder Begleitung angeboten werden. Außerdem drücken Todeswünsche auch die **Unerträglichkeit der aktuellen Situation** aus. Diese kann durch das Erkunden von Alternativen verbessert werden. Auch das **Wahren der Autonomie** kann ein Hintergrund der Äußerung eines Todeswunsches sein. Hier können eine Einbeziehung des Patienten in die Behandlung und die Auswahl von Alternativen – nicht nur in der Behandlung, sondern auch in der Gestaltung des restlichen Lebens – angeboten werden, um so viel Autonomie wie möglich zu erhalten bzw. (zurück) zu gewinnen. Auch das **Erlangen von Aufmerksamkeit** kann zu Äußerungen über den Wunsch für ein frühes Ende führen, genauso wie der Wunsch, den Angehörigen nicht zur Last zu fallen. Die Äußerung eines Sterbewunsches kann auch das Gegenteil bewirken wollen, nämlich eine **Aufforderung an Freund*innen und Familie nach Nähe und Gesellschaft** sein, um der befürchteten Einsamkeit vorzubeugen. Letztendlich kann ein solcher Wunsch auch ein „Schrei der Verzweiflung“ sein, wenn keine alternativen Denkmuster (mehr) möglich sind.



Alle diese Beweggründe zeigen auf, dass solche geäußerten Todeswünsche eine **Einladung zu einem Gespräch** sein können und die Aufgabe in sich tragen, nicht unbedingt das Leben sofort zu beenden, sondern die verbleibende Zeit so zu gestalten, dass sie als lebenswert und so weit wie möglich als befriedigend empfunden wird.

Wichtig ist, dass dies aber nur möglich wird, wenn gewährleistet werden kann, dass über die Äußerungen gesprochen wird: Dass sie komplex wahrgenommen, nicht tabuisiert und von allen Akteur*innen als ein **Wunsch nach Kommunikation** aufgefasst werden. Wichtig zu verstehen ist, dass nicht jeder Todeswunsch direkt einen Wunsch nach einem (assistierten) Suizid darstellt, sondern dass es sich hier um ein komplexes Phänomen handelt.

Dr. Kremeike verwies hier auf einen neu entwickelten **Leitfaden**, der im Umgang mit Äußerungen von Todeswünschen benutzt werden kann. Als Basis werden darin das **Wahrnehmen und Erkennen** solcher Äußerungen angesehen, auch wenn sie z. B. „flapsig“ formuliert sind. Als nächster Schritt ist das **Verstehen des geäußerten Todeswunsches** wichtig: Die medizinischen und psychischen Hintergründe müssen dabei genauso erfasst werden wie die Persönlichkeit und Lebenserfahrungen der Patient*innen. Dies erfordert einen empathischen Umgang durch die professionell Begleitenden, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Angehörigen.

Im Leitfaden wird diese aufgeschlossene und empathische Haltung gegenüber Todeswunsch-Äußerungen deutlich. Eine dazu entwickelte Schulung und deren Evaluation macht sichtbar, dass Begleitende nach der Auseinandersetzung mit dem Leitfaden einen **Zuwachs an Sicherheit im Umgang mit Patient*innen** gewannen. Außerdem wurde deutlich, dass eine proaktive Beschäftigung mit dem Thema Tod und Sterben gesucht werden sollte (hier basierend auf Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung). Dieser initiative Ansatz ermöglicht eine Auseinandersetzung mit den Wünschen, Hoffnungen und Ängsten der Erkrankten. Die Forschungslage zeigt darüber hinaus deutlich, dass solche aktiv initiierten Gespräche NICHT zu einer Entstehung oder Steigerung von Todeswünschen führen. Die Resultate der Öffnung seitens der Begleitenden führten dagegen zu einer **Stärkung der Beziehung** zu den Sterbenden und auch einer Steigerung des Lebenswillens. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass diese offenen Gespräche zu einer **Reduktion von Angst**, Hoffnungslosigkeit und des Wunsches zu sterben sowie einer **Reduktion der Depressivität** beitragen.



Frau Kremeike lud ein, sich in dem von ihr angebotenen Workshop genauer mit dem Leitfaden zu befassen und zu erforschen, was hinter Todeswünschen stecken kann und wie Gespräche hierüber initiiert werden können.

Austausch & Workshops



Blick auf die Teilnehmenden bei der Fragerunde

Jedem der drei Vorträge folgte eine Runde, in der die Teilnehmenden ihre eigenen Ideen, Gedanken und Eindrücke zu den Themen äußern konnten. Nach dem letzten Vortrag gab es zusätzlich noch eine Diskussionsrunde mit allen Referent*innen vorne und den Teilnehmenden. Hierbei wurde insgesamt auch deutlich, dass die Trauerbegleiter*innen sich sowohl beruflich als auch persönlich schon viel mit der Leitfrage beschäftigt hatten.

Nach dem Mittagessen gingen die Teilnehmenden in **Workshop-Gruppen**, die von drei der vier Referent*innen angeboten wurden (Dr. Schwabe zum Thema „**Sterbebilder**“, Herr Vietgen zum Thema „**Assistierter Suizid**“ und Dr. Kremeike zum Thema „**Sprechen über Sterbewünsche**“), ergänzt von einem Workshop, den Herr Frey anbot zum Thema „**Gefühlswelten**“, der sich vorrangig mit den emotionalen Aspekten der Teilnehmenden zum Thema befasste und in besonderer Weise zu einem persönlichen Austausch einlud.

Um den Tag nach der Workshopphase abzuschließen und noch einmal im größeren Kreis zusammen zu kommen, gab es eine **Gesprächsrunde** mit allen Teilnehmenden und Referierenden. Da die Konferenz vor allem Vernetzung und Austausch zum Ziel hat, bekamen die Teilnehmenden die Gelegenheit, sich erneut in kleinen Gruppen über ihre Erfahrungen in den Workshops auszutauschen.

Eine kurze gemeinsamen Sammlung von Eindrücken im Plenum bestätigte erneut, dass die Beschäftigung mit der Art und Weise, wie wir sterben wollen, einen wichtigen



und zunehmend an Bedeutung gewinnenden **Teil unserer heutigen Sterbekultur** darstellt. Alle Teilnehmenden bekräftigten den Wunsch, eine Auseinandersetzung mit diesem Thema zu intensivieren.

Die **Schlussworte** gehörten Clementine Haupt-Mertens, Vorstandsmitglied der Stiftung Trauerbegleitung und Bestattungskultur, die den Referent*innen und Teilnehmenden für den regen Austausch und dem Organisationsteam für seine Arbeit dankte, kleine Dankes-Geschenke verteilte und die Konferenz 2023 herzlich beendete.

Die diesjährige Erfahrungskonferenz fand statt in Kooperation mit:

Landesstützpunkt

Hospizarbeit und
Palliativversorgung
Niedersachsen e.V.



Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

Anhang:

Programm Erfahrungskonferenz

Textauszug zum „Durchschlupf“

Präsentation Sterbebilder (Dr. Dorothee Arnold-Krüger & Dr. Sven Schwabe)

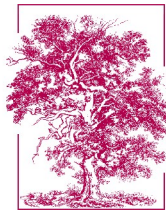
Präsentation „Darf ich Ihnen helfen?“/Assistierter Suizid (Andreas Vietgen)

Präsentation Sprechen über Todeswünsche (Dr. Kerstin Kremeike)



STIFTUNG TRAUERBEGLEITUNG
UND BESTATTUNGSKULTUR
HANNOVER UND NIEDERSACHSEN

Dokumentation zur Erfahrungskonferenz am
14.11.2023 zum Thema „Wie wollen wir sterben?“



Wie wollen wir sterben?

Programm der Erfahrungskonferenz am 14. November 2023

- 09:30 Uhr Anmeldung und Begrüßungs-Kaffee
- 10:00 Uhr Begrüßung Dr. Michael Wohlers
Vorstandsvorsitzender Stiftung Trauerbegleitung und Bestattungskultur
- 10:05 Uhr Begrüßung Elke Peters
Referentin Landesstützpunkt Hospizarbeit und Palliativversorgung Niedersachsen e. V.
- 10:10 Uhr Impulsreferate mit anschließender Diskussion (inkl. Pause gegen 11:25 Uhr)

Sterbebilder - Vorstellungen und Konzepte im Wandel

Dr. Dorothee Arnold-Krüger

*Theologische Referentin, Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum
und*

Dr. Sven Schwabe

Institut für Allgemeinmedizin & Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover (MHH)

„Darf ich Ihnen helfen?“ – Zur Diskussion um den assistierten Suizid

Andreas Vietgen

Seelsorger, Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitswesen, MHH

Sprechen über Todeswünsche

Dr. Kerstin Kremeike

Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin, Uniklinik Köln (Zentrum für Palliativmedizin)

- 13:00 Uhr Mittagessen
- 14:00 Uhr Austausch und Vernetzung in 4 moderierten Workshops (2 Runden à 1h)
Andreas Vietgen – „Darf ich Ihnen helfen?“ - Thema Assistierter Suizid
Dr. Sven Schwabe – Thema Sterbebilder
Dr. Kerstin Kremeike – Thema Sprechen über Todeswünsche
Michael Frey – Thema Gefühlswelten
- 15:00 Uhr Gruppenaustausch und Kaffee
- 15:15 Uhr 2. Workshop-Runde
- 16:30 Uhr Vorstellung der Ergebnisse, Ausklang und Abschied
- 17:00 Uhr Ende

Durch den Tag führt uns moderierend Michael Frey.

Gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung

„Ich habe heute eine Seligkeit erlebt, die war in etwas Großem. Ich bin hier gesessen und habe mich so treiben lassen, und dann hat sich der Raum plötzlich mit Gutem Gefüllt. Ich habe sehr lachen müssen, Schleier sind verschwunden und Unsicherheiten, Klarheit ist gekommen. Wenn es in einer anderen Welt so ist, bin ich sofort bereit zu gehen.“

Elisabeth Heller ist in ihrem 102. Lebensjahr, als ihr berühmter Sohn die Gespräche aufschreibt, die er über Monate mit seiner Mutter führt. Worauf es ankommt im Leben, was man hätte anders, vielleicht sogar besser machen können und warum sich die Mutter wünscht, „dass das Körperwerkel in Gottes Namen auslaufen soll“.

...

Im zwölften Gespräch in diesem Buch beschreibt Elisabeth Heller, wie sie sich den Abschied vom Leben nach mehr als hundert Jahren vorstellt.

E: Es gibt einen Durchschlupf

A: Wo?

E: In mir. Man zieht sich ganz in sich zurück und sammelt sich vor dem Durchschlupf.

A: *Du meinst einen Ausgang für die Seele- Man verschwindet auf diese Weise aus dem Körper?*

E: Wahrscheinlich. Man kann ihn benützen oder nicht. Aber es gibt ihn, und ich weiß es.

A: *Wie hast du ihn gefunden?*

E: Durch Nichtsuchen. Er war plötzlich da. Glaub mir.

A: *Ich glaube dir.*

E: Das ist wichtig ich rede nur darüber, wenn du mir glaubst.

A: *Ich glaube dir hundertprozentig.*

E: Wenn man den Durchschlupf nicht benützt, muss man anderswo durchbrechen. Das ist nicht so sanft und sehr unangenehm.

A: *Du meinst, man bestimmt selbst, ob das Übersiedeln schwer oder leicht ist.*

E: Ich hab den Verdacht.

A: *Ist dein Leben derzeit nicht interessant wie noch nie?*

E: Es war oft interessant, aber jetzt ist es ganz anders, alles ist innerlich.

A: *Wann wirst du den Durchschlupf benützen?*

E: Wann immer es stimmt. Es gibt keine Eile mehr. Ich weiß, es gibt ihn, und ich weiß wo er ist, ich bin ganz ruhig.

A: *Überhaupt keine Ängste?*

E: Nein, den Tod gibt es so nicht. Es war ein falsches Bild. Er ist nur das Wort für „den Durchschlupf benützen“.

Das ist dann der gute Tod. Das erstaunt mich jetzt doch.

A: *Hast du schon versucht, ihn zu benützen?*

E: Da muss man aufpassen: Wenn man durch ist, ist man draußen. Da kann man nicht zurück. Ich streife um ihn herum.

A:Wie eine Katze?

E: Ja.

A:Was vermutest du hinter dem Durchschlupf?

E: Eine Erwartung – etwas wartet auf mich.

A:Etwas Gutes?

E: Ja sicher. Mit dem Schlechten hat es dann endlich ein Ende. Das wäre auch fad, das kennt man ja schon zur Genüge, wenn man über hundert ist. Beim guten hat man Nachholbedarf.

- Pause -

Es ist seltsam. Ich bin sehr schwach und müde. So kann ich nicht durch den Durchschlupf. Etwas an Kraft braucht man dafür schon.

A:Es bedarf für das Aus-dem-Körper-Gehen einer letzten Anstrengung?

E:Es scheint mir so.

- Pause -

Es wird ja schon absurd.

A:Was?

E: Das Hierbleiben.

A:Wenn du überzeugt bist, deine Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben und es nichts mehr zu lernen gibt, dann heiße den Seitenwechsel willkommen.

E: Ich weiß nicht, was mich zögern lässt, das muss ich noch erforschen.

A:Ich wünsche dir Klarheit und die Fähigkeit zum richtigen Zeitpunkt die richtige Entscheidung zu treffen.

E: Das ist lieb von dir. Komm her, ich mich die ein Kreuzerl auf die Stirn.

Quelle:

Westermann, Christine:

Manchmal ist es federleicht – Von kleinen und großen Abschieden.

Kiepenheuer und Witsch 2019

Sterbebilder – Vorstellungen und Konzepte im Wandel

Erfahrungskonferenz 2023

„Stiftung Trauerbegleitung und Bestattungskultur. Hannover und
Niedersachsen“

Wie wollen wir sterben?

14. November 2023, 9:30-17 Uhr

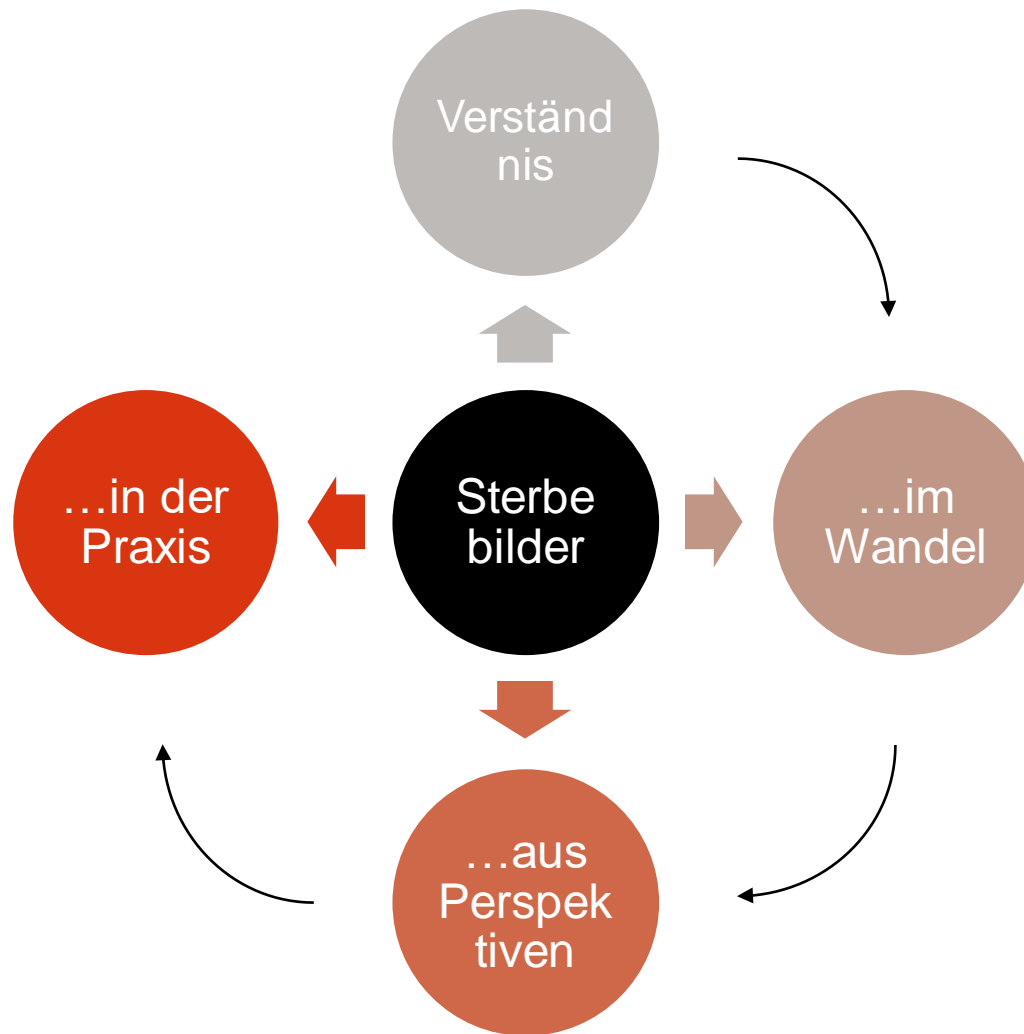
Dr. Dorothee Arnold-Krüger
Theologische Referentin, Zentrum für
Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen
Akademie Loccum



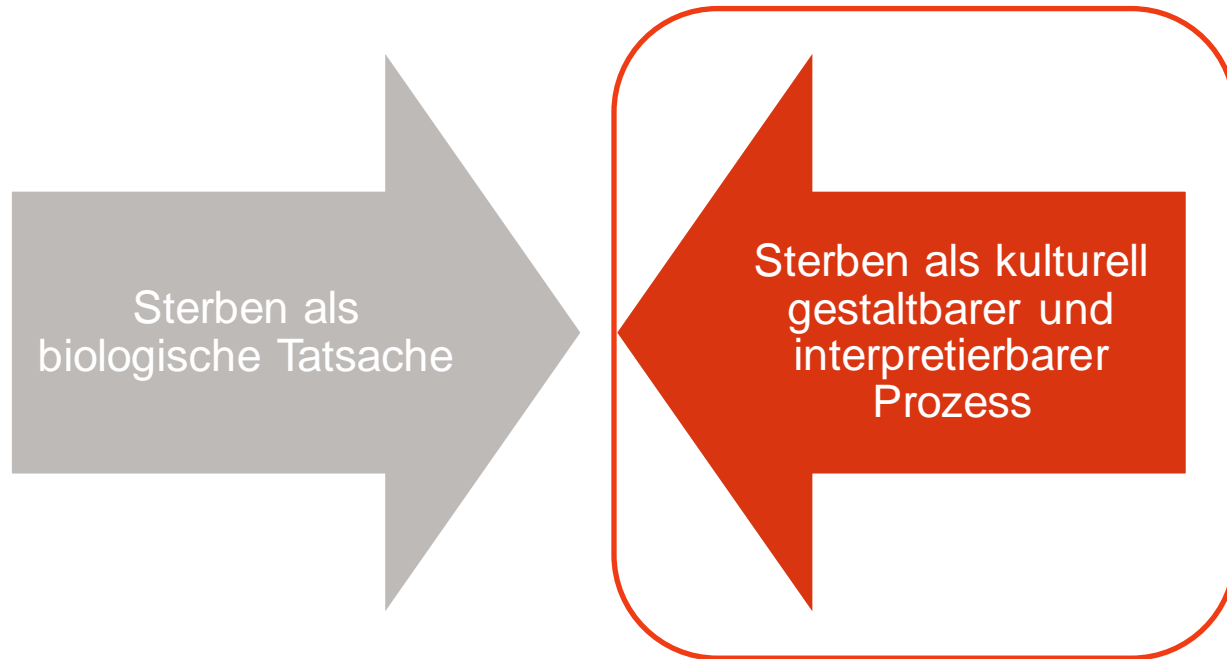
Dr. Sven Schwabe
Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für
Allgemeinmedizin und Palliativmedizin,
Medizinische Hochschule Hannover



Roter Faden



Was sind Sterbebilder?



Sterbebilder



Vorstellungen
(Bilder im Kopf)



Erzählungen
(Bilder in der Sprache)



Visualisierungen und
Gegenstände (Bilder zum
Anschauen/Anfassen)

Sterbebilder im Wandel

Mitte/Ende 20.
Jhd.

- Tabuisierung des Sterbens und die „Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen“ (Elias 1982)

Seit den
1990er Jahren

- „Neue Sichtbarkeit des Todes“ (Macho/Marek 2007)

Seit den
2000er Jahren

- Renormierung des Sterbens (Streeck 2016)
- Sterben als letzte „Planungsaufgabe“ (Gronemeyer 2012)

Perspektiven auf das Sterben

- „DFG-Projekt „Vom guten Sterben. Akteurskonstellationen, normative Muster und Perspektivendifferenzen“, LMU München (Projektleitung: Armin Nassehi)
- Alle Akteure haben eine je eigene Perspektive auf das Sterben
 - **Ärzt:innen:** Sterben als Entscheidungsproblem -> Handlungssicherheit herstellen
 - **Pflegekräfte:** Sterben als Organisationsherausforderung -> möglichst geräuschlos in Stationsabläufe integrieren
 - **Sterbende:** Sterben als radikaler Bruch
- In der gelebten Praxis prallen unterschiedliche „Sterbebilder“ aufeinander

Hospiz als Sterbebild

„Hospiz“ als Raum

- in der Regel: kleine Gebäude mit Außengelände
- Gemeinschaftsbereich
- z.T. besondere Angebote (Badezimmer)
- bestimmte Gestaltung der Zimmer und anderer Räumlichkeiten: Farbgebung/ Möblierung

Hospiz als Sterbebild

„Hospiz“ als Raum

Vorgestellt wird ein Raum-Bild für „Gutes Sterben“

- Individualität
 - Sozialität und Solidarität
 - Atmosphäre
- Bestimmtes Verständnis von „Sterben“?

Hospiz als Sterbebild

In dem Sterbebild „Hospiz“ können unterschiedliche „Sterbebilder“ in Konflikt geraten

Fallbeispiel „Künstliche Ernährung“

(nach Lilian Coates: Sterben im Spannungsfeld von Autonomie und Natürlichkeitsidealen. Eine Falldarstellung zur künstlichen Ernährung im stationären Hospiz. In: Arnold-Krüger, Dorothee/Schwabe, Sven (Hrsg.): Sterbebilder. Vorstellungen und Konzepte im Wandel. Stuttgart 2023.)

Frau Bär (Name geändert), Mitte 80 Jahre alt, über einen Port künstlich ernährt, wird im Hospiz aufgenommen.

Hospiz als Sterbebild: Fallbeispiel

Wie kommt es zum Konflikt? Wo liegen Herausforderungen?

1. Künstliche Ernährung als Repräsentation der „Apparatemedizin“
2. „Versorgungsproblem“ vs. „Entscheidung für das Hospiz“
3. Frau Bär trifft nicht die „richtige“ Entscheidung

Diskussion

- In der gelebten Praxis können unterschiedliche „Sterbebilder“ und Vorstellungen des „guten Sterbens“ aufeinandertreffen und miteinander konfliktieren
- Aushandlungsprozesse zwischen strukturellen Rahmenbedingungen, Ansprüchen der Professionellen und „Patientenautonomie“
- Reflexion der eigenen Sterbebilder und Auswirkungen auf die Begleitungspraxis kann sich positiv auf die Autonomie der Begleiteten auswirken -> Workshop



Dorothee Arnold-Krüger/
Sven Schwabe (Hrsg.):
Sterbebilder. Vorstellungen
und Konzepte im Wandel
Stuttgart 2023

ISBN 978-3-17-041042-8

„Darf ich Ihnen helfen?“

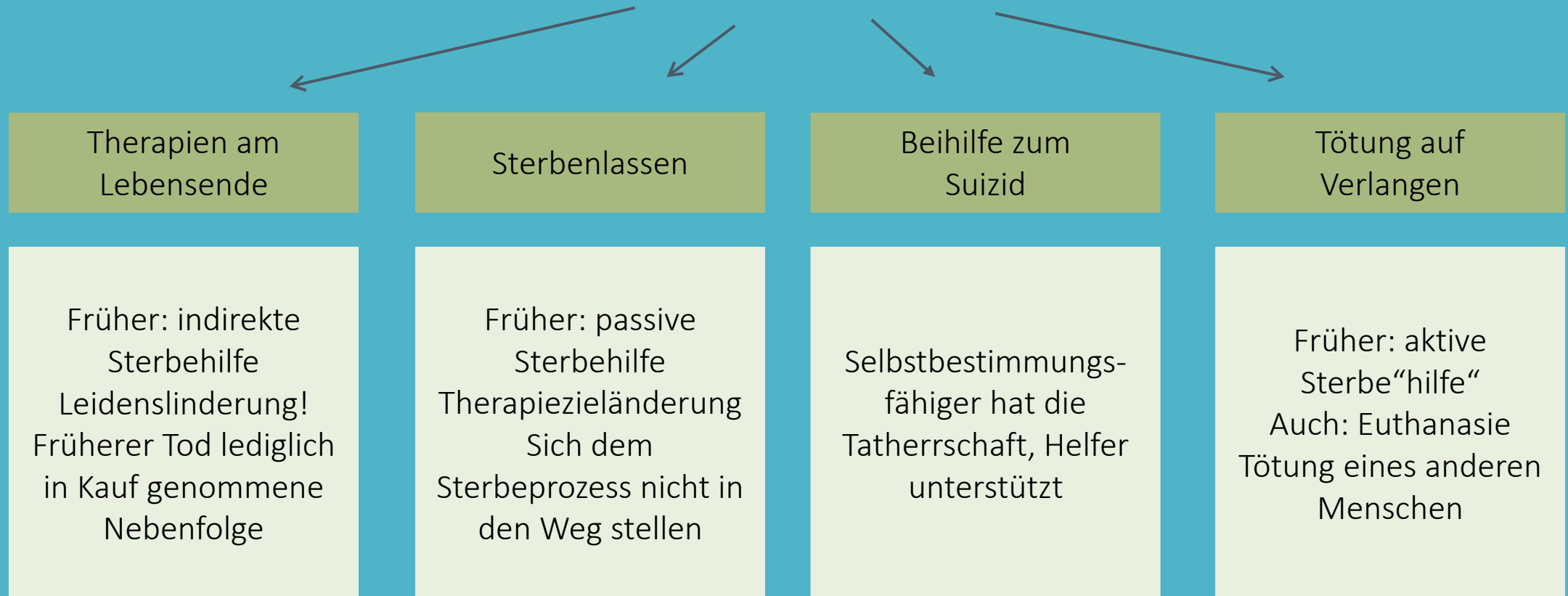
Zur Diskussion um den assistierten Suizid

Wie wollen wir sterben?

Erfahrungskonferenz 14. November 2023

Andreas Vietgen, Kath. Seelsorge an der MHH

Sterbehilfe



Nach: Prof. Dr. Taupitz

Wie wollen wir sterben?

Erfahrungskonferenz 14. November 2023

Andreas Vietgen, Kath. Seelsorge an der MHH

Assistierter Suizid

„...die Entscheidung des Einzelnen, entsprechend seinem Verständnis von der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz dem Leben ein Ende zu setzen, (...) als Akt autonomer Selbstbestimmung anzuerkennen.“

(Zitat aus dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020)

Voraussetzungen:

- Keine psychische Störung
 - Aufgeklärter Patient, inkl. Alternativen
 - Kein äußerer Druck
 - Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches
-
- Wie ist unsere Haltung?
 - In was für einer Gesellschaft wollen wir leben?
 - Wie gehen wir mit dem Sterbewunsch eines Menschen um?

Wie wollen wir sterben?

Erfahrungskonferenz 14.November 2023

Andreas Vietgen, Kath. Seelsorge an der MHH



UNIKLINIK
KÖLN



Sprechen über Todeswünsche

PD Dr. rer medic. Kerstin Kremeike
Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

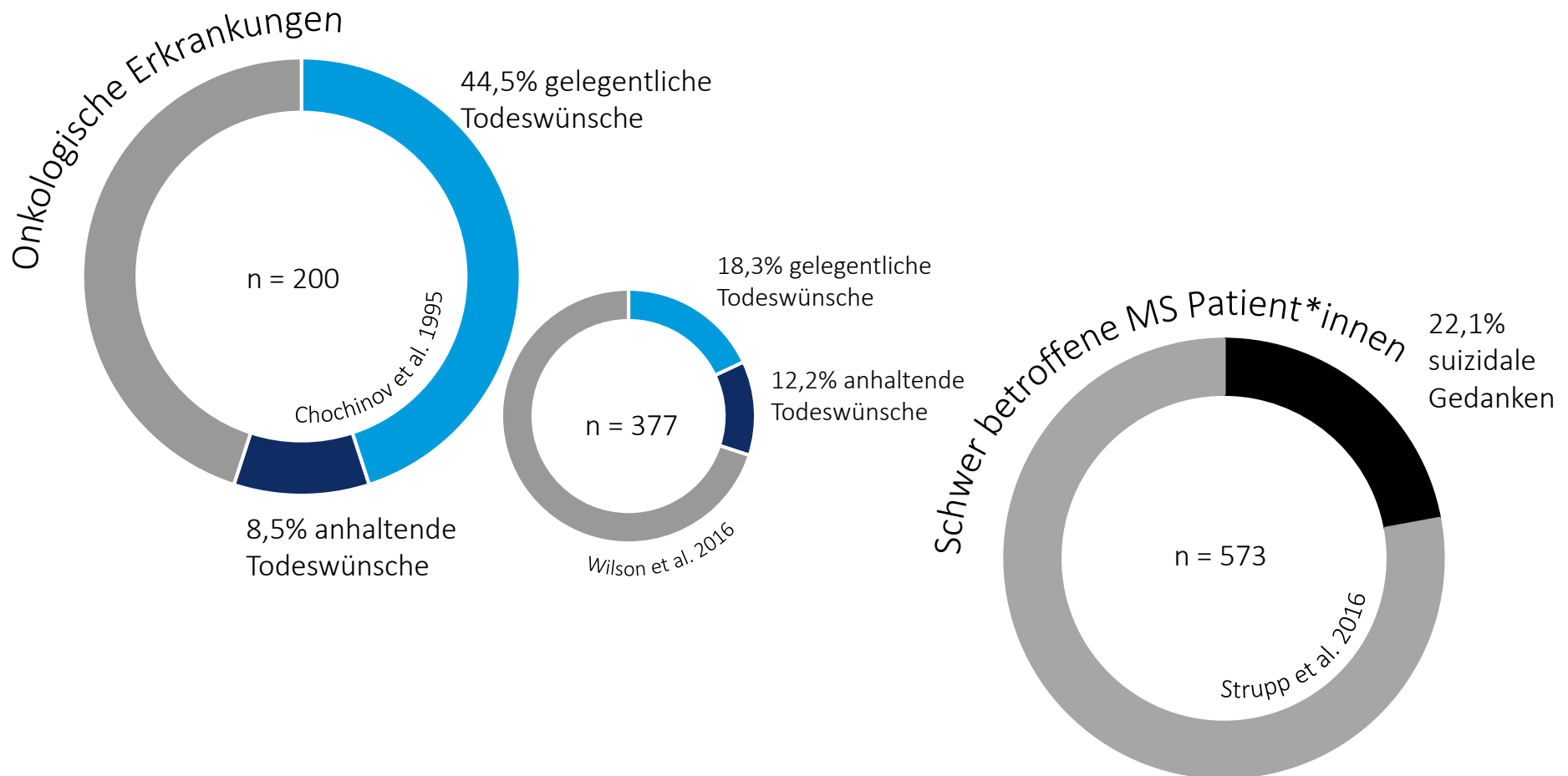
14.11.2023 | Erfahrungskonferenz Stiftung Trauerbegleitung und
Bestattungskultur: „Wie wollen wir sterben?“

Todeswünsche als komplexes Phänomen

Sprechen über Todeswünsche

Prävalenz

❖ Todeswünsche sind **häufig bei schwerkranken Erwachsenen**:



Äußerungen von Todeswünschen



Kremeike, Boström et al. 2022

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)

Todeswunsch und Lebenswille

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

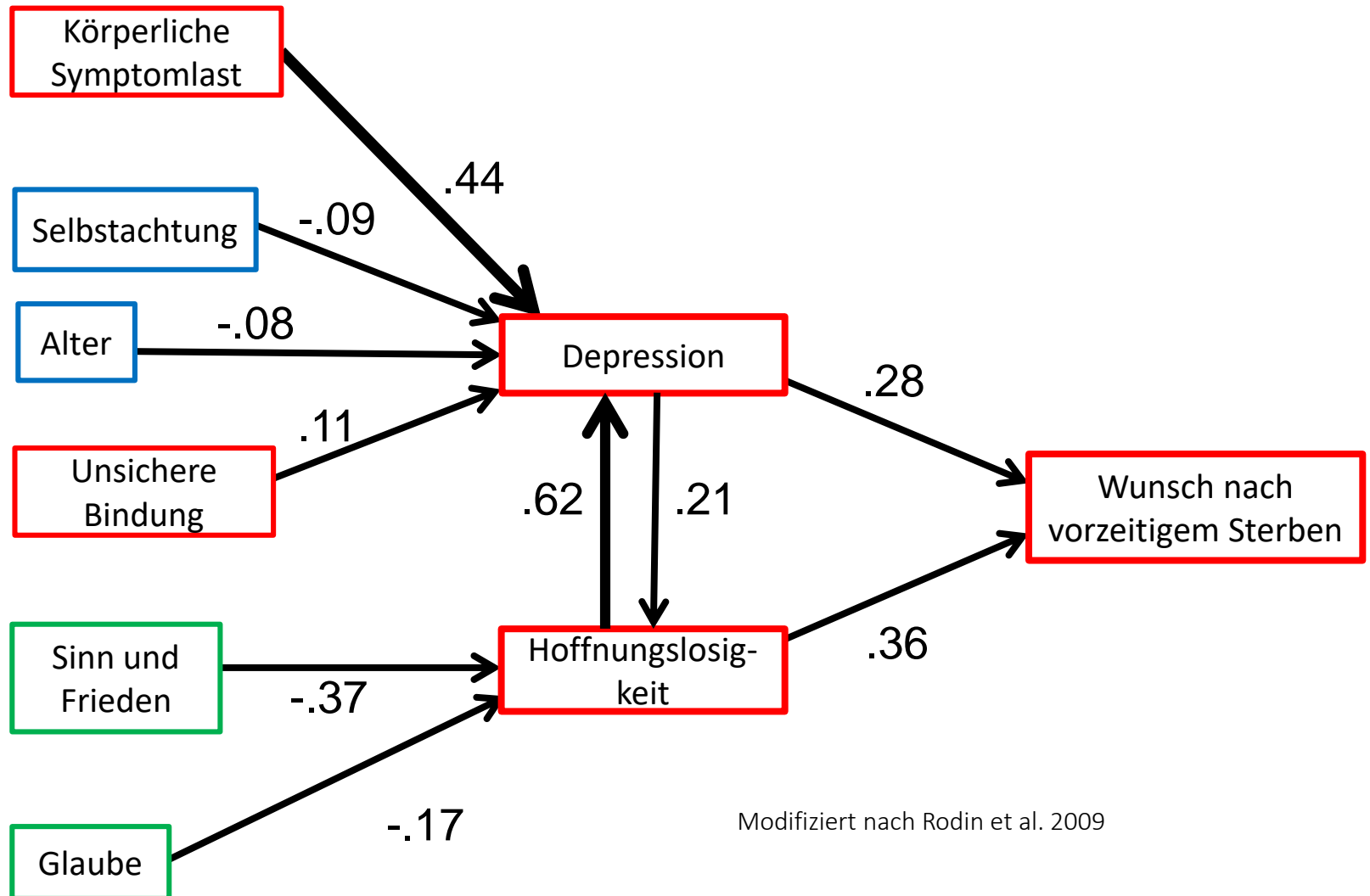
„...ich möchte leben, oh mein Gott...“ – Patient bricht in Tränen aus

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

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

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

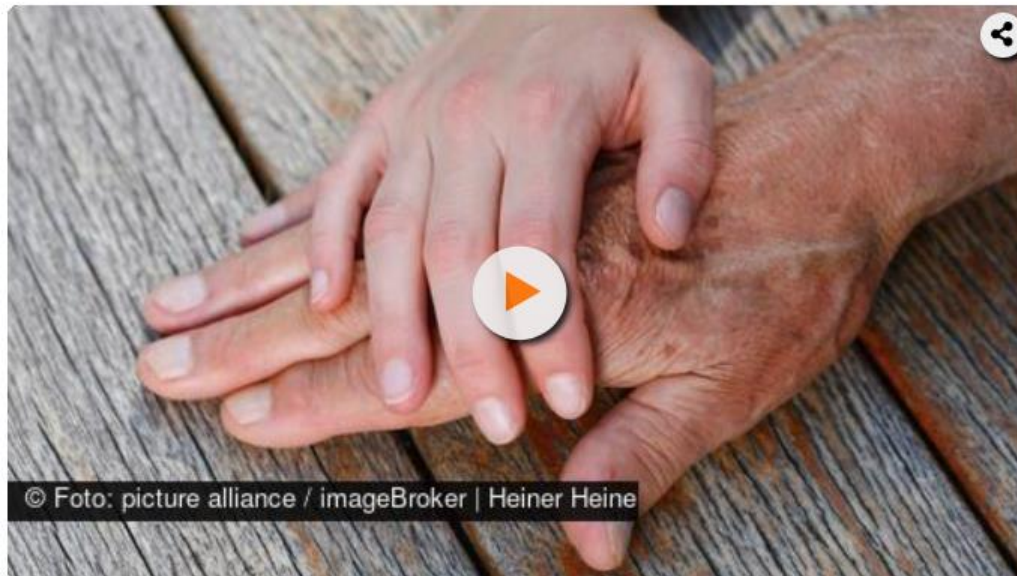
Todeswünsche als komplexes Phänomen


Sprechen über Todeswünschen

Aktuelle Situation in Deutschland

Recht

Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab



Der Bundestag hat am **Donnerstag, 6. Juli 2023**, zwei Gesetzentwürfe von fraktionsübergreifenden Gruppen über eine **Neuregelung der Suizidhilfe** mehrheitlich zurückgewiesen. Einen gemeinsamen Antrag beider Gruppen mit dem Titel „Suizidprävention stärken“ ( 20/7630) nahm das Parlament hingegen mit 692 Ja-Stimmen bei einer Nein-Stimme und vier Enthaltungen an.

Aktuelle Situation in Deutschland II



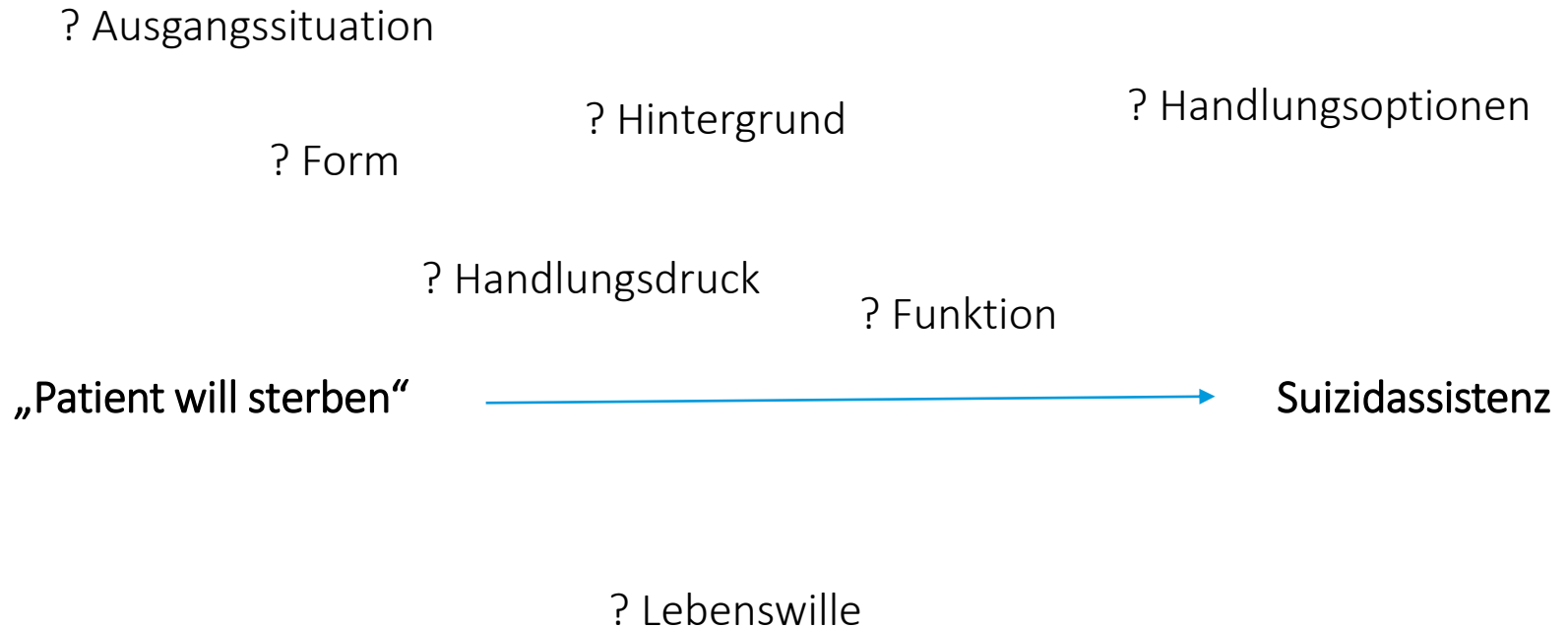
- ❖ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin warnt davor, geäußerte Sterbewünsche ausschließlich als Handlungsaufforderung zu verstehen.
- ❖ S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patient*innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* (2019)



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?



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

Schulungscurriculum „Umgang mit Todeswünschen“

Originalarbeit Thieme

Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Evaluation eines Schulungsprogramms

Dealing with Desire to Die in Palliative Care – Evaluation of a Training Program

Autoren
Kathleen Boström¹, Thomas Dojan¹, Gerrit Frerich¹, Vanessa Romotzky¹, Maren Galushko¹, Raymond Voltz^{1,2,3,4}, Kerstin Kremeike¹

Kreimeike et al. *BMC Palliative Care* (2020) 19:49
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-00548-7> BMC Palliative Care

RESEARCH ARTICLE Open Access

The desire to die in palliative care: a sequential mixed methods study to develop a semi-structured clinical approach 

Kerstin Kreimeike^{1*}, Gerrit Frerich¹, Vanessa Romotzky¹, Kathleen Boström¹, Thomas Dojan¹, Maren Galushko¹, Kija Shah-Hosseini², Saskia Jünger³, Gary Rodin^{4,5,6}, Holger Pfaff⁷, Klaus Maria Perrar¹ and Raymond Voltz^{1,8,9}

Inhalt

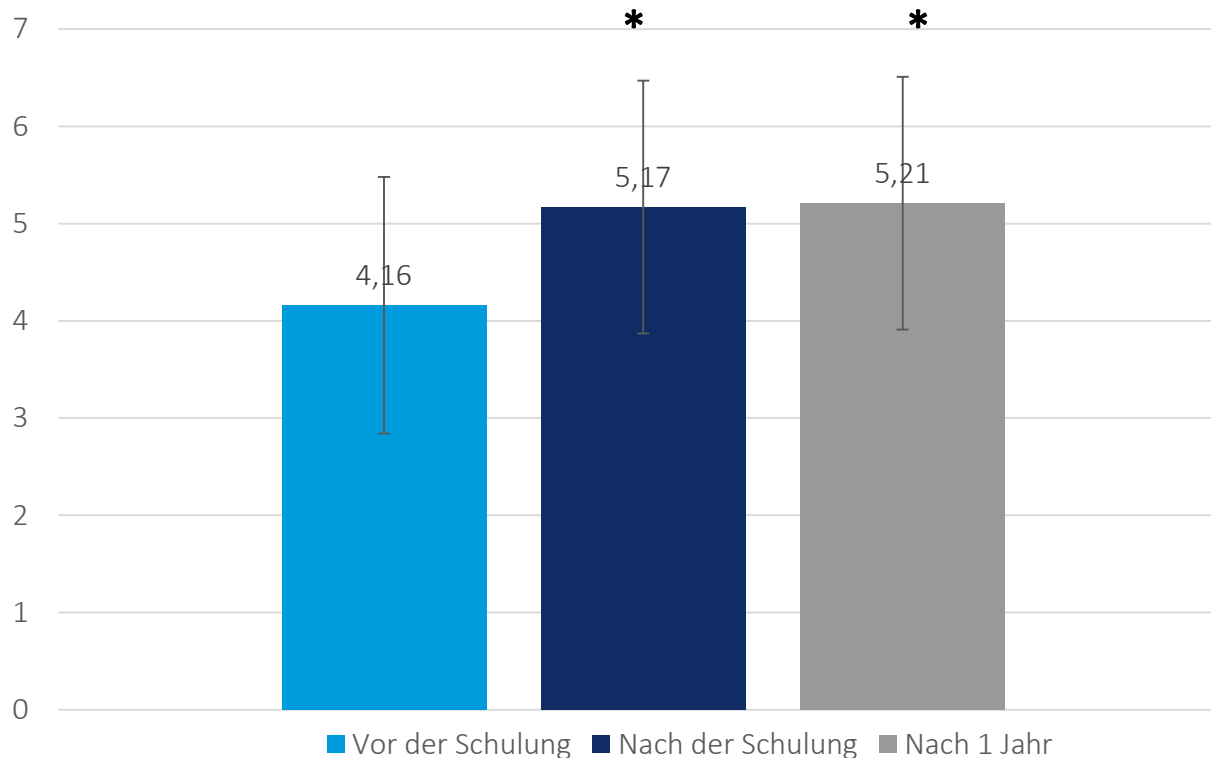
- 1 Praxis- Austausch
- 2 Eigene Haltung, Normen und Werte
- 3 Wissenschaftliche Perspektive und Leitfaden
- 4 Reflexion zum eigenen Umgang
- 5 Umgang mit Todeswünschen – praktische Übung
- 6 Selbstschutz



Evaluation der Schulung zum Umgang mit Todeswünschen I



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



Effektstärke

› Vor der Schulung –
Nach der Schulung ($n=85$)
Cohens $d = 0.74$

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

Boström et al 2022

Evaluation der Schulung zum Umgang mit Todeswünschen II



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.

„Nach der Schulung habe ich gedacht:
Aha, hast Du die Themen nicht
wahrgenommen? Weil plötzlich hatt' ich
einige Menschen [...] Ich vermute fast,
dass ich vorher das Thema wirklich nicht
so konsequent angepackt habe.“

48-jährige Hospizkoordination

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

Boström et al 2022

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*

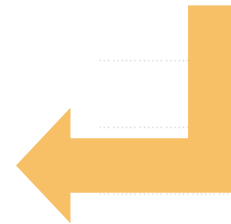
- Es gibt **keinen Hinweis**, dass das **Ansprechen** von suizidalen Gedanken **zu deren Entstehung oder Steigerung** führt.

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

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

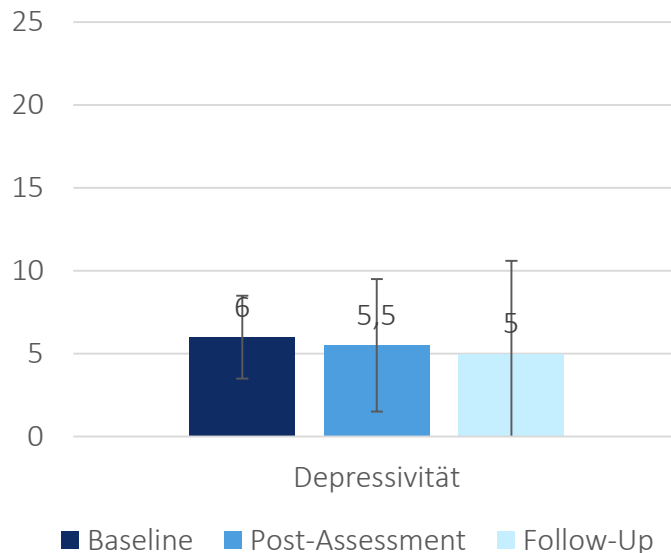
Todeswunsch-Äußerungen

Maßnahmen & Vorgehen

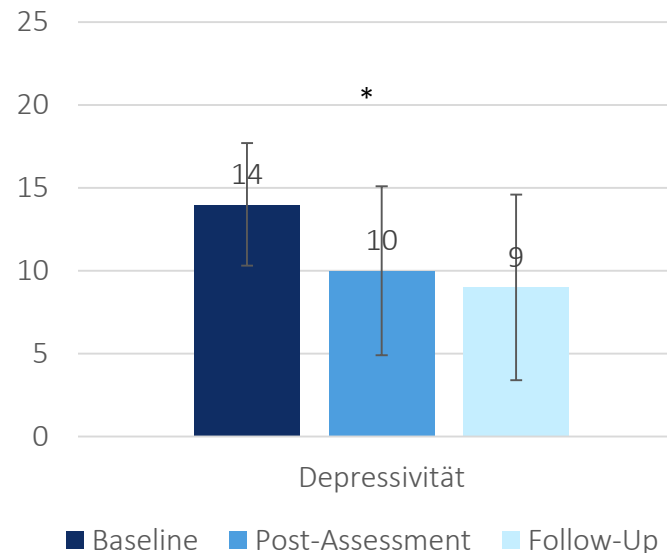
Evaluation von Gesprächen über Todeswünsche

N=85 Patientinnen und Patienten

- Hoffungslosigkeit, Angst vor Sterben und Tod, Wunsch nach vorzeitigem Sterben ↓ (nicht sign.)
- Beziehungsqualität mit Versorgenden, Lebenswille ↑ (nicht sign.)
- **Depressivität ↓** ($p = .002$; Cohens $d = 0,43$) – vor allem bei mittel-starker Depressivität ($Z = -3.730$, $p \leq 0.000$; Cohens $d = 1.2$).



gering (<10; "mild-moderate Depressivität"), n = 39



hoch (≥ 10 ; "mittel-starke Depressivität") n = 43

Voltz R et al. (2021)

Schulungsnachfrage – Aktuelle Entwicklung






› Bisher **80** durchgeführte und ausstehende Schulungen mit bisher ca. **1000 TN***

Durchführungsrahmen	Anzahl Schulungen	Anzahl Teilnehmende
Schulungsentwicklung	2	24
Evaluation	12	102
Weiterentwicklung	4 (2x online, 2 x Präsenz)	42
Inhouse-Schulungen	34	(Ø TN = 15)
Ausstehend	28	
Gesamt	80	ca. 1000

*Stand Oktober 2023

Umgang mit Todeswünschen - Ausbau digitaler Lehr- und Informationsangebote (DeDigiTaL)

- › Weiterentwicklung des Schulungsangebotes mit drei Zielsetzungen (06/2021-12/2023):

Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
<p><i>Digitalisierung</i> des bestehenden Schulungscurriculums</p> 	<p>Erarbeitung neuer Angebote für</p> <p>a) <i>Angehörige</i> und</p> <p>b) <i>Ehrenamtliche</i></p> 	<p>Erstellung einer <i>Website</i> zum Selbststudium</p> 

- › Erhebung von Möglichkeiten und Bedarf mittels folgender Methoden:

Literaturrecherche	zu <i>Entwicklung, Abhaltung und Evaluation von Online Trainings</i>
Fokusgruppen	mit <i>ehrenamtlichen Mitarbeitenden und Angehörigen(-vertretungen)</i>

- Würdigung der eigenen Rolle
- Fallbeispiele aus Ehrenamtsperspektive

- Kürzere, gut verständliche Informations- & Austauschformate
- Neutrale Informationen

Fazit

- Todeswünsche sind ein **komplexes Phänomen mit vielen möglichen Ausprägungen, Hintergründen, Bedeutungen und Funktionen.** Verbunden mit starkem Handlungsdruck **können sie auf Suizidalität hinauslaufen, müssen es jedoch nicht.**
- **Kommunikation** darüber lässt sich verbessern
- **Gespräche über Todeswünsche** mit einer offenen, interessierten und respektvollen Grundhaltung schaden Patientinnen und Patienten nicht, sondern **können entlasten.**
- **Auch Versorgungsteams und -einrichtung** profitieren von einer **offenen Kommunikation**, z.B. bei der Haltungsentwicklung

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.
- 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, 6(2), 170. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000604
- Grafiken von www.thenounproject.com

Vielen Dank!

kerstin.kremeike@uk-koeln.de



UNIKLINIK
KÖLN