

# Persönliche PDF-Datei für Kaneider C, Crepaldi G.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting

Zeitschrift für  
Palliativmedizin

2024

127–133

10.1055/a-2232-4586

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

## Copyright & Ownership

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Zeitschrift für Palliativmedizin* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,  
Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 1615-2921

## Psychodynamisches Verstehen assistierter Suizidwünsche im palliativen Setting

Christina Kaneider, Gianluca Crepaldi

Ärzte und Ärztinnen, die im palliativen Kontext für Beratung und Aufklärung zur Sterbeverfügung angefragt werden, sind Verunsicherungen, institutionellen Barrieren und emotionalen Belastungen ausgesetzt [1]. Ungeachtet der normativen Debatte um den assistierten Suizid benötigen Palliativmediziner\*innen entsprechende Reflexionsinstrumente, um den individuellen Sterbewunsch und seine latente Bedeutung angemessen einzuordnen. Ein psychodynamisches Verstehen des Einzelfalls kann hilfreiche Orientierung in der Betreuung, Beratung und Aufklärung von Patient\*innen mit assistiertem Suizidwunsch bieten.

### ABKÜRZUNGEN

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| <b>AS</b>    | assistierter Suizid       |
| <b>EOLC</b>  | End-of-Life Care          |
| <b>StVfG</b> | Sterbeverfügungsgesetz    |
| <b>WHO</b>   | World Health Organization |

### Einleitung

Die vielfach emotional geführten und teilweise moralisierenden Diskussionen darüber, ob der assistierte Suizid (AS) abzulehnen oder, unter bestimmten Bedingungen, zu befürworten sei, helfen in der täglichen Praxis palliativer Versorgung nicht weiter. Im Gegenteil: Rigide Haltungen in beide Richtungen erschweren eine professionelle Arbeit mit palliativen Patient\*innen, die einen Wunsch nach AS äußern und eine Sterbeverfügung anfragen.

Im Folgenden soll anhand von kurzen Fallbeispielen aufgezeigt werden, wie ein psychodynamisches Verstehen des Einzelfalls den nach § 7 StVfG zur Aufklärung berechtigten Mediziner\*innen ermöglichen kann, den geäußerten Sterbewunsch mit dem Patienten besser zu verstehen; dieses neu gewonnene Verständnis kann in eine gemeinsame Entscheidungsfindung (shared Decision-Making [2]) bei der Erstellung der Sterbeverfügung bzw. der Planung der weiteren palliativen Betreuung einfließen.

### Merke

**Auch wenn sich vorliegender Beitrag vordergründig der ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsarbeit widmet, kann das hier besprochene psychodynamische Fallverstehen aus unserer Sicht für alle Berufsgruppen der Palliative Care relevant und hilfreich sein.**

In der rezenten psychoanalytischen Fachdiskussion wird betont, „dass unbewusste Faktoren für das Verständnis von Wünschen nach assistiertem Suizid ausschlaggebend sind“ und wie wichtig es deshalb ist, „einen ‚Denkraum‘ zu eröffnen, anstatt unflexiblen und ideologischen Haltungen für oder gegen Sterbehilfe zu unterliegen“ [3].

Auch die erweiterte S3-Leitlinie für Palliativmedizin empfiehlt beim Umgang mit Todeswünschen eine Grundhaltung „von Offenheit, Interesse und Respekt [...] für das Denken, Erleben und Handeln des Patienten“. Dieser Zugang solle „nicht notwendigerweise eine Zustimmung zur aktiven Beendigung des Lebens“ beinhalten, aber – das darf und muss wohl folgerichtig hinzugefügt werden – bedingt dieser ebenso wenig die Ablehnung, Verwerfung oder Nichtbeachtung der Absicht eines Patienten, sein Leben aktiv zu beenden [4].

Das Ziel wäre eine Abkehr von Polarisierung durch dogmatische Einstellungen zum AS hin zu einer patientenzentrierten Sichtweise, die eine – auch im Ergebnis – offene Haltung des Arztes bei Beratung und Aufklärung zum AS impliziert. Aufklärung sollte hierbei nicht mehr als einmaliger informativer Akt (Informed Consent) verstanden, sondern als interpersoneller Prozess auf psychodynamischer Grundlage konzeptualisiert werden, durch die ein gemeinsamer Reflexionsraum über die Frage des AS entsteht, in den auch nahe Angehörige einzubinden sind.

## Der psychodynamische Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung bei Sterbewünschen und AS-Wunsch

Die Arbeit mit Menschen am Lebensende erfordert neben der Berücksichtigung der (objektivierbaren) somatischen Dimension (z.B. Symptomkontrolle) immer auch eine Orientierung an der subjektiven Lebenswelt des Sterbenden, zumal das Sterben und der Tod eines Individuums in sehr hohem Ausmaß singuläre Ereignisse darstellen, denen mit Interventionen aus medizinischen Manualen und Handbüchern allein nicht gerecht zu werden ist [5]. Eine psychodynamisch orientierte Arbeits- und Denkweise mit Sterbenden bietet die Möglichkeit, diesem zentralen Faktor Subjektivität gezielt Rechnung zu tragen, ganz besonders auch bei Wünschen nach AS.

Das wiederum verlangt von Mediziner\*innen in der Palliative Care ein reflektiertes Arbeiten mit der eigenen Subjektivität. Die Nutzung der eigenen emotionalen Resonanz des Arztes auf die bewussten und unbewussten Kommunikations-, Interaktions- und Beziehungsangebote des Patienten (Übertragung), die man in der psychodynamischen Fachliteratur auch als Gegenübertragung bezeichnet, erweist sich als eines der wichtigsten Tools zur systematischen Reflexion von Sterbewünschen [3]. Darauf wird auch in der S3-Leitlinie über die professionelle Haltung zu Sterbewünschen hingewiesen: „Was der professionelle Begleiter fühlt, wird oftmals vom Patienten unbewusst ausgelöst. Das dahinterstehende Konzept von Übertragung und Gegenübertragung ist ein zentrales Konzept psychoanalytischer Therapie“ [4]. In den einschlägigen Publikationen wird häufig hinzugefügt, dass diese psychodynamischen Beziehungskonzepte von Übertragung und Gegenübertragung ausdrücklich nicht nur in einem psychotherapeutischen Setting im engeren Sinne, „sondern im weiteren Umfang von Palliative Care nutzbar gemacht werden“ [5]. Psychoanalytisches Verstehen, so betont Ralf Vogel, sei bereichernd für alle Palliative-Care-Berufe, geht es darin doch um das „sorgfältige Beachten des Unbewussten, und zwar das Unbewusste in Beziehung zum anderen Menschen“ [6].

Eine Aufteilung des sterbenden Menschen in biologische, psychische, soziale und spirituelle Aspekte, die jeweils getrennt von einer zuständigen Berufsgruppe zu behandeln wären, steht dem integrativen und multiprofessionellen Ansatz der Palliative Care entgegen und wird den Bedürfnissen von Patient\*innen nicht gerecht. Die genannten vier Dimensionen der Palliative Care sind eng verbunden und gehen ineinander über. So soll es etwa bei Sterbenden nicht in erster Linie um „Fragen der Diagnostik psychischer Dysfunktionen oder professioneller Kompetenz- und Zuständigkeits-

debatten“ gehen [7]. Vielmehr ginge es insgesamt darum, die Potenziale psychodynamischer Ansätze in der palliativen Betreuung sowie der ärztlichen Beratung und Aufklärung von Sterbenden auszuloten, insbesondere da, wo der Sterbewunsch in seiner vielschichtig-komplexen, teilweise latenten (unbewussten) Bedeutung zu verstehen wäre.

### Merke

**Was bedeutet nun aber psychodynamisches Arbeiten mit der Gegenübertragung konkret für das ärztliche Beratungs- und Aufklärungsgespräch mit dem Patienten im Kontext des AS? Folgende reflexive Leitfragen haben sich in mehreren Fällen als hilfreich erwiesen.**

- Welches spontane Gefühl entsteht beim Arzt im vis-à-vis mit dem Patienten, der einen Sterbewunsch bzw. Wunsch nach AS äußert?
- Formt sich ein klares und stimmiges Bild zum Suizidwunsch des Patienten, oder fühlt sich der geäußerte Suizidwunsch unausgereift und irritierend für den aufklärenden Arzt an?
- Werden die Angehörigen und deren (emotionale) Beteiligung in der letzten Lebensphase des Patienten von diesem berücksichtigt und mitgedacht, oder klammert der Patient die anderen aus seinen Erwägungen aus?
- Wie leicht oder wie schwer ist es für den Arzt, Angehörige in den Prozess einzubinden?

Und weiter:

- Kann der Patient gemeinsam mit dem Arzt in die Vorstellung der Sterbeszene einsteigen und diese in der Phantasie gemeinsam durchspielen?
- Wirken die spontanen Beschreibungen des Patienten hier logisch und emotional nachvollziehbar?
- Kann der Patient im Gespräch ein realistisches Bild von einer Sterbeszene entwickeln? Oder sperrt sich der Patient überhaupt gegen eine derartige Exploration?

Dieser psychodynamische Ansatz, das Arbeiten mit Übertragung und Gegenübertragung, ist dann am effektivsten, wenn er auf der Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung umgesetzt wird. Die Ergebnisse der Bindungsforschung zeigen, dass das Bindungssystem am Lebensende „hoch aktiviert“ ist und Betreuende in der Palliative Care für den Sterbenden in der Funktion einer secure Base gebraucht werden [8].

### Cave

**Der Sterbende richtet den ganzen Rest seiner verfügbaren Lebenskräfte auf betreuende und andere Bezugspersonen. Diese Erfahrung eines derart „gesteigerten Bindungsverlangens“ des sterbenden Men-**

schen stellt für die professionelle Bezugspersonen eine sehr berührende Erfahrung dar, kann aber zugleich auch als sehr anstrengend und aufzehrend erlebt und deshalb gemieden werden [9].

Der französische Psychosomatiker und Psychoanalytiker Michel de M'Uzan hat eindrücklich darauf hingewiesen, dass im Wunsch des Patienten, man möge seinen Tod beschleunigen, unbewusst und unmerklich noch eine weitere zentrale Bitte versteckt ist: dass man sich dieser wichtigen Beziehung, die vom Patienten damit vorgeschlagen wird, nicht entziehen möge, damit die gemeinsame „Arbeit am Hinübergehen“ (Sterben) gelingen kann [10].

Über den Tod zu sprechen und darin mit dem Patienten eine einzigartige Beziehung einzugehen, ist nicht möglich, ohne dass beim Arzt eigene Todesängste reaktiviert werden. Die Mediziner\*innen haben „wegen ihrer eigenen abgewehrten Todesangst Hemmungen, sich mit ihren Patient\*innen auf das Thema Tod einzulassen, und die Patient\*innen wollen ihren Arzt oder ihre Ärztin auch nicht unnötig mit diesem Thema belasten“, weshalb die Patient\*innen die Ärzte schonen, diese nicht in Verlegenheit bringen wollen und Angst haben, von diesen gemieden oder verlassen zu werden [9].

#### FAZIT

##### Take Home Message

Diese hier beschriebenen unbewussten Beziehungsdynamiken gelten in erhöhtem Ausmaß für das Thema des AS und seiner Ablehnung in weiten Teilen der Medizin. Gerade deshalb wäre eine besonders feinfühlig Herangehensweise von Mediziner\*innen erforderlich, die über ein hohes Ausmaß an Selbstreflexion verfügen, welches über psychodynamische Fort- und Weiterbildung, Selbsterfahrung und Supervision geschult und vertieft werden könnte.

## Klinische Fallbeispiele

Folgende Patientenbeispiele werden unter einem psychodynamischen Gesichtspunkt betrachtet und führen beim Thema AS zu unterschiedlichen Ergebnissen. In allen 3 Fällen hatte die aufklärende bzw. beratende Ärztin eine kontinuierliche und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufgebaut und sich mit ihrer Gegenübertragung auseinandergesetzt.

## FALLBEISPIEL

### Fall 1

Anna (59) leidet seit 7 Jahren an einer neurodegenerativen Erkrankung, damit einhergehender Immobilität, Sprech- und Schluckstörungen sowie einer Blasenentleerungsstörung. Im Verlauf einer hospizlichen Betreuung und stark zunehmender Symptomlast hat sich bei der Patientin ein Sterbewunsch hin zu einem AS konkretisiert, es war jedoch zunächst sehr schwierig, im palliativen Kontext eine Ansprechperson mit offener Haltung zu diesem Thema zu finden. Eine zur Aufklärung bereite Palliativmedizinerin mit psychodynamischer Weiterbildung gibt Anna erstmals Raum, um über den AS zu sprechen, und erlebt den bei mehreren Visiten klar formulierten Sterbewunsch der Patientin als stimmig.

Für Anna ist der AS eine Möglichkeit zur Rückgewinnung ihrer Autonomie, die entsprechend ihrer Persönlichkeit einer der wichtigsten Bestandteile subjektiver Lebensqualität darstellt. Sie kann ohne erkennbare Widerstände oder Irritationen mit ihrer Ärztin die konkrete Sterbeszene explorieren, die sie aktiv gestalten möchte. Sie ist dazu in der Lage, ihren Partner und dessen emotionale Bedürfnisse in ihre Überlegungen einzubeziehen. Der Ehepartner von Anna ist im Allgemeinen zwar kritisch gegenüber dem AS eingestellt, möchte ungeachtet dessen seiner Gattin ihrem Wunsch gemäß beistehen und legt seine Position im Angehörigengespräch mit der Ärztin authentisch dar.

Für Anna ist es vor dem Hintergrund ihrer Biografie sehr wichtig, auch in der Sterbeszene „leben zu können“, und das Leben ist für die Patientin stark an das Gefühl des „Frauseins“ gebunden. Dafür steht symbolisch ein besonderes Kleid, das Anna an dem für den AS festgesetzten Tag aussucht und anzieht. Sie nimmt das Präparat im Wohnzimmer, auf der Couch, neben ihrem Partner ein und verstirbt.

## FALLBEISPIEL

### Fall 2

Clara (56) kommt mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung und Wunsch nach AS in die Palliativambulanz. Zu diesem Zeitpunkt hat die Patientin noch eine relativ niedrige Symptomlast, ist nach über einem Jahr onkologischer Therapien jedoch körperlich geschwächt und demoralisiert. Die aufklärende Palliativmedizinerin signalisiert der Patientin ihre grundsätzliche Offenheit in Bezug auf das Thema des AS, empfindet jedoch noch keine Klarheit in Bezug auf ihren Sterbewunsch bzw. generell auf ihre Vorstellungen die letzte Lebensphase betreffend. Es gibt viele offene Fragen (z. B. den Einbezug der Angehörigen und der Kinder der Patientin), an eine Exploration der Sterbeszene ist noch gar nicht zu denken.

Dennoch drängt die Patientin darauf, ein Datum für den AS festzusetzen, und scheint sich aus Sicht der Ärztin dadurch selbst unter Druck zu setzen. Die Ärztin vereinbart mit Clara eine kontinuierliche palliative Betreuung im Rahmen regelmäßiger Hausbesuche über mehrere Wochen. Durch die psy-

chodynamische informierte palliative Arbeit mit der Patientin entsteht ein vertieftes Verständnis für ihre aktuelle Lebenssituation und ihren Sterbewunsch. Es zeigt sich, dass Clara den AS als Mittel gegen ein „schlechtes Leben“ zu sehen scheint und weniger als Möglichkeit eines „guten Todes“ betrachtet. Durch diese tragende Arzt-Patient-Beziehung kann die Patientin im Sinne eines shared Decision-Making von der Einseitigkeit in Richtung des AS Abstand nehmen und sich für die weiterführende palliativmedizinische Versorgung öffnen. Unerwartet verstirbt Clara zu Hause an den Folgen ihrer onkologischen Erkrankung.

### FALLBEISPIEL

#### Fall 3

Alexander (54), der aus emotional depravierten Verhältnissen stammt, kommt aufgrund einer progredienten neurologischen Erkrankung mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen zur tageshospizlichen Betreuung, in deren Verlauf er einen klaren Wunsch nach assistiertem Suizid artikuliert. Der Weg zur realen Umsetzung dieses Vorhabens erweist sich im institutionellen Kontext aber als hochschwierig und voller Barrieren, was zunächst zu großer Frustration, Demoralisierung und in weiterer Folge zur Absicht führt, sich gewaltsam das Leben zu nehmen. Zugleich erlebt der Patient vor dem Hintergrund regressiver Bindungswünsche am Lebensende ein für ihn biografisch bis dato ungekanntes Umsorgtsein im stationären palliativen Kontext, das er sehr positiv annehmen kann. Nichtsdestoweniger führt sein konsistenter Sterbewunsch letztlich zur Errichtung einer Sterbeverfügung mitsamt konkreter Planung zur Umsetzung.

In Gesprächen mit einer psychodynamisch weitergebildeten Palliativmedizinerin wird deutlich, wie sehr das Wissen, den AS umsetzen zu können, dem Patienten ermöglicht, sich klar von Gedanken eines gewaltsamen Suizids zu distanzieren. In ihrer Resonanz zum Patienten erlebt die Ärztin nun seine Ruhe, Sicherheit und Angstfreiheit in Bezug auf das Sterbenwollen. Mit dem AS verbunden ist ein Wiedererlangen seiner Wirkmächtigkeit, die eine sichtliche Steigerung der Lebensqualität für die letzten Lebensmonate mit sich bringt. Durch den AS kann sich Alexander nun viel besser dem Thema seines Sterbens und seines Todes stellen, als es ihm zuvor möglich war. Alexander verstirbt an einem von ihm festgelegten Datum bei sich zu Hause. Seine selbst gestaltete Sterbeszene ist geprägt von einem intensiven emotionalen Getragensein durch die versammelten Angehörigen.

## Zusammenfassung der Ergebnisse zur reflektierten Nutzung der Gegenübertragung bei AS-Wunsch

Die in aller Kürze dargestellten Fälle – sowie einige andere, die aus Platzgründen hier keine Erwähnung finden können –, haben zu folgenden Ergebnissen in Be-

zug auf die Nutzung der Gegenübertragung und das psychodynamische Verstehen des Wunsches nach AS geführt.

Bei konsistenten Wünschen nach AS (z. B. Fallbeispiel 1 und 3)

- empfindet der Arzt ein grundsätzliches Gefühl der Stimmigkeit in Bezug auf den in – im günstigsten Fall – mehreren Beratungs- und Aufklärungsgesprächen formulierten Sterbewunsch des Patienten;
- eröffnet sich im interpersonellen Feld zwischen Arzt und Patient ein Raum für Trauer und andere schwierige Emotionen;
- kann in der Gegenübertragungspheantasie des Arztes ein klares Bild zur Sterbeszene entstehen;
- kann die Position der Angehörigen im Gespräch über den AS ausreichend mitreflektiert werden.;
- können Alternativen zum AS angesprochen und Möglichkeiten weiterer palliativer Versorgung gemeinsam erwogen und genützt werden.

Bei inkonsistenten Wünschen nach AS (Fallbeispiel 2)

- empfindet der Arzt ein zunächst unspezifisches Gefühl der Irritation und Unstimmigkeit in Bezug auf den Sterbewunsch des Patienten;
- eröffnet sich im interpersonellen Feld zwischen Arzt und Patient kaum Raum für Trauer oder andere belastende Emotionen (Affektisolierung);
- kann in der Gegenübertragung des Arztes kein oder nur ein diffuses Bild zur Sterbeszene entstehen;
- kann die Position der Angehörigen im Gespräch mit dem Patienten nicht ausreichend reflektiert werden;
- können Alternativen zum AS kaum angesprochen und nicht befriedigend gemeinsam diskutiert werden;
- scheint zusammengefasst der AS ein auf manifester (bewusst kommunizierter) Ebene vorgeschobenes Thema zu sein, das ein latentes (dynamisch unbewusstes) Thema verdeckt (z. B. Ängste vor unkontrollierbaren Schmerzen, Angst vor Abhängigkeit und Hilflosigkeit, der Wunsch, nicht zur Last fallen wollen, pathologische Suizidalität), das als zu beschämend, zu unangenehm oder zu belastend erlebt wird, um es bewusst zu machen und darüber zu sprechen.

Diese klinischen Erfahrungen decken sich in erstaunlichem Ausmaß mit der wissenschaftlichen Literatur zur Psychodynamik des assistierten Suizids. Ralf Vogel schreibt hierzu etwa, dass es darauf ankommt, bei einer geäußerten Sterbewilligkeit „mit dem Patienten zu eruieren, wie gut reflektiert und stabil dieser Wunsch sein mag, wie frei von inneren oder äußeren Zwängen er entwickelt wurde, und schließlich wie kohärent sich der Sterbewunsch in das Selbst des Patienten einfügt, also wie kongruent bzw. authentisch er im Hinblick auf Identität und Wertegrundlegung des Ein-

zelen ist. Auch die möglichen Auswirkungen der Sterbeentscheidungen auf andere sollten einbezogen werden. Aus all diesen Faktoren ergibt sich die Autonomie zur Entscheidung für eine Lebensbeendigung“ [5]. Eine derart sorgfältige Untersuchung des Sterbewunsches ist, das sei hier betont, nur auf der Grundlage einer ambiguitätstoleranten Haltung des Arztes möglich.

## Diskussion: Vorurteile – Ambivalenzen – reflektierte Neutralität

Zum AS bestehen nach wie vor zahlreiche Vorurteile:

Er wird häufig als der „leichtere“ Weg bezeichnet, wobei sich zeigt, dass Menschen, die eine Sterbeverfügung errichten, sich häufig sehr intensiv und selbstkritisch mit dem Thema ihres Sterbens und der letzten Lebensphase beschäftigen.

Ein anderes Vorurteil besteht darin, dass der AS für ein übersteigertes Verständnis von Autonomie stünde und den Menschen als Bindungswesen ignoriert. Wie oben ausgeführt, liegt ein essenzieller Bestandteil des psychodynamischen Beratungs- und Aufklärungsprozesses gerade darin, die Rolle der Angehörigen in alle Erwägungen einzubeziehen; das Kernstück des Ansatzes bildet die tragfähige Arzt-Patient-Beziehung. Demzufolge sind Beziehungsorientierung und Autonomie aus psychodynamischem Blickwinkel keine Gegensätze, sondern ergänzen sich komplementär.

Ein weiteres gängiges Vorurteil besteht in der Behauptung, der AS würde verstärkt zu pathologischer Trauer bei Angehörigen führen. Auch dies lässt sich weder durch klinische Erfahrung noch wissenschaftliche Forschung belegen. In der Literatur wird im Zusammenhang mit AS manchmal eine Form der Trauer von Helfenden beschrieben, die mit Schuldgefühlen einhergeht, weil bei der Selbsttötung – und sei es nur im Rahmen von Auskünften – mitgewirkt wurde oder weil man als Helfender das Gefühl hat, nur „unvollständig“ seine Arbeit erfüllt zu haben.

In Bezug auf die Trauer von Hinterbliebenen bei AS wird in einigen Fällen berichtet, dass diese sich durch die Geheimhaltung der genaueren Umstände des Todes ihres Angehörigen (aus Angst vor Stigmatisierung) mitunter verstärken kann. In der gesellschaftlichen Entstigmatisierung von Patient\*innen, die AS in Anspruch nehmen, muss folglich noch viel geleistet werden. Positiv auf die Trauer kann sich für Angehörige die Überzeugung auswirken, im Kontext des AS den Willen des Verstorbenen ehren zu können und in Entscheidungsprozesse involviert zu sein [11]. Wie in Fallbeispiel 1 und Fallbeispiel 3 ausgeführt, konnten diese Patient\*innen durch das Festsetzen des Sterbedatums

eine emotional bedeutsame Abschiedsszene gemeinsam mit ihren nahen Angehörigen gestalten.

### Merke

**Sterbewünsche sind selten einfach, eindeutig oder frei von inneren Konflikten.**

Es gibt Patient\*innen, die einen assistierten Suizidwunsch äußern, aber trotzdem wollen, dass man beispielsweise Infekte kurativ behandelt, wodurch das Versterben hinausgezögert wird.

### Cave

**Mit Ambivalenz und Widersprüchlichkeit ist beim Wunsch nach AS immer zu rechnen, und genau diese Dynamik gilt es genauer zu verstehen und kritisch zu reflektieren.**

So fordert etwa Eva Masel, ein Sterbewunsch könne bedeuten, dass jemand nicht „so“ leben möchte. Medizinische Fachkräfte sollten sich der Ambivalenz eines Sterbewunsches bewusst sein [12]. Im Fallbeispiel 2 wurde die Wahrnehmung von und der Umgang mit dieser Ambivalenz exemplarisch aufgezeigt. Die Tatsache der Konflikthaftigkeit von Sterbewünschen per se ist jedoch keine Kontraindikation für eine Aufklärung zur Sterbeverfügung, denn diese allein bedeutet noch nicht, dass die Entscheidungsfähigkeit einer Person nicht gegeben wäre; dieser unzulässige Umkehrschluss wird aber nicht selten nahegelegt.

Für das Menschenbild der Psychoanalyse sind Ambivalenzkonflikte kein pathologischer Ausnahmezustand, sondern Teil des normalen Erlebens und Verhaltens. Psychodynamische Ansätze reflektieren den Menschen als Konfliktwesen, der stets zwischen widerstrebenden innerpsychischen Motivationen realitätstaugliche, an seine Lebenswelt angepasste und sozialverträgliche Kompromisse finden muss [13]. Die völlige Abwesenheit von Ambivalenz wäre vor diesem Hintergrund keineswegs als optimaler Zustand zu begreifen, vielmehr bedürfte das auffällige Fehlen von inneren Widersprüchen eine ebenso genaue Betrachtung, wie die wahrnehmbare oder geäußerte Ambivalenz eines Patienten.

Bei einigen Patient\*innen zeigt sich, dass innere Konflikte sich im Verlauf des Beratungs- und Aufklärungsprozesses zunehmend auflösen, bei anderen, dass diese in einem irritierenden Ausmaß weiterbestehen.

### Merke

**Eine „reflektierte Neutralität“ [5] im Hinblick auf Wünsche nach einem AS ist in jedem Fall eine entscheidende Vorbedingung dafür, dass der Patient selbst überhaupt in einen Nachdenkprozess über seine eigenen Wünsche und deren teilweise latente Vieldeutigkeit eintritt.**

Gerade dadurch wird dem Patienten eine Abkehr von einer Einengung auf den AS ermöglicht (wie im Fallbeispiel 2 ausgeführt).

Neutralität bedeutet aber nicht Gleichgültigkeit, denn gerade beim AS können (und dürfen) die Bedürfnisse und Weltanschauungen von Behandler\*innen und Patient\*innen kollidieren. Die professionelle Selbstreflexion und das Monitoring der Gegenübertragung sind in diesen Fällen von entscheidender Bedeutung. Die kategorische Pathologisierung von Suizidgedanken oder generelle Nichtbeachtung AS-Wünschen in der Palliative Care wirkt jedoch mit Sicherheit kontraproduktiv, verstärkt das Hilflosigkeitserleben von Patient\*innen sowie deren Widerstände, tiefer über den eigenen Sterbewunsch nachzudenken.

## Fazit

Eines der primären Ziele von Palliative Care besteht gemäß WHO-Definition in der Verbesserung der Lebensqualität des Patienten [14]. Vor diesem Hintergrund scheint es zunächst schlüssig, den Themenkomplex assistierter Suizid nicht als Gegenstand der Palliativmedizin zu begreifen bzw. diesen sogar explizit auszuschließen. Die praktische Konsequenz einer solchen Haltung ist jedoch nicht selten der Abbruch der Betreuung und das Alleinlassen von Patienten mit AS-Wunsch.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine bestehende Sterbeverfügung ggf. auch ein Faktor für die Verbesserung von Lebensqualität sein kann (Fallbeispiel 1 und 3), die gemäß WHO-Definition in erster Linie durch „die subjektive Wahrnehmung einer Person“ [15] zu bestimmen wäre. Befunde der Lebensqualitätsforschung zeigen, dass Angehörige und Mediziner\*innen „nicht unbedingt erfolgreich in der Einschätzung der Lebensqualität ihrer Angehörigen bzw. Patienten“ sind [16].

Um den Sterbewunsch des Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu prüfen, könnten Mediziner\*innen, wie gezeigt werden sollte, auf psychodynamische Reflexionsinstrumente zurückgreifen, um eine solide Grundlage für ein shared Decision-Making bei Beratung und Aufklärung zum AS zu schaffen. Diese genaue Betrachtung des Einzelfalls impliziert gerade *kein* Gießkannenprinzip und könnte sogar helfen, den viel gefürchteten gesellschaftlichen Dammbreach beim AS zu verhindern.

### Merke

**Die hier skizzierte, medizinethisch fundierte, kritisch-reflexive Offenheit steht letztlich im Dienst der Suizidprävention.**

Mediziner\*innen im Allgemeinen, aber auch Palliativmediziner\*innen im Speziellen, sind für diese feinfühligere Arbeit in interpersonellen Prozessen am Lebensende oft nicht ausreichend ausgebildet und neigen dazu, ihre Kompetenz in Fragen der End-of-Life Care (EOLC) manchmal selbst zu überschätzen [12]. Genau hier könnte man einhaken, indem in Fortbildungen zu Palliative Care, insbesondere zu Sterbewünschen, vermehrt eine psychodynamische Perspektive integriert wird, sowie es auch in der S3-Leitlinie vorgeschlagen wird. Zusätzlich könnte eine psychodynamisch orientierte Fallsupervision für Mediziner\*innen und andere Berufsgruppen in der Palliative Care einen zentralen Beitrag zur Professionalisierung in der Betreuungs-, Beratungs- und Aufklärungsarbeit bei assistierten Suizidwünschen leisten.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Korrespondenzadressen

Dr. med. univ. Christina Kaneider  
Josef-Schraffl-Straße 25f  
6020 Innsbruck  
Österreich  
E-Mail: christina@kaneider.at

PD. Mag. Mag. Dr. Gianluca Crepaldi  
Universität Innsbruck, Institut für psychosoziale Intervention  
und Kommunikationsforschung  
Innrain 52a  
6020 Innsbruck  
Österreich  
E-Mail: gianluca.crepaldi@uibk.ac.at

## Literatur

- [1] Friesenecker B, Stadlinger J. Assistierter Suizid: großer Stress für Helfende. *Anästhesie Nachr* 2022; 4: 216–217
- [2] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) *Soc Sci Med* 1997; 44: 681–92. DOI: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3
- [3] Briggs S, Lindner R, Goldblatt M et al. Zum psychoanalytischen Verständnis des Wunsches nach assistiertem Suizid. In: Küchenhoff T, Teising M (eds.) *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Gießen: Psychosozial; 2022: 199–224*
- [4] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Kurzfassung 2.3. AWMF-Registernummer: 128/001OL. 2021: Zugriff am 19. Februar 2024: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>*
- [5] Vogel R. *Psychodynamische Psychotherapie am Lebensende*. Göttingen: Hogrefe; 2022

- [6] Frick E, Vogel E. Den Abschied vom Leben verstehen. Psychoanalyse und Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer; 2017: 9–10
- [7] Heller A, Wenzel C. Hospizarbeit und Palliative Care – Idee, konzeptionelle Grundlagen und Herausforderung für die Psychotherapie. Psychotherapie-Wissenschaft 2011; 1: 150–158
- [8] Petersen Y, Hloucal TM. Feinfühligkeit als bindungsorientiertes Interventionskonzept in Palliative Care. In: Frick E, Vogel R (eds.) Den Abschied vom Leben verstehen. Stuttgart: Kohlhammer; 2017: 18
- [9] Grieser J. Über den Tod sprechen. Forum Psychoanal 2023; 39: 189–203
- [10] M'Uzan M de. Die Arbeit am Übergang. In: M'Uzan M de. Depersonalisation und Kreativität. Gießen: Psychozial; 1977
- [11] Falkner A. Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid. In: Feichtner A, Körtner U, Likar R (eds.) Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. et al. Berlin: Springer; 2022: 112f
- [12] Masel E. The many different languages of assisted suicide. Ann Palliat Med 2022; 11: 3599–3602. DOI: 10.21037/apm-22-1156
- [13] Rudolf G. Psychodynamisch denken – tiefenpsychologisch handeln: Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; 2019
- [14] World Health Organization. Palliative Care. Zugriff am 19. Februar 2024: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- [15] World Health Organization. Measuring quality of life. Zugriff am 19. Februar 2024: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- [16] Bullinger M. Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes (ZEFQ) 2014; 108: 97–103

## Bibliografie

---

Z Palliativmed 2024; 25: 127–133

DOI 10.1055/a-2232-4586

ISSN 1615-2921

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany



# Unsere E-Books. Schonen Sie Ihren Rücken, nicht Ihren Kopf.



[thieme.de/shop](https://thieme.de/shop) und überall,  
wo's E-Books gibt



## Editorial



Traugott Roser,  
Rubrikenherausgeber

Liebe Leserinnen und Leser,

Christina Kaneider und Gianluca Crepaldi beleuchten das Thema Suizidhilfe mit Blick auf das Arzt-Patienten-Verhältnis an. Die Vielschichtigkeit der Beziehung zwischen Behandler:in und begleiteter Person wird angesichts der Ambivalenzkonflikte sichtbar

und weist auf die Notwendigkeit von Selbsterfahrung, Achtsamkeit und Supervision hin.

Die geschilderten psychodynamischen Prozesse gelten nicht nur für professionelle Beziehungen; sie gelten in einem gesteigerten Maß für Patient:in und An- und Zugehörige. Dazu gibt es reichlich Literatur, weshalb ich Ihnen an dieser Stelle zwei Filme empfehlen möchte, die unterschiedlicher nicht sein könnten – aber beide cineastische Feinkost sind.

*Liebe* (orig. *Amour*, Michael Haneke, FR/DE/AT 2012) erzählt vom hochaltrigen und gutbürgerlichen Ehepaar Anne (Emmanuelle Riva) und Georges (Jean-Louis Trintignant). Nach ihrem Schlaganfall und erfolglosen Therapiebemühungen schließt Anne mit dem Leben ab. Ihre Verzweiflung und die verlorene Selbstachtung übertragen sich zunehmend auf Georges und führen zu einer eskapistischen Gewalttat – alles unter dem Titel „Liebe“.

Im Film *Supernova* (Regie: Harry Macqueen, GB 2020) sind Sam (Colin Firth) und Tusker (Stanley Tucci) seit 20 Jahren ein wohlhabendes, gutbürgerliches schwules Paar. Tusker plant, nachdem eine Demenzerkrankung diagnostiziert wurde, einen Suizid mit Medikamenten, hält dies aber vor Sam geheim. Als Sam dennoch davon erfährt und seinen Mann nicht davon abbringen kann, entscheidet er sich zur Beihilfe. Der Film erzählt all das in schönster nordenglischer Landschaft und mit erhabener Musik.

Welche filmische Erzählung mehr überzeugt, müssen Sie selbst beurteilen. Es lohnt sich, die Filme mit dem Beitrag von Kaneider und Crepaldi im Hinterkopf anzuschauen.

Ihr Traugott Roser