

Sterbewunsch – heißt nicht nur assistierter Suizid!

Dr. **Dietmar Weixler** MSc (palliative care)

FA Anästhesie/Intensivmedizin
Spezialisierung in Palliativmedizin
Spezialisierte Schmerztherapie
Notarzt

Telefonseelsorge 24/7: **Tel. 142**



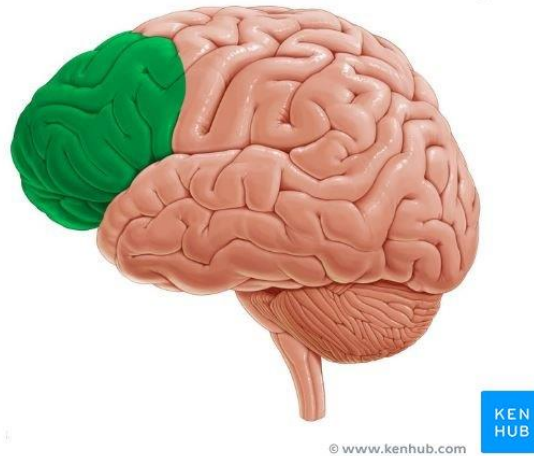
Helmut Leitner 1937-2014



Univ. Prof. Dr. Heinrich
Reichel 1846-1943

tradition: peer pressure from dead people: neglect? reject? accept? **Reflect!**

Der **präfrontale Cortex (PFC)** ist der vorderste Teil des Stirnlappens und gilt als Sitz der Persönlichkeit, des Arbeitsgedächtnisses und der höheren kognitiven Funktionen. Er steuert komplexe Handlungsplanung, Impulskontrolle, Entscheidungsfindung und Problemlösung



Definition: Ein Sterbewunsch ist die Reaktion auf ein Leiden im Kontext eines lebensbedrohlichen Zustandes, in dem der Betroffene keinen anderen Ausweg erkennen kann, als sein Lebensende verfrüht herbeizuführen. Dieser Wunsch kann spontan geäußert werden oder erfragt werden, muss jedoch von der Akzeptanz des unmittelbar bevorstehenden Todes oder dem Wunsch auf natürliche Weise zu sterben abgegrenzt werden, auch wenn ein baldiges Sterben bevorzugt wäre.

Ein Sterbewunsch kann als Reaktion auf einen oder mehrere Faktoren entstehen: physische Symptome (bestehende oder befürchtete), psychischer Distress (z.B. Ängste, Depression, Hoffnungslosigkeit etc.), existentielles Leiden (z.B. Verlust des Lebenssinns), oder der sozialen Aspekte (z.B. dem Gefühl, für andere eine Belastung zu sein) (1,2).

Häufigkeit: 1,5-38% (3)

(1) Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A et al. An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. PLoS One. 2016 Jan 4;11(1): e0146184

(2) *übersetzt in* Weixler D, Marosi C, Koisser K et al Sterbewünsche und Sedierung in der letzten Lebensphase. Empirische Daten und Leitlinien. Internistische Praxis 2021

(3) Bellido-Pérez M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Porta-Sales J, Balaguer A. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: A systematic review of measurement instruments. Palliat Med. 2017 Jun;31(6):510-525

Definition: Todeswünsche im Kontext dieser Leitlinie beschreiben den Wunsch nach baldigem Sterben bzw. dem Wunsch danach, tot zu sein bei Menschen mit einer lebenslimitierenden, progressiven Erkrankung. Todeswünsche reichen von der **Akzeptanz des Todes im Sinne von Lebensattheit**, dem **Hoffen auf baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung** bis hin zur **akuten (bewusst geplanten) Suizidalität mit einem zunehmenden Handlungsdruck**, je drängender und akuter der Wunsch nach selbst herbeigeführtem Sterben ist. Dabei kann auch eine andere Person um Assistenz gebeten werden.

Damit wird deutlich, wie facettenreich Todeswünsche sein können, und dass die verschiedenen Formen **fließende Übergänge** haben und sich im Zeitverlauf **in alle Richtungen verändern können**.

https://www.leitlinienprogrammonkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_Palliativmedizin_Langversion_3.01_Konsultationsfassung_25032026.pdf

Sterbewünsche

- **komplexe Phänomene**
 - Mehrdimensionalität der Faktoren
 - gehen aus der sozialen Existenz hervor
 - werden im Dialog mit anderen konstruiert, definiert und revidiert
(↔ Normen ↔ Werte(konflikte) ↔ Bindungsaspekte)
 - Selbstwirksamkeit, Kontrolle
 - unterschiedliche Ursachen /Gründe
 - unterschiedliche Folgen
 - dynamisch (selten stabil)
 - **ambivalent** (Wunsch zu leben UND Wunsch zu sterben)¹ ggf. fluktuierend
 - dahinter liegender Wunsch: anders als jetzt leben wollen
 - implizit
 - explizit: „... geben Sie mir etwas...“, „Das ist kein Leben mehr“
„kein Tier ließe man so leiden...“
- soziale Umgebung: können emotional belastend wirken (→ Hilflosigkeit, Bedürfnis nach Vermeiden der Exposition: 50%)



1 Colosimo K, Nissim R, Pos AE, Hales S, Zimmermann C, Rodin G.
„Double awareness“ in psychotherapy for patients with advanced cancer.
Journal of psychotherapy Integration 2018 Vol. 28, No 2, 125-40

Aussagen von Patienten zu Wünschen am Lebensende können in eine der folgenden Kategorien fallen:

- Wunsch zu leben
- Akzeptanz des Sterbens
- Wunsch zu Sterben, ohne Absicht, einen vorzeitigen Tod zu wünschen
 1. sich auf den Tod freuen
 2. Hoffen, dass der Tod früh eintritt
 3. Herbeisehnen des Todes, ohne dass ein vorzeitiger Tod erwogen wird
- Erwägen eines vorzeitigen Todes
 4. hypothetisches Erwägen eines vorzeitigen Todes (in der Zukunft, für den Fall, dass gewisse Ereignisse eintreten)
 5. aktuelles Erwägen eines vorzeitigen Todes (was allerdings unter den aktuellen Umständen – aus moralischen oder anderen Gründen – keine Option ist)
 6. aktuelles Erwägen eines vorzeitigen Todes, die moralische Option ist gegeben
- Will to die – expliziter Sterbewille
 7. explizites Verlangen, den Tod herbeizuführen
 8. Zurückweisen lebensverlängernder Maßnahmen, mit der Absicht, den Tod herbeizuführen
 9. Handeln, um den Tod herbeizuführen (Suizidhandlung, assistierter Suizid)

Modifiziert nach

Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C. 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: 38.

Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C. Intentions in wishes to die: analysis and a typology – A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psychooncology* 2014; 23: 1021–1026.

Gründe: physische, psychologisch-emotionale, soziale Faktoren und ein Gefühl des Verlustes der Selbstwirksamkeit.

Bedeutungen: Schrei nach Hilfe, die Situation aktiv zu beenden, der Wunsch bestehendes Leid und Schmerzen nicht länger ertragen zu müssen, Angehörigen nicht zur Last zu fallen, der Wunsch weiterzuleben, aber nicht auf diese Weise und der Wunsch bis zum Lebensende selbstwirksam zu bleiben.

Funktionen: Erhalt der Kontrolle über die Selbständigkeit, Möglichkeit der Verbalisierung von Wünschen, Gefühlen und Gedanken.

Rodriguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., Monforte-Royo, C., Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography, *BMJ Open*, 2017. 7(9): p. e016659. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28965095>

- Depression, **Hoffnungslosigkeit**
- Schmerzen,
- funktionelle Einschränkungen
- Gefühl, eine Belastung zu sein



Faktoren mit signifikanter Assoziation zu Todeswünschen aus 11 systematischen Übersichtsarbeiten und 35 Primärstudien, davon 34 quantitative Studien:

Rodríguez-Prat, A, Pergolizzi, D, Crespo, I, Julià-Torras, J, Balaguer, A, Kremeike, K, et.al. The Wish to Hasten Death in Patients With Life-Limiting Conditions. A Systematic Overview., J Pain Symptom Manage, 2024. 68 (2)(2): p. e91-e115., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38703862/>

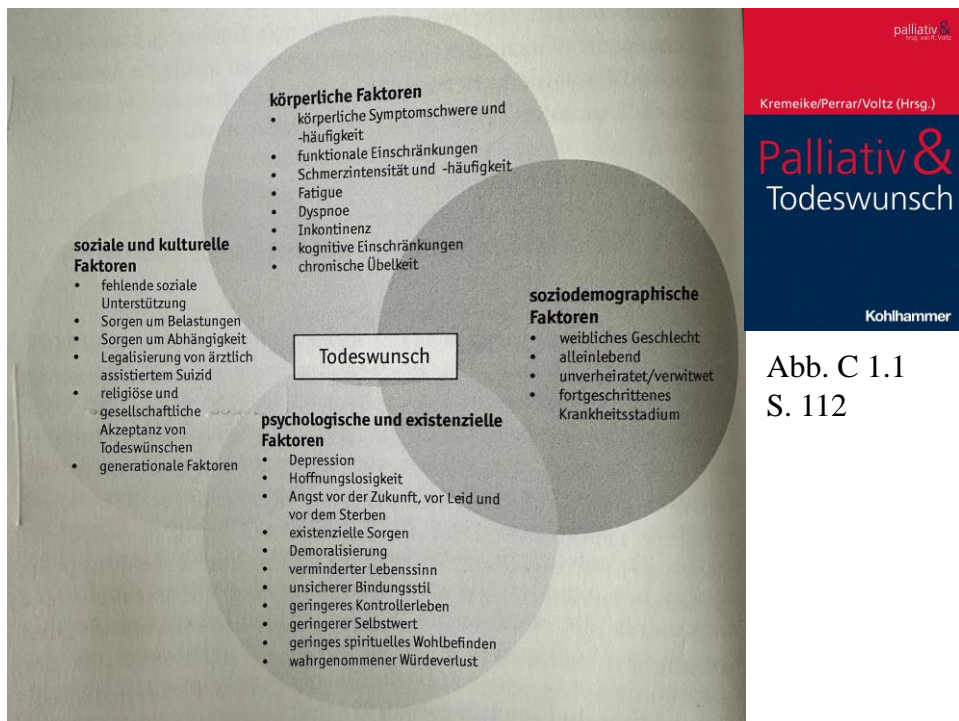
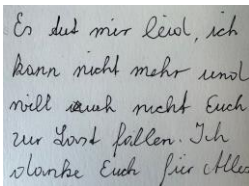


Abb. C 1.1
S. 112

Existenzielles Leiden

Existenzielles Leiden ist eine mehrdimensionale Erfahrung, die aufgrund der empfundenen Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit in Verzweiflung und schließlich in den Wunsch zu sterben umschlägt (WTD)

Gabl C, Feichtner A, Weixler D.
Sedation indicated? Rethinking existential suffering – A narrative review.
Ann Palliat Med 2024 |
<https://dx.doi.org/10.21037/apm-23-474>



Es tut mir leid, ich kann nicht mehr und will auch nicht Euch zur Last fallen. Ich danke Euch für alles.

Physical symptoms (pain, nausea)	51,47%
Feeling of being at the mercy of circumstances/loss of control (in everyday life, in relation to illness/therapy ...)	48,53%
Powerlessness, helplessness	41,18%
Fear of suffering in the dying process	38,82%
Being a burden to others	35,88%
Dependence, being reliant	33,24%
Unfinished business/life tasks	25,59%
Worthlessness, loss of role	23,53%
Hopelessness	19,12%
Confrontation with finitude	16,76%
Social problems	16,18%
Fear of death	16,18%
Loss of sense of dignity	15,00%
Wish to die, loss of will to live	13,82%
Sense of meaninglessness	12,35%
Loneliness, isolation	12,35%
Decrease in mental abilities (thinking, concentration ...)	9,71%
Altered body image	9,41%
Loss of previous interests or enjoyment for activities	8,24%
Spiritual distress	7,94%
Grief	5,59%
Pronounced sense of guilt	5,00%
Shame	1,76%

Harvey Max Chochinov, Thomas Hassard, Susan McClement et al.
The landscape of distress in the terminally ill
Pain Symptom Manage 2009 Nov;38(5):641-9. doi:
10.1016/j.jpainsymman.2009.04.021.

Suizidalität

„**Suizidalität** umfasst alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die den eigenen Suizid betreffen.

Lebensmüdigkeit beschreibt eine Form der Suizidalität ohne konkrete Vorstellungen und ohne Handlungsdruck, jedoch mit Leidenserfahrung.

Die Einteilung in distanzierte, latente und akute Suizidalität charakterisiert das Kontinuum eines zunehmenden Handlungsdrucks mit immer konkreteren Suizidplänen bis hin zur gedanklichen Fixierung auf die Selbsttötung.“

Lindner, R., Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung. Psychosozial-Verlag, 2006.

- **Lebensattheit** – Zufrieden mit dem Erlebten und Erreichten, auch dem Sterben gegenüber ohne Groll
- **Lebensmüdigkeit** – Wunsch, zu sterben, ohne eigene Aktivität: „Abends einschlafen und nicht wieder aufwachen“.
- **Distanzierte Suizidalität** – Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, auch ohne Behandlung der Suizidalität ist kein lebensbeendender Handlungsdruck zu erwarten.

https://www.leitlinienprogrammonkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_Palliativmedizin_Langversion_3.01_Konsultationsfassung_25032026.pdf

- **Latente Suizidalität** - Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, ohne Behandlung ist bei (erneuter) Belastung ein deutlicher Handlungsdruck zu erwarten.
- **Akute Suizidalität** - Vorstellungen, Phantasien und Pläne durch eigenes Tun oder Lassen das eigene Leben zu beenden, es besteht aktuell ein erheblicher Handlungsdruck.
- **Perakute Suizidalität** - die suizidale Person steht kurz vor (innerhalb weniger Stunden) einer potentiell tödlichen suizidalen Handlung.
- **Suizid** – durchgeführte Selbsttötung, sei es mit oder ohne Assistenz von jemand anderen

https://www.leitlinienprogrammonkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_Palliativmedizin_Langversion_3.01_Konsultationsfassung_25032026.pdf

Sterbewünsche

Proaktives Ansprechen: „Haben Sie schon einmal über das Sterben nachgedacht?“ Offenes Gespräch → entlastende Wirkung! (1)

20.3	Evidenzbasierte Empfehlung	modifiziert 2026
Empfehlungsgrad A	Bei Patient:innen mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>soll</i> im Verlauf das Vorhandensein von Todeswünschen aktiv erfragt werden.	

- (1) Härter M, Bermejo I, Niebling W. (2007): Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- (2) https://www.leitlinienprogramm.onkologie.de/fileadmin/user_upload/LL_Palliativmedizin_Langversion_3.01_Konsultationsfassung_25032026.pdf

Mögliches Gesprächssetting bei Sterbewünschen

in Anlehnung an die S-3-Leitlinie Onkologie und Krebserkrankungen, Perrar, Voltz 2023

Raum: ungestört, Privatsphäre möglich

Zeitrahmen:

Therapeutische **Person:**

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung (Kontinuität)
- authentisches Interesse
- aktives Zuhören („geteilte Wirklichkeit“)
- nichtwertend (Verstehen wollen ≠ Zustimmung)
- Ggf. Zuziehen Dritter (psychosoziale Berufe, Seelsorge) →
 - CAVE: Familienkonflikte (Einverständnis?)
- Reflexion des Gesprächs (Verlauf, Beziehung, Emotionen)
- Konkrete Vereinbarung eines Folgekontakts (Zeit, Ort, Personen)

SAHD-10: Kurzversion des deutschsprachigen Instruments zur Messung eines vorzeitigen Todeswunsches

Empfohlene Instruktion:

Bei den nun folgenden 10 Fragen gibt es zwei Antwortmöglichkeiten: „trifft zu“ und „trifft nicht zu“. Sie beziehen sich auf Ihr aktuelles Befinden.

Nr	Item	Auswahl
1	Ich bin zuversichtlich, dass ich mit der emotionalen Belastung durch meine Krankheit umgehen kann.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="radio"/> trifft nicht zu
2	Meine Krankheit hat mich so mitgenommen, dass ich nicht weiterleben möchte.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
3	Ich denke ernsthaft darüber nach, meine Ärztin oder meinen Arzt um Hilfe zu bitten, mein Leben zu beenden.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
4	Sterben erscheint mir der beste Weg, den Schmerz und die Beschwerden zu beenden, die meine Krankheit verursacht.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
5	Trotz meiner Krankheit hat mein Leben immer noch einen Sinn und eine Bedeutung.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="radio"/> trifft nicht zu
6	Ich hoffe, dass meine Erkrankung schnell voranschreitet, weil ich lieber sterben möchte, als mit dieser Krankheit weiterzuleben.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
7	Da meine Krankheit nicht geheilt werden kann, würde ich lieber früher als später sterben.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
8	Sterben erscheint mir der beste Weg zu sein, um das seelische Leid zu beenden, das meine Krankheit verursacht.	<input type="radio"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
9	Ich habe vor, mein Leben zu beenden, sobald meine Krankheit nicht mehr zu ertragen ist.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="radio"/> trifft nicht zu
10	Ich kann mit den Symptomen meiner Krankheit umgehen und denke nicht daran, mein Leben zu beenden.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="radio"/> trifft nicht zu
	SUMME (Anzahl der Kreise)	

© Zentrum für Palliativmedizin, Uniklinik Köln

Schedule of attitudes towards hastened death (SAHD-10)

Mit großem Dank an
Klaus Maria Perrar,
Köln
AG Palliativpsychiatrie



ÖGPP
Palliativpsychiatrie
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoonkologie

Psychologische Interventionen zur Linderung von Sterbewünschen bei Menschen mit unheilbaren Erkrankungen

- a) CALM (managing cancer and living meaningfully, Hales et al 2015, Shapiro und Rodin 2021)
- b) Dignity therapy (Chochinov 2002)

<https://dignityincare.ca/en/>

Therapien, die sich auf Sinn, Würde und existenzielle Fragen beziehen, können helfen, Sterbewünsche zu lindern

a) CALM

Teilstrukturierte Therapie mit Fokus auf praktischen und existenziellen Sorgen (Wirkung > 3 Monate)

Empirische Grundlagen: Beziehungs-, Bindungs- und Existenztheorien

- Schaffen eines reflexiven Raumes
- Behandlung und Prävention von Depression und Demoralisierung
- Konsolidierung und Neuverhandlung von Bindungssicherheit
- Vorbereitung auf den Tod
- Reduktion von Todesangst

Domänen:

- a) Symptombehandlung
- b) Kommunikation mit Versorgenden
- c) Veränderungen im Selbst und in der Beziehung zu Nahestehenden
- d) Sinn- und Zweckerleben in Zukunft und Sterblichkeit

Dignity therapy (würdezentrierte Therapie) 15 Stunden, 1-2 Sitzungen (30-60 min)

Indikationen:

1. Sterbewünsche verstehen, Würdebedrohungen identifizieren, Ressourcen für Sinn und Verbundenheit stärken
2. Existenzielle Belastung: Linderung von Gefühlen des Kontrollverlusts, der Entfremdung und der Angst
3. Psychosoziales Leiden: Angststörungen, depressive Verstimmung, soziale Isolation
4. Unterstützung der Angehörigen: Trauererleichterung, stärkere Verbundenheit

-

Dignity therapy (würdezentrierte Therapie)

Ziele:

- subjektives Würde- und Sinnempfinden zu bewahren oder wiederherzustellen
- Reflexion des eigenen Lebens
- Vermächtnis: Erinnerungen und Wünsche für Angehörige zu hinterlassen

Würde- und Sinnempfinden +70%
 Angst/Depression – 65%
 Trauerbewältigung + 60% verbessert
 Lebensqualität ↑
 Fördert die Autonomie
 Arbeitszufriedenheit beim Personal ↑

European Psychiatry

www.cambridge.org/epa

Review/Meta-analysis

Cite this article: Kupsch L, Gather J, Vollmann J, Nadolny S, Schildmann J (2025). Assessment of decisional capacity. A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide. *European Psychiatry*, 68(1), e91, 1–13
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10041>

Received: 30 December 2024

Revised: 30 April 2025

Accepted: 04 May 2025

Keywords: assisted suicide; decisional capacity; instruments; systematic review

Corresponding author:
 Leonie Kupsch;
 Email: leonie.kupsch@uk-halle.de

Assessment of decisional capacity. A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide

Leonie Kupsch¹, Jakov Gather^{2,3} , Jochen Vollmann², Stephan Nadolny¹ 
 and Jan Schildmann¹ 

¹Institute for History and Ethics of Medicine, Interdisciplinary Centre for Health Sciences, Medical Faculty of Martin Luther University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany; ²Institute for Medical Ethics and History of Medicine, Ruhr University Bochum, Bochum, Germany and ³Department of Psychiatry, Psychotherapy and Preventive Medicine, LWL University Hospital, Ruhr University Bochum, Bochum, Germany

Abstract

Background. Decisional capacity is an important requirement for assisted suicide, which has been legalized in an increasing number of countries. While several instruments have been developed over the past few decades to assess the capacity to consent to treatment, little is known about their applicability to assessing capacity in the context of requests for assisted suicide.

Methods. Systematic review of instruments assessing decisional capacity published up to March 2024. Data concerning criteria for determining decisional capacity, psychometric properties, and other aspects were extracted from all instruments included. Selected instruments were analyzed regarding their applicability to requests for assisted suicide.

Results. We identified 23 instruments assessing the capacity to consent to treatment. There is considerable heterogeneity regarding the criteria utilized for assessing decisional capacity and their operationalization. Next to more cognitive abilities, some instruments directly incorporated emotions and values. Five instruments were assessed for applicability to requests for assisted suicide. The framing of decisional capacity within the context of disease and treatment options frequently limits the application of instruments to assess decisional capacity in the context of requests for assisted suicide.

Conclusions. No instrument could be identified that could be applied to assessing decisional capacity in the context of requests for assisted suicide without any limitations or without necessitating adjustments. Further normative and empirical work is required for developing an instrument that could be applicable in this context.

Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit § 24. ABGB

(1) Handlungsfähigkeit ist die Fähigkeit einer Person, sich im jeweiligen rechtlichen Zusammenhang durch eigenes Handeln zu berechtigen und zu verpflichten. Soweit nichts anderes bestimmt ist, setzt sie Entscheidungsfähigkeit voraus; im jeweiligen Zusammenhang können noch weitere Erfordernisse vorgesehen sein.

(2) Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang **verstehen**, seinen **Willen** danach bestimmen und sich entsprechend **verhalten** kann.

Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet

Ethisches Spannungsfeld: Schutz des Lebens vs. Respekt für die Autonomie:

„Mit Blick auf die **Irreversibilität einer „Totalverfügung“ über das eigene Leben** wachsen die Anforderungen an eine solche Freiverantwortlichkeit ...

... Je schwerwiegender der Schaden ist, desto gewichtiger werden Überlegungen der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit bei der Abwägung mit dem entgegenstehenden Grundsatz des Selbstbestimmungsrechts« (EGMR, Urteil v. 29.4.2002 - 2346/02, Rn. 74). Im Rahmen dieser generalisierenden Abwägung kommt dem gesamtgesellschaftlichen Anliegen gesteigertes Gewicht zu, die Betroffenen vor einer voreiligen Entscheidung zu schützen und **Missbräuche** zu verhindern, insbesondere, dass ein nicht urteilsfähiger Patient eine tödliche Dosis erhält ...“

EGMR, Urteil vom 20.1.2011 – 31322/07, Rn. 56f.)

Duttge G. Rechtliche Aspekte von Todeswünschen. In Kremeike/Perrar/Voltz (hg) Palliativ & Todeswunsch

Ideologische Kampfzone der **Vereine**
 implizite (z.T. unbewusste oder verdeckte)
 Wertehierarchien
 Freiheit ↔ Verantwortung



Christliche Provenienz der HPC
 WHO-Definition 2002 = normativ
Utilitaristische Ethik – Tugendethik – Prinzipienethik
 Partikularinteressen (der Individuen und Gruppen)
 Interessen der Geldgeber
 Qualitätsproblematik (→ Wirkung auf alle Österreicher:innen)

Verantwortung des Staates?

→ Gesundheit Österreich GmbH (2026) (StVfG 1.1.2022)

Leseempfehlungen



Sterbewunsch – heißt nicht nur assistierter Suizid!

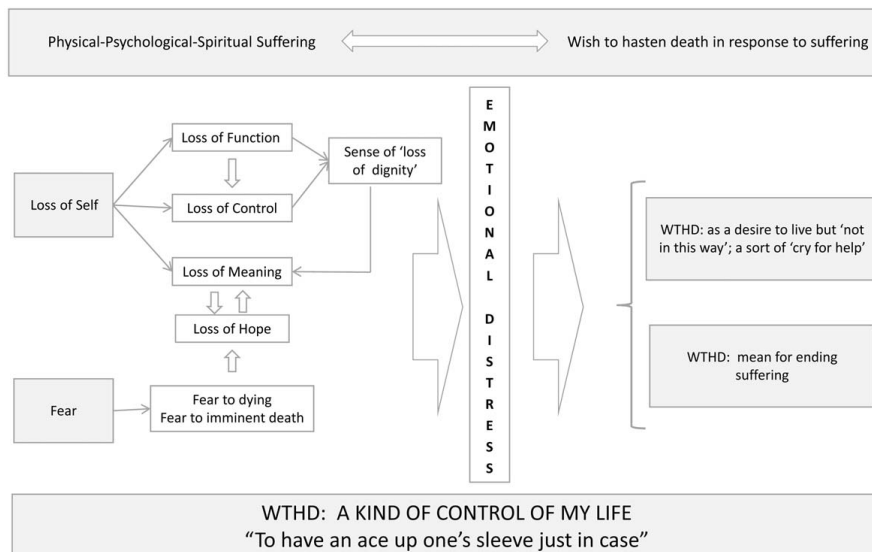
Dr. **Dietmar Weixler** MSc (palliative care)

FA Anästhesie/Intensivmedizin
 Spezialisierung in Palliativmedizin
 Spezialisierte Schmerztherapie
 Notarzt

Telefonseelsorge 24/7: **Tel. 142**



WISH TO HASTEN DEATH IN PATIENTS WITH CHRONIC OR ADVANCED ILLNESS



What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients
 Cristina Monforte-Royo, Christian Villavicencio-Chavez, Joaquin Tomas Sabado et. al.