



Handreichung zum Umgang mit Sterbewünschen und dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid

(Living Document – Stand Jänner 2025)

Impressum: für den Inhalt verantwortlich: Angelika Feichtner MSc;
angelika.feichtner@gmx.net

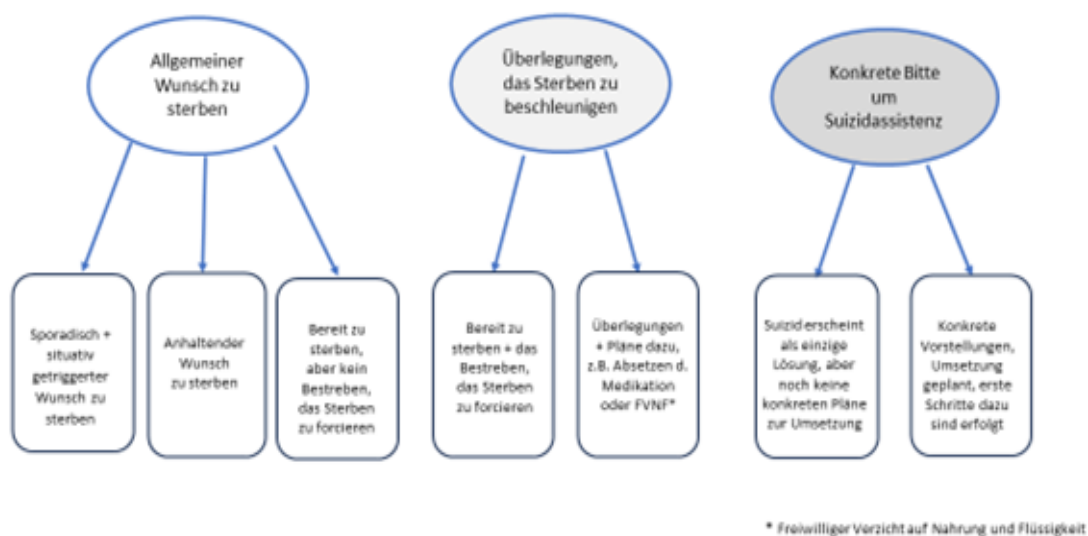
Begutachtung: OA Dr. Dietmar Weixler, MSc; Univ.-Prof.ⁱⁿ Priv.-Doz.ⁱⁿ DDr.ⁱⁿ Eva Katharina Masel, MSc; Dr. Ralph Simanek, MSc; Bettina Pußwald, DSA, MSM; Elisabeth Höpperger, MSc, Mag.^a pharm. Elisabeth Steiner, Dr.ⁱⁿ Veronika Mosich, MSc; Dr. iur. Michael Halmich, LL.M.; Dipl. PAss.ⁱⁿ Dipl. Päd.ⁱⁿ Doris Wierzbicki MASSc; Mag.^a (FH) Dr.ⁱⁿ Angelina Falkner; Dr.ⁱⁿ Brigitte J. Mayr-Pirker, MSc MSc MBA.

Der Wunsch zu sterben

Bei terminaler Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und intensiven Leiderfahrungen sind Sterbewünsche der Patient:innen keineswegs selten. Der Wunsch zu sterben ist eine Reaktion auf das erlebte Leid und für die Betroffenen erscheint das Sterben ein Beschleunigen des Sterbeprozesses oder auch ein Assistierter Suizid oft als der einzige Ausweg (1). Ein Sterbe- oder Suizidwunsch bedeutet aber meist nicht, dass die Patient:innen sich den Tod wünschen, sondern dass sie an Grenzen des Ertragbaren gekommen sind und unter den momentanen oder möglicherweise drohenden Bedingungen nicht mehr leben wollen oder können. Ein Sterbewunsch bedeutet daher auch nicht zwingend, das Sterben beschleunigen zu wollen und ist auch nicht dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid gleichzusetzen.

Sterbewünsche, wie auch der Wunsch nach Assistiertem Suizid, entwickeln sich oft dynamisch. Dabei ist zwischen einem allgemeinen Wunsch zu sterben, dem Wunsch, der Tod möge eher kommen, dem Bestreben, das eigene Sterben zu beschleunigen und der (vielleicht präventiven) Anfrage um Suizidassistenten zu unterscheiden. Die jeweiligen Wünsche erfordern zwar einen ähnlichen Ansatz, in ihrer Dynamik und Appellhaftigkeit können sie sich jedoch sehr unterscheiden.

Es besteht eine enge Verbindung zwischen den Phänomenen des Assistierte Suizids mit dem Sterbewunsch, es handelt sich dabei also nicht um gänzlich unterschiedliche Phänomene. Obwohl das folgende Modell nur bedingt im Sinne einer linearen Steigerung zu verstehen ist, kann es doch die Entwicklung von einem spontan auftretenden Sterbewunsch bis hin zum Wunsch nach Assistiertem Suizid aufzeigen (2).



Sterbewünsche sind als dynamische und komplexe Konstrukte zu verstehen, deren Bedeutung und Gewichtung sich immer wieder verändern können (3). Die Dynamik spiegelt den inneren Prozess der Patient:innen wider, daher sind Sterbe- und Suizidwünsche oft fluktuierend und in ihrer Intensität meist nicht konstant.

Sterbe- und Suizidwünsche sind oft vielschichtig, sie haben bewusste und unbewusste Anteile und sie können durchaus auch zeitgleich mit einem intensiven Wunsch, zu leben, bestehen. In der empfundenen Ausweglosigkeit kann die gedankliche Auseinandersetzung der Patient:innen mit den eigenen Sterbe- und Suizidwünschen eine zumindest momentane Entlastung darstellen und ihnen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zurückgeben. Das Wissen um die Möglichkeit, seinem Leben ein Ende zu setzen, kann erleichternd sein, ohne diese Option tatsächlich in Anspruch zu nehmen (4). Somit können Überlegungen zu einer möglichen Beschleunigung des Sterbens, auch durch einen Suizid, eine entlastende Funktion haben und bereits einen Teil der Bewältigung darstellen.

Ein situativ ausgelöster Sterbewunsch kann sich wieder verändern, wenn es gelingt, die Belastung für die Patientin bzw. für den Patienten zu reduzieren. Findet ein spontan geäußelter Sterbewunsch jedoch nicht entsprechend Resonanz, kann die Intensität dieses Wunsches zunehmen. Der ursprünglich situativ ausgelöste Sterbewunsch kann sich dann weiterentwickeln, nicht nur hin zu einem anhaltenden und zunehmend appellhaft geäußerten Wunsch zu sterben, sondern auch zu konkreten Bestrebungen, das Sterben zu beschleunigen. Damit wird deutlich, dass auch jeder Assistierte Suizid seinen Anfang in einem Sterbewunsch nimmt (5).

Vor diesem Hintergrund kann die Verantwortung der Betreuenden, insbesondere der ersten Adressat:innen eines Sterbe- oder Suizidwunsches nicht hoch genug eingeschätzt werden. Mitunter wird die Mitteilung eines Sterbewunsches aber nicht als solche erkannt, z.B. in der scheinbar beiläufigen Aussage, dass die Patientin bzw. der Patient hofft, „einfach einzuschlafen und nicht mehr aufzuwachen“. Es kann aber auch eine metaphorische Äußerung sein, wie etwa „Einen Hund würde man nicht so leiden lassen“ oder „Ich glaube, der Herrgott hat mich vergessen“. Je nachdem, wie die ersten Adressat:innen auf einen derartigen, gleichsam verpackten Sterbewunsch reagieren, kann sich die Dringlichkeit dieses Wunsches wieder reduzieren, sie kann sich aber auch zu einer ganz konkreten, expliziten Bitte hin entwickeln: „Helfen Sie mir, ich möchte sterben.“

Hintergründe von Sterbe- und Suizidwünschen

Der Wunsch zu Sterben und der Wunsch nach Assistiertem Suizid können bei tatsächlichem oder erwartetem Leiderleben entstehen. Es ist oft eher die Angst vor Kontrollverlust, die Angst vor Angewiesenheit, vor Würdeverlust und dem Verlust der Selbstwirksamkeit, als die Furcht vor konkreten Belastungen durch Symptome, wie etwa Schmerzen (6).

In den bisherigen Berichten auf ASCIRS werden dennoch unzureichend gelinderte körperliche Symptome in Zusammenhang mit einem Sterbe- oder Suizidwunsch häufig genannt.

Ein sorgfältiges Symptom-Assessment und die bestmögliche Linderung bestehender Symptome sind daher verpflichtend. Aber auch die zunehmende Pflegebedürftigkeit, das Empfinden eines globalen Kontrollverlustes oder die Wahrnehmung, für andere eine Last oder ihnen ausgeliefert zu sein, sind häufige Motive für den Wunsch nach einem baldigen Tod. Die Erfahrung, die Kontrolle verloren zu haben oder nicht in der Lage zu sein, die eigenen Körperfunktionen zu beherrschen, kann grundlegend von der Anwesenheit und der Einstellung der Menschen geprägt sein, die einem am nächsten stehen (7).

Sind An- und Zugehörige durch die Anforderungen der Betreuung und Pflege sehr belastet, können sie unbeabsichtigt dazu beitragen, dass Patient:innen aus altruistischen Motiven einen Sterbewunsch entwickeln. Die Konfrontation mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung stellt auch für die Angehörigen und Bezugspersonen der Patient:innen grundlegende Annahmen über die Zukunft in Frage und führt zu Ängsten und tiefer existenzieller Verunsicherung (8).

Sich als Belastung für das Umfeld wahrzunehmen, kann dazu führen, dass sich bei der Patientin bzw. bei dem Patienten der Eindruck verfestigt, dass das eigene Leben keinen Wert mehr hätte. Vor allem dann, wenn die individuelle Autonomie eine besonders wichtige Rolle spielt, kann der Verlust der Unabhängigkeit als unvereinbar mit dem Leben selbst angesehen werden (9).

Hinter einem Sterbe- bzw. Suizidwunsch können aber auch die Angst vor dem Verlust der Würde oder der aktiven Entwürdigung durch andere sowie die Erfahrung von Scham und Ohnmacht stehen. Weiters zählen als unerträglich erlebtes Leid und Sinnverlust zu den häufigsten Motiven für den Wunsch zu sterben und für Anfragen um Suizidbeihilfe. Die Belastung ergibt sich oft aber nicht nur durch aktuell erlebtes Leid, die Angst vor möglichem zukünftigen Leiden kann selbst eine Quelle gegenwärtigen Leidens darstellen und zu einem Sterbewunsch führen (10).

☞ Bei der Beurteilung der möglichen Hintergründe eines Sterbewunsches ist zu beachten, dass die Deutungshoheit über das Leiden primär bei der betroffenen Person liegt, nur sie weiß, unter welchen Symptomen und Situationen sie in welchem Ausmaß leidet. Eine objektive Beurteilung des Leidens durch Ärzt: innen, Pflegepersonen, Angehörige und Gutachter: innen ist faktisch unmöglich (11).

Es bedarf jedoch einer offenen und empathischen Haltung der Gutachter:innen, damit das subjektiv empfundene Leiden nachvollzogen werden kann.

Existenzielles Leid, psychische Erschöpfung und spirituelle Nöte

Obwohl es häufig unzureichend gelinderte körperliche Symptome sind, die zu einem Sterbe- oder Suizidwunsch führen, sind es auch psychosoziale, existenzielle und spirituelle Faktoren, die zur Entwicklung dieser Wünsche beitragen.

Nahezu jedem Sterbewunsch liegt eine existenzielle Leiderfahrung zugrunde. Sterbewünsche sind daher als untrennbar mit existenziellem Leid verbunden zu betrachten (12).

Laut den bisherigen ASCIRS-Berichten¹ sind Leiderfahrungen, neben den unzureichend gelinderten körperlichen Symptomen, das häufigste Motiv für eine Entscheidung zum Assitierten Suizid. Existenzielles Leid kann körperliche Symptome auslösen oder sie verstärken. Umgekehrt können anhaltende und belastende körperliche Symptome aber auch zu existenziellem Leid führen.(13).

Im Verlauf einer schweren, lebensbedrohenden Erkrankung kann es wiederholt zu Phasen von existenziellem Leid und Verzweiflung kommen. Es ist davon ausgehen, dass durchschnittlich 30 Prozent der Patient:innen in Palliative Care unter existenzieller Verzweiflung leiden (14).

☞ Ein Sterbe- oder Suizidwunsch repräsentiert stets auch den Zusammenbruch der Fähigkeit der Patient:innen, mit den Herausforderungen durch die Erkrankung umzugehen. Der Wunsch, das Leben möge ein Ende finden, ist eine Reaktion auf die Gesamtheit des erlebten physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Leidens der Patient:innen.

Nicht erkannte und nicht gelinderte psycho-existenzielle Symptome erhöhen jedoch die Verletzlichkeit der Patient:innen, sie können zu intensiven Leiderfahrungen und damit auch zu Sterbe- und Suizidwünschen führen. Es ist daher wichtig, diese Symptome möglichst rasch zu erfassen. Dafür stehen Assessment-Instrumente, wie etwa die Psycho-Existential Symptom Assessment Scale (PeSAS) (15) oder das CASH Assessment Tool (16) zur Verfügung (s. Anhang).

☞ Existenzielles Leiden ist ein individueller, kein pathologischer Zustand (17), es kann aber körperliche Symptome und psychische Belastungen verstärken (18). Wie die Erfahrung zeigt, spricht existenzielles Leiden meist nicht auf Psychopharmaka an (19). Hilfreich sind vielmehr Präsenz, mitfühlender Beistand und reflektierendes Zuhören.

Wenn schwer kranke Menschen derart umfassenden Leiderfahrungen ausgesetzt sind, kann das zum Versagen aller bisher tragenden Strukturen führen. Es ist gleichsam ein emotionaler Zusammenbruch, eine Erfahrung von absoluter Einsamkeit und Machtlosigkeit. Hinzu kommt, dass existenzielles Leid häufig auch zur Verstärkung bestehender Symptome führt. Damit kann ein unheilvoller Kreislauf in Gang gesetzt werden: Das Leid verstärkt die bestehende Symptombelastung und die Symptome ihrerseits verstärken wiederum das Leiderleben.

Die Zusammenhänge von Sterbewunsch, Hoffnungslosigkeit und Depression sind bekannt. Das Vorhandensein einer Depression gilt als wesentlicher Einflussfaktor für die Entstehung eines Sterbewunsches (20) und stellt eine Indikation zu einer medikamentösen Behandlung dar (21).

Aber nicht jedem Sterbewunsch liegt eine manifeste und behandlungsbedürftige Depression zugrunde (22).

¹ www.ascirs.at

Es sind vor allem existenzielle Leiderfahrungen, besonders in Verbindung mit Hoffnungslosigkeit (23) und Sinnverlust, die zu einem Sterbewunsch führen (24).

Es kann sich eine Trias, bestehend aus leidvoll erlebten körperlichen Symptomen, psychosozial – spirituellen Belastungen und dem Sterbewunsch entwickeln (25). Damit sind Hoffnungslosigkeit, Sinnverlust und existenzielles Leid wesentliche Faktoren bei der Entstehung eines Sterbewunsches. Trotzdem darf nicht übersehen werden, dass depressive Syndrome bei Menschen mit terminalen Erkrankungen häufig zu beobachten sind.

Sterbe- und Suizidwunsch als Notausgang und Ausstiegsplan

Die zahlreichen Verluste in vielen Bereichen, die schwer kranke Menschen erfahren, führen zu enormen emotionalen Belastungen. Dann kann der Wunsch zu sterben ein Hilferuf der Patient:innen sein. Zugleich kann die Auseinandersetzung mit dem Sterbewunsch und vielleicht mit Überlegungen, wie das Sterben beschleunigt werden könnte, eine Entlastungsstrategie darstellen. Es kann auch der verzweifelte Versuch sein, dem erlebten zunehmenden Kontrollverlust entgegenzuwirken. Bei schwerer Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und ganz besonders im Sterben versagen sämtliche bisher bewährte Kontrollstrategien. Mitunter scheint es auch die Intention eines Sterbewunsches zu sein, diesem Kontrollverlust zuvorzukommen: Den Tod herbeizusehnen oder auch dem Leben – zumindest gedanklich – ein Ende zu setzen, um die Kontrolle zu behalten oder wieder zu erlangen.

Lebensmüdigkeit im Alter

Sterbewünsche können auch Ausdruck einer tief empfundenen Lebensmüdigkeit oder Einsamkeit sein, vor allem bei alten und hochaltrigen Menschen, die oft schon nahezu alle Freund:innen und Bekannten verloren haben, manchmal auch schon ihre Kinder. Auch wenn diese Patient:innen nicht primär an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden, so kann die Perspektive auf weiter zunehmende Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einem erlebten Sinnverlust zu einer umfassenden Lebensmüdigkeit führen.

Für Pflegepersonen in Alten- und Pflegeheimen sind Sterbewünsche der Bewohner:innen nahezu Alltagserfahrungen. So gaben 98% der in einer Untersuchung befragten Mitarbeiter:innen von Alten- und Pflegeheimen an, bereits mit Sterbewünschen ihrer Bewohner:innen konfrontiert worden zu sein. 16 % gaben an, dass sie nach der Möglichkeit eines Assistierten Suizids (AS) gefragt wurden und 44 % wurden konkret um Unterstützung beim AS gefragt (26).

Sterbewunsch als Ausdruck der Bewältigung

Die Mitteilung eines Sterbewunsches ist ein Signal, dass die Patientin bzw. der Patient so nicht mehr leben will oder auch nicht mehr leben kann. Damit kann der Wunsch zu sterben, auch als eine geradezu gesunde Reaktion auf eine multidimensionale Leiderfahrung verstanden werden und oft weniger als bilanzierende Entscheidung.

Erfahren die Menschen in dieser Situation entsprechende Unterstützung und Solidarität, ist fast immer zu beobachten, wie sich dieses Leid im Sinne einer Bewältigung wandeln kann. Sterbewünsche und auch Suizidgedanken sind in palliativen Situationen nicht ungewöhnlich und sie können, vor allem in terminalen Erkrankungsstadien, auch eine Form der Entlastung darstellen.

Ausdruck von Vertrauen

Die Mitteilung eines Sterbewunsches kann auch als Vertrauensbeweis betrachtet werden. Wenn Patient:innen ihren Wunsch zu sterben, oder auch den Wunsch nach Assistiertem Suizid anvertrauen, so geschieht das im Vertrauen auf eine tragfähige Basis. In einem von Vertrauen geprägten Bündnis zwischen den Betreuenden und ihren Patient:innen ist die Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches nicht nur Ausdruck der Not der Patient:innen, sondern auch ein Beleg für das bestehende Vertrauen in dieses Bündnis.

- ☞ Es gilt, diesem Wunsch mit Respekt und Achtung zu begegnen und in Gesprächen Näheres zu den Ursachen und Hintergründen zu erfahren. Respekt und Achtung sind jedoch nicht unbedingt mit Zustimmung gleichzusetzen. Vielmehr basiert die respektvolle Haltung auf der grundsätzlichen Annahme, dass jeder Mensch in eine Situation kommen kann, in der er keinen anderen Ausweg aus einer als unerträglich erlebten Situation sieht, als der, möglichst bald aus diesem Leben zu scheiden(27).

Gespräche als Chance

Gespräche, die sich im Zusammenhang mit einem Sterbe- oder Suizidwunsch ergeben, bieten nicht nur die Chance, mehr darüber zu erfahren, was hinter diesem Wunsch steht, sie beinhalten auch die Möglichkeit, die Vertrauensbasis zu stärken. Und das brauchen Menschen in dieser verletzlichen Situation besonders: Vertrauen zu können und die Sicherheit einer verlässlichen, kompetenten und mitfühlenden Betreuung. Sie brauchen Betreuende, die ihr Leid, ihre Klage und ihre Verzweiflung aushalten können und die fähig sind, einen Sterbewunsch nicht als narzisstische Kränkung zu betrachten.

Es zeigt sich oft, dass bereits die Gespräche über den geäußerten Wunsch zu sterben eine gewisse Entlastung der verzweifelten Patient:innen bewirken können. Vorausgesetzt, den Äußerungen der Patientin bzw. des Patienten wird mit Respekt, Mitgefühl und ohne Wertung begegnet.

Schon allein die Möglichkeit, das erlebte Leid mit einer empathisch zugewandten Person gleichsam teilen zu können, wird von den Patient:innen als entlastend erlebt.

Rote Flaggen-Situation

Äußert eine Patientin bzw. ein Patient einen Sterbe- oder Suizidwunsch, so muss dies als eine Situation erkannt werden, die maximale Aufmerksamkeit, Zuwendung und Achtsamkeit erfordert. In diesen Situationen darf nicht bagatellisiert werden, auch darf nicht vorschnell und ausschließlich nach Lösungen gesucht werden. Es geht zunächst vor allem darum, aufmerksam zuzuhören. Für die Patient:innen kann es bedeutsam sein, ihre Gefühle in Worte zu fassen und sie sollten dabei möglichst nicht unterbrochen werden.

- ☞ Bei der Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches ist es wichtig, diesem mit Offenheit und Respekt zu begegnen. Die persönlichen Ansichten der Person, der dieser Wunsch anvertraut wird, treten dabei in den Hintergrund, um die Anliegen der Patientin oder des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

In diesem Zusammenhang ist es für professionell Betreuende von enormen Vorteil, sich ihrer eigenen Wertvorstellungen und Haltung zum Assistierten Suizid so weit bewusst zu sein, dass im Gespräch mit Betroffenen der Fokus auf deren Bedürfnisse gehalten werden kann.

Äußerungen seitens der Betreuenden zur Nachvollziehbarkeit, Wertung oder Beurteilung des Sterbewunsches bzw. des Wunsches nach Suizidassistenz sind zu vermeiden. Die ersten Adressat:innen eines Sterbe- oder Suizidwunsches haben somit eine besondere Verantwortung. Durch diese ersten Gespräche kann das Vertrauen der Patient:innen gestärkt werden, durch unbedachte Äußerungen oder Wertungen kann es aber auch nachhaltig gestört werden.

Vier Schritte bei Mitteilung eines Sterbe- oder Suizidwunsches

- ☞ Achtsames Wahrnehmen der Wünsche, genau zuhören, nicht relativieren.
- ☞ Klären, ob der Sterbewunsch oder der Wunsch nach AS richtig verstanden wurde.
- ☞ Näheres über das momentane Leid erfragen, um zu verstehen, welche Form der Unterstützung erforderlich ist.
- ☞ Erfassen der Belastungen, die zum Sterbe- oder Suizidwunsch beigetragen haben.

Unabhängig davon, was dem Sterbewunsch zugrunde liegt und wie konkret die Vorstellungen zu einer Beendigung des Lebens sind, ist die bedingungslose Grundhaltung der empathischen Akzeptanz der professionell Betreuenden wichtig.

- ☞ Den individuellen Entscheidungen der Patient:innen ist mit Achtung und Respekt zu begegnen, auch dann, wenn sie im Widerspruch zu eigenen Werthaltungen stehen.

Äußert eine Patientin bzw. ein Patient einen Sterbe- oder Suizidwunsch, ist die multi-professionelle Kompetenz des Teams gefordert. Gemeinsam ist zu überprüfen, ob tatsächlich alle Möglichkeiten zur Linderung des Leidens ausgeschöpft wurden. Neben einer optimalen Behandlung der körperlichen Symptome, psychosozialer Unterstützung und spirituellem Beistand bedürfen die Patient:innen vor allem intensiver Zuwendung durch Gespräche mit erfahrenen professionellen Betreuungspersonen. Diese müssen umfassend geschult sein, um die Hintergründe von existenzieller Not und Sterbewünschen zu verstehen.

Um nicht durch die Konfrontation mit den eigenen Ängsten bei derartigen emotionalen Gesprächen blockiert zu werden, müssen die Betreuungspersonen ihre eigenen Ängste, Haltungen und Wertvorstellungen erkennen und verstehen lernen.

Praktische Empfehlungen für Gespräche über Sterbe- und Suizidwünsche²

- Hören Sie sehr genau zu, was gesagt wird (und was nicht gesagt wird) und überprüfen Sie, ob Sie die Patientin bzw. den Patienten korrekt verstanden haben.
- Patient:innen äußern ihren Sterbewunsch manchmal „verdeckt“ oder in Metaphern und es kann wichtig sein, nachzufragen, was damit genau gemeint ist.
- Geben Sie empathisch und direkt Rückmeldung, was Sie gehört haben, indem Sie das Gesagte in eigenen Worten wiedergeben. Damit wird den Betroffenen die Möglichkeit eröffnet, ihr Verständnis für ihre Situation zu reflektieren. Verzichten Sie auf Interpretationen oder Empfehlungen aus Ihrem persönlichen Blickwinkel.
- Ihr Tonfall und Ihre Mimik sind wichtig, weil sie Wertschätzung, Mitgefühl und Fürsorge vermitteln können. Die Patient:innen sollen sich wahrgenommen, gehört und verstanden fühlen.
- Der Respekt vor der Freiheit des Einzelnen, sich das Leben zu nehmen und dazu Hilfe zu suchen und anzunehmen, ist wichtig (Respekt vor dem Recht auf Selbstbestimmung).

² In Anlehnung an: Royal College of Nursing (2016) When someone asks for your assistance to die. RCN guidance on responding to a request of hasten death. London (Royal College of Nursing).

- Wie Ihre persönliche Haltung zum AS auch sein mag, für die Gespräche ist sie nachrangig und es wäre unangemessen, die Patient:innen unaufgefordert damit zu konfrontieren.
- Das reflektierte Einbringen eigener beruflicher Erfahrungen sowie weiterer Möglichkeiten kann Betroffenen helfen, eine gut fundierte Entscheidung zu treffen. Wie diese auch sein wird, sollte sie letztlich zu keiner (Ab)Wertung führen.
- Das Gespräch sollte nicht von der Absicht geleitet sein, die sterbewillige Person von ihrem Bestreben nach AS abzubringen. Es ist jedoch wichtig, explizit auf die Möglichkeiten der palliativen Symptomlinderung und Begleitung hinzuweisen.
- Bei der Erklärung der Patient:innen, nicht zur Last fallen zu wollen, ist abzuschätzen, wie weit diese Haltung als Teil des eigenen Selbstverständnisses verinnerlicht ist oder ob sich die Patientin bzw. der Patient gedrängt sieht, einer gefühlten gesellschaftlichen Moral gerecht zu werden.
- Fragen Patient:innen konkret um Hilfe bei einem Assistierten Suizid, ist es wichtig, dass Sie diese Anfrage respektvoll zur Kenntnis nehmen. Falls Sie einen inneren Widerstand spüren, widerstehen Sie dem Impuls, die Anfrage zu ignorieren oder sie kategorisch zurückzuweisen.
- Hinweise darauf, dass Sie diese Anfrage ernst nehmen, tragen dazu bei, dass die Patientin bzw. der Patient sich verstanden fühlt und erkennt, dass Sie erfahren möchten, was zu diesem Wunsch geführt hat.
- Bestätigen und kommunizieren Sie Ihre Besorgnis um das Wohlergehen und die Sicherheit der Patientin bzw. des Patienten. Erklären Sie aber auch, dass es wichtig ist, mit den anderen Mitgliedern des betreuenden Teams darüber zu beraten, wie für Entlastung gesorgt werden kann. Akzeptieren Sie es aber auch, wenn die Patient:innen auf Vertraulichkeit bestehen.
- Versuchen Sie Schweigen und Stille im Gespräch auszuhalten und geben Sie aufbrechenden Emotionen der Patient:innen den nötigen Raum, ohne sie vorschnell durch tröstende Worte oder Gesten zu beenden.
- Geben Sie der Patientin bzw. dem Patienten eine Rückmeldung bezüglich ihrer/seiner Gefühle und Bedenken in Bezug auf die Erkrankung und erfragen Sie behutsam Details über das vorhandene Wissen über die Krankheit, Prognose, Tod und Sterben. Patient:innen können eigene Vorstellungen zu zukünftigen physischen und psychischen Belastungen, kognitiven und funktionellen Einbußen sowie zu drohender Abhängigkeit entwickeln. Um angemessen reagieren zu können, ist es hilfreich, diese Vorstellungen zu kennen.

- Fragen Patient:innen konkret nach Kontaktinformationen oder Internetadressen von Organisationen, die Sterbewillige unterstützen, ist zu bedenken, dass eine derartige Information möglicherweise im Widerspruch zur Haltung Ihrer Institution steht. Laut § 12, Abs. 2 StVfG ist es jedoch zulässig, eine sterbewillige Person über die Möglichkeit der Errichtung einer Sterbeverfügung zu informieren.
- Falls noch keine schriftlichen Vorgaben Ihrer Institution dazu vorliegen, nehmen Sie Kontakt mit Ihren Vorgesetzten auf, um den formellen Umgang mit Anfragen um Beihilfe zum Suizid zu klären.
- Versuchen Sie zu erfahren, ob der Patientin bzw. dem Patienten alternative Möglichkeiten, wie das Absetzen bisheriger Medikamente und Therapien oder der Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit bekannt sind.
- Versichern Sie der Patientin bzw. dem Patienten sowie den An- und Zugehörigen, dass Sie Ihr Bemühen und die Betreuung aufrechterhalten werden, unabhängig davon, wie die Entscheidung hinsichtlich eines Assistierten Suizids ausfällt.
- Für den Fall, dass ein Assistierter Suizid geplant ist, sollte die Betreuung bis zur Umsetzung in jedem Fall aufrechterhalten bleiben.
- Dokumentieren Sie die Gespräche und den Austausch aller Erkenntnisse mit den anderen Mitgliedern des multiprofessionellen Teams.
- Ergeben sich Spannungsfelder oder moralische Bedenken innerhalb des Teams, ist eine ethische Fallbesprechung zu empfehlen (28).

HINWEIS: Wenn Sie selbst an Suizid denken oder sich um jemanden Sorgen machen, wenden Sie sich bitte an eine der folgenden Krisenhotlines:

Telefonseelsorge Notruf 142, täglich 0-24 Uhr, auch -Mail- und Chat-Beratung möglich unter www.telefonseelsorge.at

Kriseninterventionszentrum 01/406 95 95, Montag bis Freitag 8 – 17 Uhr; www.kriseninterventionszentrum.at

Für Kinder und Jugendliche: Rat auf Draht: Notrufnummer 147 ohne Vorwahl, täglich 0-24 Uhr; www.rataufdraht.at

Weitere Informationen finden Sie unter www.suizid-praevention.at oder für Kinder und Jugendliche unter www.bittelebe.at.

Literatur

1. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, u. a. An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. Bayer A, Herausgeber. PLOS ONE. 4. Jänner 2016;11(1):e0146184.
2. Kremeike K, Pralong A, Boström K, Bausewein C, Simon ST, Lindner R, u. a. 'Desire to Die' in palliative care patients—legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. Ann Palliat Med. März 2021;10(3):3594–610.
3. Ohnsorge K, Rehmann-Sutter C, Streeck N, Gudat H. Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. Solari A, Herausgeber. PLOS ONE. 17. Jänner 2019;14(1):e0210784.
4. Kremeike K, Boström K, Voltz R. Sterben als einziger Ausweg – wie Todeswünschen begegnen? Onkologie. Februar 2024;30(S1):25–31.
5. Hilpert K, Sautermeister J, Herausgeber. Selbstbestimmung, auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid. Freiburg: Herder; 2015. 218 S. (Theologie kontrovers).
6. Nuhn A, Holmes S, Kelly M, Just A, Shaw J, Wiebe E. Experiences and perspectives of people who pursued medical assistance in dying: Qualitative study in Vancouver, BC. Can Fam Physician. September 2018;64(9):e380–6.
7. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, u. a. The Landscape of Distress in the Terminally Ill. Journal of Pain and Symptom Management. November 2009;38(5):641–9.
8. Vehling S, Philipp R. Existential distress and meaning-focused interventions in cancer survivorship. Curr Opin Support Palliat Care. März 2018;12(1):46–51.
9. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Burden to others and the terminally ill. J Pain Symptom Manage. November 2007;34(5):463–71.
10. Gagnard ME, Hurst S. A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland. BMC Med Ethics. Dezember 2019;20(1):34.
11. Bozzaro C. Ärztlich assistierter Suizid: Kann „unerträgliches Leiden“ ein Kriterium sein? Dtsch med Wochenschr. 22. Jänner 2015;140(02):131–4.
12. Rodríguez-Prat A, Pergolizzi D, Crespo I, Julià-Torras J, Balaguer A, Kremeike K, u. a. The Wish to Hasten Death in Patients With Life-Limiting Conditions. A Systematic Overview. J Pain Symptom Manage. August 2024;68(2):e91–115.
13. Cassel EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. New England Journal of Medicine. 18. März 1982;306(11):639–45.
14. Gabl C. Existenzielle Verzweiflung von PalliativpatientInnen. Universum Innere Medizin. 2020;20(08):28–9.
15. Kissane DW, Appleton J, Lennon J, Michael N, Chye R, King T, u. a. Psycho-Existential Symptom Assessment Scale (PeSAS) Screening in Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management. November 2022;64(5):429–37.

16. Higgins E, Coyne HL, Rogers CKM, Infanzon J, Velez N, Coyne P. The CASH assessment tool: A window into existential suffering. *Journal of Health Care Chaplaincy*. 2. Oktober 2022;28(4):482–96.
17. Den Hartogh G. Euthanasie op grond van een schriftelijke wilsverklaring: oude en nieuwe rechtsvragen. *Nederlands Juristenblad*. 2017;92(31):2226–33.
18. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, u. a. Relationship Between Spirituality, Meaning in Life, Psychological Distress, Wish for Hastened Death, and Their Influence on Quality of Life in Palliative Care Patients. *J Pain Symptom Manage*. Oktober 2017;54(4):514–22.
19. Bruce A, Boston P. Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *J Adv Nurs*. Dezember 2011;67(12):2732–40.
20. Kremeike K, Perrar KM, Lindner R, Bostroem K, Montag T, Voltz R. Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Palliativmedizin*. November 2019;20(06):323–35.
21. Breitbart W. Reframing hope: meaning-centered care for patients near the end of life. Interview by Karen S. Heller. *J Palliat Med*. Dezember 2003;6(6):979–88.
22. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social Science & Medicine*. Februar 2009;68(3):562–9.
23. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *J Pain Symptom Manage*. März 2011;41(3):604–18.
24. Li M, Watt S, Escaf M, Gardam M, Heesters A, O’Leary G, u. a. Medical Assistance in Dying — Implementing a Hospital-Based Program in Canada. Malina D, Herausgeber. *N Engl J Med*. 25. Mai 2017;376(21):2082–8.
25. Gabl C, Feichtner A, Weixler D. Sedation indicated?—rethinking existential suffering: a narrative review. *Ann Palliat Med*. Jänner 2023;0(0):0–0.
26. Jentschke E, Rabe A, Armbrrecht H, Lang FR, Heckel M. Sterbewünsche im Kontext stationärer Altenpflegeeinrichtungen – Belastungen und Bedürfnisse von Pflegenden sowie Aspekte für eine einrichtungsinterne Diskussion und Positionsfindung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*. November 2024;25(06):295–305.
27. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH)., Herausgeber. Erweiterte S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. 2020.
28. Royal College of Nursing. When Someone Asks For Your Assistance To Die - RCN guidance on responding to a request to hasten death 2nd edition. 2016.

Anhang:

CASH Assessment Tool

Acronym	Kategorie	Frage	Existenzielle Themen
C	Care Betreuung	Was sollte ich über Sie wissen, damit ich Sie noch besser betreuen kann?	Sinn, Identität, Autonomie, Würde
A	Assistance/Help Unterstützung/ Hilfe	Was hat Ihnen im Verlauf Ihrer Krankheit am meisten geholfen?	Unterstützung, Verbundenheit, Beziehungen
S	Stress	Was sind derzeit die größten Stressfaktoren in Ihrem Leben?	Stress, Ängste, Schuldgefühle, Isolation
H	Hopes/Fears Hoffnungen/ Befürchtungen	Was ist Ihre größte Angst? Was erhoffen Sie sich?	Hoffnung, Angst, Befürchtung, Isolation.

Übersetzung A.F.

Higgins, E., Coyne, H. L., Rogers, C. K. M., Infanzon, J., Velez, N., & Coyne, P. (2022). The CASH assessment tool: A window into existential suffering. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(4), 482–496. <https://doi.org/10.1080/08854726.2021.1922980>