



Sterbewünsche

Aktuelle Diskurse und ethische Implikationen im Pflege- und Gesundheitswesen

Nina Streeck

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Zum Begriff des Sterbewunsches	2
2.1	Kleine Phänomenologie des Wünschens	2
2.2	Zur Definition des Begriffs „Sterbewunsch“	3
3	Prävalenz und Messung von Sterbewünschen	6
4	Gründe und Einflussfaktoren, Bedeutung, Funktion	6
4.1	Warum sich eine Person zu sterben wünscht: Gründe für Sterbewünsche	6
4.2	Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, als Motiv für einen Sterbewunsch	8
4.3	Was eine Person mit dem Wunsch zu sterben verbindet: Die Bedeutung von Sterbewünschen	9
4.4	Was eine Person mit dem Wunsch zu sterben bezweckt: Die Funktion von Sterbewünschen	9
5	Zum Umgang mit Sterbewünschen	10
6	Zusammenfassung	14
	Literatur	15

1 Einleitung

Jeder Mensch hegt Wünsche. Gelangt jemand an das Ende seines Lebens, in hohem Alter oder wegen einer unheilbaren Krankheit, betreffen die Wünsche oft auch die letzte Lebensphase selbst, das Sterben. So mag sich manch eine wünschen, eine gute palliative Betreuung zu erhalten. Ein anderer möchte vielleicht bis zuletzt nichts unversucht lassen und bittet um kurative Behandlung, obwohl die Chancen auf Heilung verschwindend gering sind. Und nicht selten wünschen sich Menschen auch, der Tod möge bald eintreten: Sie entwickeln einen Sterbewunsch.

Bisweilen verfestigen sich Sterbewünsche zur klaren Absicht, den eigenen Tod zu beschleunigen, und zur Planung entsprechender Aktivitäten, etwa der Inanspruchnahme von Sterbehilfe¹ oder des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET). Doch das ist keineswegs immer der Fall.

Mitunter bleibt es beim bloßen Wunsch – aus vielfältigen Gründen: etwa weil jemand seinen Angehörigen keinen Suizid zumuten möchte, weil es seine religiösen Überzeugungen nicht erlauben oder weil der Wunsch allein die Funktion erfüllt, sich mit der eigenen Krankheit und dem bevorstehenden Tod auseinanderzusetzen. Was hinter der Äußerung „ich möchte sterben“ steckt, zeigt sich nicht auf den ersten Blick. Ist es wirklich die Hoffnung, möglichst bald nicht mehr zu leben? Warum treibt jemanden dieser Wunsch um? Und andere nicht? Was muss geschehen, damit eine Person sich aufmacht, ihren Wunsch in die Tat umzusetzen? Weshalb verzichtet jemand anders auf diesen Weg, obwohl doch auch er davon spricht, er habe genug vom Leben? Und vor allem: Wie soll man jemandem antworten, der bekundet, er wolle nun endlich sterben? Wann darf man ihn in seinem Wunsch unterstützen; darf man es überhaupt?

N. Streeck (✉)
 Institut für Sozialethik, Universität Zürich, Zürich, Schweiz
 E-Mail: nina.streeck@uzh.ch

¹ Den Ausdruck „Sterbehilfe“ verwende ich in einem umgangssprachlichen Sinne, d. h. ohne zwischen Suizidbeihilfe und der Tötung auf Verlangen zu differenzieren.

Um ethisch verantwortet mit Sterbewünschen umzugehen, bedarf es der Klärung dieser Fragen. Gerade das unklare Verhältnis von Sterbewünschen und einer Beschleunigung des Todes veranlassen Moralphilosophinnen und Moralphilosophen zur Reflexion. Doch ranken sich die ethischen Debatten primär um Sterbehilfe, wobei das zugrundeliegende Phänomen – dass Menschen sich den Tod wünschen – bisweilen aus dem Blick zu geraten droht. Denn von ethischer Relevanz sind durchaus auch Fragen, die sich nicht unmittelbar um die Tötung auf Verlangen oder den assistierten Suizid drehen. Schließlich wohnen Sterbewünschen mannigfache emotionale, körperliche, spirituelle und soziale Bedürfnisse inne, die womöglich wenig Beachtung erfahren, gilt das Interesse allein dem Wunsch nach Sterbehilfe. Aus Furcht vor dieser ethisch umstrittenen Thematik das Gespräch über Sterbewünsche zu meiden, kann jedoch dazu führen, dass die Versorgung und die Betreuung des oder der Sterbenden unzureichend bleiben; das Phänomen hat mithin eine ethische Komponente (Schroepfer 2015).

In den vergangenen 20 Jahren haben Sterbewünsche vermehrt das Interesse von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern auf sich gezogen.² Eine Vielfalt empirischer, vor allem qualitativer Studien beleuchten das Phänomen aus unterschiedlichen Perspektiven. Ein Gutteil der Forschung widmet sich den Faktoren, die einen Wunsch zu sterben auslösen können: Wie begründen Menschen, dass sie sterben wollen? Nicht bloß Patientinnen und Patienten werden dazu befragt, sondern auch ihre Angehörigen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder das Pflegepersonal kommen zu Wort. Darauf aufbauend kursieren diverse Vorschläge, wie sich Sterbewünsche modellhaft abbilden und mittels welcher Instrumente sie sich messen lassen (Schroepfer 2015). Dabei bleibt jedoch mitunter schon die Grundfrage im Dunkeln, nämlich was das überhaupt ist: ein Sterbewunsch.

Schon der Begriff des Wunsches erweist sich als facettenreich. Wer sich etwas wünscht, so viel lässt sich allgemein sagen, bringt zum Ausdruck, dass etwas nicht so ist, wie es sein soll – etwa ein Zustand voll des Leidens in schwerer Krankheit, aus dem der Tod einen Ausweg böte. Wenig Einigkeit besteht allerdings, was einen Sterbewunsch näher charakterisiert. Ein ganzes Spektrum von Haltungen zum Sterben wird unter dem Begriff des Sterbewunsches abgehandelt, von Gedanken über ein Leben nach dem Tod und einer Akzeptanz des nahenden Lebensendes bis hin zu konkreten Bemühungen um Sterbehilfe (Balaguer et al. 2016).

In Anbetracht dessen nehmen die folgenden Überlegungen ihren Ausgang bei der Frage nach einer angemessenen Definition. Um dem Konzept erste Konturen zu verleihen, steige ich in Abschn. 2 mit einer kurzen Beschreibung des

zugrunde liegenden Phänomens ein, des Wünschens. Drei Dimensionen stehen dabei im Vordergrund: Wünsche als eine Möglichkeit, sich mit Hoffnungen oder Träumen auseinanderzusetzen und Zukunftsszenarien zu entwerfen, Wünsche als Orientierungen im Handeln und Wünsche als Stifter von Identität. Die eigentliche Bestimmung des Begriffs „Sterbewunsch“ erweist sich als höchst komplex, da keine Einigkeit über die Reichweite des Konzepts herrscht, ob also die gelegentliche Hoffnung auf einen baldigen Tod bereits einen Sterbewunsch konstituiert oder erst die konkrete Absicht, Suizidbeihilfe in Anspruch zu nehmen. Detailliert stelle ich eine Konsensdefinition vor, gehe aber auch auf Präzisierungen, Einwände und mögliche Erweiterungen ein. Dem schließt sich in Abschn. 3 die Frage an, wie häufig Sterbewünsche überhaupt aufkommen. Ich präsentiere Schätzungen ihrer Prävalenz sowie verschiedene Möglichkeiten ihrer Messung. In einem weiteren Schritt stelle ich in Abschn. 4 die Gründe für Sterbewünsche, deren Bedeutung sowie deren Funktion dar: Dabei geht es zunächst um die Frage, was einen Menschen motiviert, sich den Tod zu wünschen. Im Anschluss daran beleuchte ich, welche Bedeutungen sich mit einem solchen Wunsch verbinden können: Was kommt im Sterbewunsch eigentlich zum Ausdruck? Geht es beispielsweise um eine Beendigung des Leidens, um die Bitte um Hilfe oder um den Versuch, die Kontrolle über das eigene Leben zu behalten? Mit Sterbewünschen verbindet sich darüber hinaus jeweils eine Funktion, mit ihnen verfolgt der Wüschende mithin einen bestimmten Zweck – etwa ein Gespräch zu eröffnen. Auf dem Verständnis dieser drei Faktoren ruhen die ethischen Überlegungen auf, wie sich der Umgang mit Sterbewünschen gestalten kann und soll, gerade auch mit Wünschen, die nicht (oder nicht unmittelbar) darauf zulaufen, dass eine Person Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte. Diesen Fragen widmet sich Abschn. 5.

2 Zum Begriff des Sterbewunsches

2.1 Kleine Phänomenologie des Wünschens

Wünsche deuten darauf hin, dass etwas fehlt: Wer einen Wunsch hegt, befindet sich in einer Situation, die buchstäblich zu wünschen übrig lässt. Etwas soll sein, das nicht ist – nicht mehr oder noch nicht. Zu einem Wunsch gehören stets ein wünschendes Subjekt und ein gewünschter Umstand, etwa dass die missliche Lage enden oder sich eine strahlende Zukunft anbahnen möge. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit klafft eine Lücke, die nach einem Wandel ruft (Straub 2013). Drei Aspekte von Wünschen möchte ich ins Auge fassen:³

² Einen Überblick über die aktuelle Forschung bieten Rehmann-Sutter et al. (2015a) in einem Sammelband.

³ Für eine ähnliche Herangehensweise vgl. Streeck (2015).

1. Wünsche als innere Probestühne

Obschon der Wunsch auf einen Mangel deutet, den es zu beheben gilt, schreitet der Wünschende nicht unbedingt zur Tat. Denn nicht jeder Wunsch kann überhaupt in eine Handlung münden, nicht alle sollen es. Auf besseres Wetter lässt sich bloß hoffen, ohne dass man Einfluss darauf nehmen könnte. Und wer eine frühere Entscheidung bereut, mag sich sagen: Ach, ich wünschte, ich hätte damals eine andere Wahl getroffen – vermag aber nichts mehr daran zu ändern. Was wir nicht – oder nicht mehr – beeinflussen können, entzieht sich der Möglichkeit zu handeln; der Wunsch bleibt ein solcher. Aber auch wenn uns offen stünde, einen Wunsch in die Tat umzusetzen, unterlassen wir es mitunter – etwa weil uns das Gewünschte nach einer Weile reizlos erscheint. In diesem Sinne dienen Wünsche als eine innere Probestühne: In und mit ihnen bringen wir Hoffnungen, Zukunftsträume und Ängste zur Darstellung oder malen uns Horrorszenarien aus, die wir zu vermeiden wünschen, ebenso wie erstrebenswerte Fantasiewelten. Mitunter fassen wir den Entschluss, nun zur Tat zu schreiten, bisweilen belassen wir es aber auch bei der inneren Vorstellung. Denn schon sich das Gewünschte nur vor Augen zu führen, vermag womöglich Trost zu spenden oder sogar Freude wecken (Boothe 2013).

2. Wünsche als Handlungsorientierung

Selbst wenn der Wunsch nicht in eine Tat mündet, bleibt er aufs Handeln bezogen. Denn in dem, was wir uns wünschen, zeigt sich, was uns etwas bedeutet und worauf wir Wert legen. Wer sich wünscht, eine Reise zu tun, kann angeben, auf was es ihm dabei ankommt – etwa sich mit fremden Kulturen vertraut zu machen. Den eigenen Horizont zu erweitern, hat für diese Wünschende offenkundig einen hohen Wert. Die meisten unserer Wünsche haben eine solche evaluative Dimension (Steinfath 2001). Gleichwohl lassen sie sich nicht als rein kognitive Gebilde verstehen. Oft können wir nur teilweise oder gar nicht rationale Gründe angeben, warum wir uns etwas wünschen, sondern uns treiben vor allem unsere Gefühle.

3. Wünsche als Identitätsstifter

Jeglicher Wunsch – ob handlungswirksam oder nicht – hat damit zu tun, wer wir sind und sein wollen. Und möchten wie jemanden kennenlernen, hilft uns zu wissen, was diese Person sich wünscht und wie sie gerne wäre. Schon das Wünschen selbst lässt sich als eine Handlung auffassen: Wir formen uns darin selbst, bilden aktiv unsere Identität aus (Straub 2013). Zugleich aber eignet dem Wunsch eine passive Dimension: Wir beschließen für gewöhnlich nicht, uns etwas zu wünschen, sondern entdecken Wünsche in uns. Auf manche Wünsche könnten wir gut verzichten, gelegentlich vielleicht auf das starke Verlangen nach Schokolade: Man wünschte dann sogar, dieser Wunsch verschwände, womöglich weil man ein

disziplinierter Mensch oder einfach schlank sein möchte. Zu unseren Wünschen können wir also noch einmal Stellung beziehen (Frankfurt 1971).

Alle drei Dimensionen finden sich auch bei Sterbewünschen. Sie können in Taten münden, müssen es aber nicht: Womöglich spendet schon der Gedanke Trost, dass sich der Leidensweg verkürzen ließe, etwa durch einen assistierten Suizid. Was dieser Wunsch für eine Person bedeutet, erschließt sich nicht auf den ersten Blick. Legt sie großen Wert darauf, ihre Autonomie zu bewahren? Möchte sie als stark und tatkräftig in Erinnerung bleiben? Sorgt sie sich, dass sie ihre Angehörigen durch ihre zunehmende Pflegebedürftigkeit belastet? In alledem kommen Wertvorstellungen zum Ausdruck – und es zeigt sich, wie die Person sich selbst versteht, beispielsweise als unabhängiger Mensch. Abgesehen von dieser grundlegenden „Anatomie des Wunsches“ (Boothe 2013) stellt sich allerdings die Frage: Was ist das überhaupt: ein Sterbewunsch?

2.2 Zur Definition des Begriffs „Sterbewunsch“

In der – überwiegend englischsprachigen – Literatur kursieren diverse Begriffe, die sich um das Phänomen des Sterbewunsches ranken. Vielfach werden sie synonym verwendet („wish“ oder „desire“ „to die“ oder „to hasten death“), wobei nicht unterschieden wird, ob eine Person nur darüber nachdenkt, konkret beabsichtigt oder sich bereits entschieden hat, zu sterben oder ihren Tod zu beschleunigen (Monforte-Royo et al. 2012; Balaguer et al. 2016). In der deutschsprachigen Literatur ist sowohl von „Sterbewünschen“ als auch von „Todeswünschen“ die Rede (Rehmann-Sutter 2016; Voltz und Perrar 2015).

Angesichts der verwirrenden Begriffsvielfalt erarbeitete eine internationale Gruppe von 24 Experten in einem Konsens-Prozess auf der Grundlage einer Literaturrecherche eine gemeinsame Definition, die zwei entscheidende Abgrenzungen vornimmt (Balaguer et al. 2016):

- Die Begriffsbestimmung richtet sich lediglich auf den *Wunsch*, den Tod zu beschleunigen („wish to hasten death“), der deutlich von *Handlungen* zur Beschleunigung des Todes (Tötung auf Verlangen, (ärztlich) assistierter Suizid, freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit) inklusive diesbezüglicher Anfragen unterschieden wird: Zwar geht derartigen Handlungen stets ein Sterbewunsch voraus, doch führt nicht jeder Wunsch, den Tod zu beschleunigen, unweigerlich dazu, entsprechende Aktivitäten in Angriff zu nehmen und etwa Beihilfe zum Suizid zu erbitten.

- Auf der anderen Seite klammert die Expertengruppe die Akzeptanz des nahenden Todes sowie Sterbewünsche ohne den begleitenden Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes aus. Sie interessiert sich mithin nicht für den Wunsch, die terminale Krankheit möge ohne eigenes Zutun rasch zum Tod führen. Vielmehr geht es ihr lediglich um Wünsche, die zum Inhalt haben, wie sich das eigene Ableben schneller bewerkstelligen ließe, als es im Fall eines „natürlichen Todes“ („wish to die naturally, although preferably soon“) der Fall wäre.

Für eine solche enge Begriffsbestimmung spricht, dass damit Wünsche in den Blick kommen, die ethisch umstrittene Handlungen wie einen assistierten Suizid oder eine Tötung auf Verlangen nach sich ziehen können, was in der klinischen Praxis mitunter zu herausfordernden Situationen führt. Allerdings lässt sich fragen, ob damit nicht die Gefahr besteht, ebenfalls klinisch relevante Sterbewünsche (in dem genannten weiteren Sinne als Wünsche nach einem baldigen natürlichen Tod) zu vernachlässigen: Wird jeder Sterbewunsch mit dem Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes assoziiert, droht sich die Kommunikation über das Sterben und diesbezügliche Wünsche zu verengen, so dass die Anliegen des Sterbenden nicht die angemessene Berücksichtigung erfahren. Auch wer nicht plant, seinen Tod vorzeitig herbeizuführen, hat womöglich das Bedürfnis, sich mit dem Betreuungsteam über seinen Wunsch nach einem zeitnahen Ableben auszutauschen. Für die Wahl einer angemessenen Behandlung kann ein solches Gespräch entscheidend sein.

Obschon die ausgeklammerten Phänomene vertiefter Betrachtung bedürfen, bietet die Konsensdefinition einen guten Ausgangspunkt für die Analyse. Die Expertengruppe schlägt folgende Begriffsbestimmung vor:

The wish to hasten death (WTHD) is a reaction to suffering, in the context of a life-threatening condition, from which the patient can see no way out other than to accelerate his or her death. This wish may be expressed spontaneously or after being asked about it, but it must be distinguished from the acceptance of impending death or from a wish to die naturally, although preferably soon.

The wish to hasten death may arise in response to one or more factors, including physical symptoms (either present or foreseen), psychological distress (e.g. depression, hopelessness, fears, etc.), existential suffering (e.g. loss of meaning in life), or social aspects (e.g. feeling that one is a burden) (Balaguer et al. 2016).

Verschiedene Aspekte, auf die teilweise auch die Expertengruppe eingeht, stechen ins Auge:

- Balaguer und Kollegen fassen Sterbewünsche als eine Reaktion auf Leiden im Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Krankheit auf. Es ist jedoch umstritten, ob sich damit nicht ein reduktionistisches, da auf Leiderfahrungen beschränktes, Verständnis verbindet, das dem Erleben unheilbar kranker Patientinnen und Patienten oder sehr alter Menschen nicht gerecht wird. Allerdings zeigt

sich als gemeinsamer Nenner verschiedener qualitativer Studien, dass Erfahrungen von Leid im Zusammenhang mit Sterbewünschen eine zentrale Rolle spielen (Rodriguez-Prat et al. 2017). In jüngerer Zeit kommen allerdings zunehmend Diskussionen um den – von seinen Befürwortern so bezeichneten – „Altersfreitod“ auf (Van Wijngaarden et al. 2014, 2015, 2016a, 2018). Unter diesem Begriff wird der Suizid eines Menschen in höherem Alter verhandelt, der gerade nicht aufgrund einer Leidenssituation im Kontext einer Krankheit zu sterben wünscht, sondern der sich selbst als „lebensatt“ identifiziert und deswegen seinem Leben ein Ende setzen möchte. In der Schweiz, wo der assistierte Suizid legal ist und sich zunehmender Beliebtheit erfreut, setzt sich die führende Sterbehilfeorganisation Exit Deutsche Schweiz seit einigen Jahren dafür ein, dass sterbewillige alte Menschen einen erleichterten Zugang zum Sterbemittel Natriumpentobarbital erhalten, obwohl sie nicht terminal erkrankt sind (Exit 2016).

- Nicht allein in diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie und ob überhaupt sich ein Sterbewunsch von Suizidalität unterscheidet. Mit letzterem Begriff wird meist ein Symptom einer psychischen Störung bezeichnet, womit Suizidabsichten zum Gegenstand von Präventionsbemühungen werden. In einer Literaturstudie zeigen Van Wijngaarden und Kollegen auf, dass Sterbewünsche bei älteren Menschen (ohne lebensbedrohliche Krankheit) oft als Ausdruck pathologischer Suizidalität eingestuft werden (Van Wijngaarden et al. 2014). Die Begrifflichkeiten variieren allerdings auch in diesem Kontext stark, so dass mit dem Ausdruck „Suizidalität“ keineswegs stets ein krankhafter Zustand bezeichnet wird. Einige Autoren betrachten Suizidalität bzw. Suizidgedanken in hohem Alter vielmehr als ein natürliches Phänomen und als Ergebnis einer rationalen Lebensbilanz (Bonnewyn et al. 2016).

Darüber hinaus steht grundsätzlich (und nicht nur mit Blick auf das höhere Alter) zur Debatte, ob psychisch kranke Menschen Zugang zu Sterbehilfe erhalten dürfen, wie es bereits in einigen Ländern der Fall ist (Olié und Courtet 2016). Bejaht man diese Frage, so wird ebenfalls relevant, zwischen behandlungsbedürftigen Sterbewünschen bzw. Suizidalität und Wünschen, die Beihilfe zum Suizid oder andere Formen der Sterbehilfe erlauben, zu unterscheiden.

Angesichts der schwierigen Differenzierung plädieren Balaguer und Kollegen dafür, den Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes als umgreifendes Phänomen zu verstehen, weshalb sie Suizidalität (*suicidal ideation*) als einen Typus von Sterbewünschen einstufen (Balaguer et al. 2016).

- Trotz des Verzichts auf eine scharfe Grenzziehung zwischen Sterbewünschen und Suizidalität beschränken Balaguer und Kollegen ihre Definition auf Leidenszustände

infolge einer lebensbedrohlichen körperlichen Krankheit und lassen psychische Erkrankungen außer Acht. Als Kriterium nennen sie eine begrenzte Lebenserwartung oder die Inanspruchnahme von Palliative Care. Allerdings wird seit einiger Zeit diskutiert, ob nicht auch Personen, die an einer schwerwiegenden und chronischen psychischen Krankheit leiden, eine palliativmedizinische (anstelle einer kurativen) Behandlung zukommen sollte (Trachsel et al. 2016a, b).

Bereits diese ersten Differenzierungen verdeutlichen die Komplexität des Phänomens. So lässt sich einem Sterbewunsch zunächst mit den folgenden Fragen begegnen: Handelt es sich um den Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes oder um den Wunsch nach einem baldigen natürlichen Tod? Stellt der Wunsch eine Reaktion auf einen Leidenszustand aufgrund einer körperlichen oder aber einer psychischen Krankheit dar und ist die Erkrankung lebensbedrohlich? Oder steht keine Krankheit im Hintergrund, sondern allein ein hohes Alter („Lebenssattheit“)? Entspringt der Sterbewunsch einer psychischen Krankheit (Suizidalität)?

Die Beschränkung auf Wünsche nach einer Beschleunigung des Todes bei lebensbedrohlicher somatischer Krankheit erlaubt Balaguer und Kollegen, einen Teilbereich des Phänomens zu analysieren, der von besonderer ethischer Relevanz mit Blick auf die Debatte über Sterbehilfe ist und dem die Aufmerksamkeit in der Forschung bisher primär galt. Um sich jedoch ein umfassendes Bild zu machen, drängt sich auf, auch weitere Formen von Sterbewünschen zu beachten.

In Anbetracht der Tatsache, dass zunächst unklar ist, was sich hinter der Aussage „ich möchte sterben“ verbirgt, schlagen Ohnsorge und Kollegen vor, drei Gruppen von Sterbewünschen zu unterscheiden: 1) Sterbewünsche ohne den Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes, 2) Wünsche nach einer Beschleunigung des Todes, und 3) den Willen zu sterben. Sie ergänzen ihre Typologie zudem um den Wunsch zu leben sowie die Akzeptanz des Todes. Anders als Balaguer und Kollegen beziehen sie also auch Wünsche nach einem baldigen „natürlichen Tod“ ein und ebenso, unter der Kategorie 3), bereits erfolgte Aktivitäten, um den Tod zu beschleunigen, etwa eine Bitte um Sterbehilfe oder die Inangriffnahme eines assistierten Suizids. Damit eröffnen sie ein breiteres Spektrum, zumal sie innerhalb der drei Gruppen weitere Differenzierungen vornehmen, so dass schließlich neun Formen von Sterbewünschen zu Buche stehen, die sich hinsichtlich des Wunschgehaltes unterscheiden.⁴ So kann ihrer Analyse zufolge ein Sterbewunsch beispielsweise be-

deuten, dass eine Person sich auf den Tod freut oder dass sie hofft, der Tod möge früher eintreten, während sie eine Beschleunigung des Todes nicht erwägt (Ohnsorge et al. 2014a). Monforte-Royo und Kollegen nehmen ähnliche Differenzierungen vor, indem sie vier Typen von Wünschen identifizieren, nämlich 1) einen vagen Sterbewunsch, 2) den Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes, 3) die ausdrückliche Äußerung, den Tod beschleunigen zu wollen, und 4) die Planung eines Suizids oder eines assistierten Sterbens (Monforte-Royo et al. 2016).

Es zeigt sich mithin, dass zwar eine Konsens-Definition vorliegt, diese jedoch mancherlei Aspekte von Sterbewünschen außer Acht lässt, namentlich alle diejenigen Wünsche, die sich nicht mit dem Gedanken an eine Beschleunigung des Todes verbinden. Anschließend an die definitorischen Schwierigkeiten erschwert es der subjektive Charakter von Sterbewünschen sowie deren Komplexität, das Phänomen konzeptuell und theoretisch zu fassen. So kursieren diverse Wunschmodelle und Versuche, Sterbewünsche hinsichtlich ihrer vielfältigen Facetten und Dimensionen aufzuschlüsseln (Monforte-Royo et al. 2011; Ohnsorge et al. 2014a, b; Ohnsorge 2015; Schropfer 2015; Onwuteaka-Philipsen 2015). Ein einheitlicher Ansatz hat sich bisher nicht durchgesetzt, doch zeichnet sich eine gewisse Einigkeit ab, dass sich drei Dimensionen von Sterbewünschen unterscheiden lassen: 1) die Gründe für den Wunsch (Ätiologie), 2) die Bedeutung des Sterbewunsches und 3) dessen Funktion.

Großes Interesse richtet sich vor allem auf Punkt 1), die Motive und Gründe für einen Sterbewunsch. Zudem wird nach deren Bedeutung für den Betreffenden gefragt (2): Was verbindet sich für ihn mit der imaginierten Wunsch-erfüllung? Dazu können beispielsweise ein Ende des Leidens, die Bewahrung der eigenen Autonomie oder die Entlastung der Angehörigen zählen. Und schließlich stellt sich die Frage, welche Funktion der Sterbewunsch hat (3), was also eine Person damit bezweckt, wenn sie den Wunsch nach einem baldigen Tod äußert – etwa ein Gespräch über das Lebensende anzuregen oder auf unbefriedigte Bedürfnisse aufmerksam zu machen (Rodriguez-Prat et al. 2017; Ohnsorge et al. 2014b).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Wünsche im allgemeinen und gerade auch Sterbewünsche keineswegs leicht zu erfassen sind. Oft wird der Wunsch zu sterben damit gleichgesetzt, dass jemand Sterbehilfe in Anspruch nehmen möchte, doch ist das nicht immer der Fall. Alle Sterbewünsche lassen sich mithin darauf

⁴Die folgenden Wunschgehalte werden genannt: 1) Sterbewünsche ohne den Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes: a) sich auf das Sterben freuen, b) auf einen schnellen Tod hoffen, c) sich zu sterben wünschen; 2) Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes: a) hypo-

thetischer Wunsch (auf die Zukunft gerichtet), b) Wunsch ohne konkrete Umsetzungspläne, c) konkreter Wunsch; 3) Wille zu sterben: a) ausdrückliche Bitte um Hilfe, b) Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen, c) Handlungen zur Beschleunigung des Todes (Ohnsorge et al. 2014a).

hinterfragen, welche Gründe ihnen zugrunde liegen, was die wünschende Person genau mit dem Wunsch verbindet und worauf der Wunsch zielt.

3 Prävalenz und Messung von Sterbewünschen

Die Vielfalt der Definitionen spiegelt sich in den stark divergierenden Schätzungen der Prävalenz von Sterbewünschen, wobei allein als erwiesen gilt, dass sich unter alten und/oder schwerkranken Menschen stets ein gewisser Anteil ein baldiges Lebensende erhofft (Onwuteaka-Philipsen 2015). Zwischen drei und 35 Prozent der Menschen mit einer fortgeschrittenen Krankheit wünschen sich verschiedenen Studien zufolge, vorzeitig zu sterben (Bellido-Pérez et al. 2017). Die Unterschiede lassen sich darauf zurückführen, dass verschiedene Patientengruppen untersucht und vielfältige Instrumente zur Erhebung verwendet wurden. Da zudem oft eine genaue Definition des untersuchten Phänomens fehlt, erweisen sich die Ergebnisse als kaum vergleichbar (Bellido-Pérez et al. 2017).

Auch aus einem weiteren Grund sind die Zahlen zur Prävalenz von Sterbewünschen mit Vorsicht zu genießen: Wünsche, den eigenen Tod durch Euthanasie oder assistierten Suizid zu beschleunigen, haben nicht unbedingt Bestand, sondern können sich im Krankheits- und Sterbeverlauf wandeln, bisweilen stärker in den Vordergrund drängen und sich dann wieder abschwächen oder sogar vergehen, um später erneut aufzutauchen (Monforte-Royo et al. 2012; Schroepfer 2015). Verschiedene Faktoren können beeinflussen, wie sich Sterbewünsche über die Zeit entwickeln: Hoffnung bzw. Hoffnungslosigkeit, spirituelles Wohlbefinden, Lebensqualität, individuelle Denkprozesse, krankheitsbedingte Veränderungen sowie eine Umstellung der Behandlung und Betreuung (Ohnsorge et al. 2014a; Rosenfeld et al. 2014).

Bisweilen hegt eine Person auch mehrere, einander widersprechende Wünsche gleichzeitig und möchte beispielsweise zwar sterben, aber doch auch am Leben bleiben, womöglich allerdings nur unter besseren Bedingungen (Bonnewyn et al. 2016; Rodriguez-Prat et al. 2017). Von einer „Übergangsphase“ oder einem „Zwischenstadium“ zwischen der Absicht, sein Leben zu beenden, und der tatsächlichen Umsetzung dieses Schrittes sprechen Van Wijngaarden und Kollegen in diesem Zusammenhang: In dieser Phase gaben sämtliche der von ihnen befragten älteren Personen (ohne lebensbedrohliche Krankheit) an, Gefühle der Zwiespältigkeit und einer spannungsreichen Auseinandersetzung mit den verschiedenen Optionen zu erleben. So fühlten sie sich etwa gleichzeitig bereits dem Leben entfremdet und hingen an ihm, berichteten von einem rationalen Abwägen des Für

und Wider einer vorzeitigen Lebensbeendigung, aber auch von emotionalem Getriebensein, sowie von einem Schwanken zwischen dem Eindruck, alles unter Kontrolle zu haben, und starker Unsicherheit angesichts der unvorhersehbaren Zukunft (Van Wijngaarden et al. 2016a).

Die Erhebungen zur Prävalenz beruhen auf dem Einsatz von Messinstrumenten, mithilfe derer ermittelt werden soll, ob Patienten einen Wunsch zu sterben verspüren. Das zuerst entwickelte und wohl bekannteste Instrument zur Ermittlung von Sterbewünschen, die *Desire for Death Rating Scale (DDRS)*, operiert mit semistrukturierten Interviews und stammt von Chochinov und Kollegen (Chochinov et al. 1995). Heute ist das meistgenutzte Instrument der Fragebogen *Schedule of Attitudes toward Hastened Death (SAHD)*, der in verschiedenen Sprachen validiert wurde (Rosenfeld et al. 2000; Bellido-Pérez et al. 2017; Galushko et al. 2015; Villavicencio-Chávez et al. 2014). Die konzeptuelle Vielfalt und die mitunter unklar bleibende zugrunde liegende Definition des untersuchten Phänomens schmälern jedoch die Aussagekraft der Instrumente. Mit Blick auf den SAHD wird etwa bemängelt, dass die Unterscheidung zwischen der Akzeptanz des Todes und einem genuinen Sterbewunsch schwierig sei und Grenzwerte letztlich willkürlich gesetzt würden (Bellido-Pérez et al. 2017).

Angesichts der Vielzahl von Definitionen, der mangelnden Beständigkeit und der unterschiedlichen Messgrößen lassen sich die diversen Schätzungen der Prävalenz von Sterbewünschen also nur schwerlich vergleichen. Festhalten lässt sich allerdings, dass sich stets ein gewisser Anteil der Menschen am Lebensende wünscht zu sterben.

4 Gründe und Einflussfaktoren, Bedeutung, Funktion

4.1 Warum sich eine Person zu sterben wünscht: Gründe für Sterbewünsche

Eine Reihe (vornehmlich qualitativer) Studien bemüht sich um die Erhellung der Frage, welche Faktoren dazu beitragen, dass ein Mensch einen Sterbewunsch entwickelt: Auf welche Umstände und Lebenssituationen reagiert jemand damit, sich den Tod zu wünschen? Einigkeit besteht lediglich, dass eine Vielfalt von Gründen eine Rolle spielt. Dabei haben keineswegs nur körperliche Probleme und Beschwerden einen Einfluss, sondern mindestens ebenso stark wirken sich psychosoziale und existenzielle bzw. spirituelle Faktoren aus. Allerdings lassen sich die Motive oft nicht klar voneinander abgrenzen und beeinflussen einander (Monforte-Royo et al. 2012; Rodriguez-Prat et al. 2017).

Widmet man sich den diversen Studien zu den Motiven für Sterbewünsche, so fällt ins Auge, dass sie sich verschiedener Ansatzpunkte bedienen, was die Vergleichbarkeit er-

schwert: Die zugrunde gelegten Datenquellen variieren; vielfach befragen die Forscherinnen oder Forscher lediglich Gesundheitsfachpersonen oder Angehörige, so dass allein indirekte Auskünfte über die Wünsche der Sterbenden zur Verfügung stehen (Monforte-Royo et al. 2012). Einige Studien folgen einem retrospektiven Ansatz, d. h. Ärztinnen und Ärzte oder Angehörige werden erst nach dem Tod einer Person interviewt. Jüngere Studien allerdings nehmen zunehmend auch prospektiv die Sicht der Patientinnen und Patienten in den Blick (Schroepfer 2015). Typischerweise beschränken sich die Forscherinnen und Forscher darauf, bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten zu untersuchen, vornehmlich Krebskranke (z. B. Güell et al. 2015; Nissim et al. 2009; Villavicencio-Chávez et al. 2014) und, in geringerem Maße, Patientinnen und Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose (z. B. Rabkin et al. 2015; Stutzki et al. 2014; Verschueren et al. 2019). Einer weiteren Gruppe von Sterbewilligen widmet sich das Studienteam um Van Wijngaarden: In diversen Arbeiten untersuchen sie Sterbewünsche lebensmüder („tired of living“) Personen, die nicht an einer lebensbedrohlichen Krankheit oder einer Depression leiden (Van Wijngaarden et al. 2014, 2015, 2016a, 2018).

Ohnsorge und Kollegen wenden sich der Frage zu, inwiefern sich unterschiedliche Krankheiten und ihre Verläufe auf die Entstehung und Entwicklung von Sterbewünschen auswirken. In ihrer Studie analysieren sie die Wünsche von Menschen mit einer Krebserkrankung, mit neurologischen Krankheiten (Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose) und mit Organversagen (Herz, Lunge) sowie von sehr alten und gebrechlichen Personen (Ohnsorge et al. 2019). Sie zeigen, dass typische Krankheits- bzw. Sterbeverläufe („illness trajectories“ oder „dying trajectories“ (Seale 2000; Murray et al. 2005)) bei Betroffenen ähnliche Fragen, Sorgen und Ängste auslösen. Bei den neurologischen Patientinnen und Patienten stehen Zukunftsängste angesichts des erwarteten Krankheitsverlaufs im Vordergrund, etwa die Angst vor dem Erstickten, vor Immobilität oder vor Abhängigkeit. In den Aussagen der Personen, die von Organversagen bedroht sind, schlägt sich der wechselvolle Krankheitsverlauf nieder: In Krisensituationen tauchen Sterbewünsche auf, die zwar in stabilen Phasen in den Hintergrund treten, doch im Sinne hypothetischer Wünsche weiterhin präsent bleiben. So äußern Betroffene, lieber sterben zu wollen, bevor sie eine weitere Krise erleben müssen. Ältere, gebrechliche Menschen wiederum beklagen Gefühle der Entfremdung und Überforderung, aus denen sich ihr Wunsch zu sterben nährt. Krebspatientinnen und -patienten schließlich machen aktuelle Leidenszustände aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden und aufgrund von emotionaler Belastung geltend. Über die Gruppen hinweg zeigen sich allerdings auch Gemeinsamkeiten. Viele der Interviewten formulieren ihre Vorstellungen in der Zukunftsform: „Wenn mir einmal dieses und jenes widerfährt, dann möchte ich sterben.“ Ebenso tritt die Sorge,

seinen Mitmenschen zur Last zu fallen, bei allen Krankheitsverläufen auf; bei einigen Personen zeigt es sich sogar als stärkstes Motiv für einen Sterbewunsch (Ohnsorge et al. 2019).

Auf Grundlage einer Überblicksarbeit, in die sie 14 Studien einbeziehen, identifizieren Rodriguez-Prat und Kollegen vier Cluster von Gründen für Sterbewünsche (Rodriguez-Prat et al. 2017):

1. Körperliche Symptome

Zu den körperlichen Symptomen, die einen Sterbewunsch motivieren können, zählen primär Schmerzen und all diejenigen Funktionsverluste, die es einer Person verunmöglichen, an Aktivitäten teilzunehmen, die ihr am Herzen liegen. Entsprechend sinkt ihre Lebensqualität. Ausdrücklich aufgeführt werden in den untersuchten Studien Fatigue, Atemnot, Inkontinenz und kognitive Einschränkungen. Damit geht oft die Sorge einher, eine Belastung für das Umfeld zu sein, ebenso kommen Gefühle des Kontrollverlusts oder der Hilflosigkeit zur Sprache. Dabei fällt auf, dass sich der Sterbewunsch häufig auf befürchtetes zukünftiges Leiden bezieht, während aktuell keine körperlichen Beschwerden vorliegen, die den Erkrankten unerträglich erscheinen.

2. Psychische und emotionale Faktoren

Angst und Pessimismus stehen unter diesem Stichwort an erster Stelle. Die Angst gründet in der Unsicherheit über die Prognose: Droht der Verlust von Kontrolle? Ist großes Leid zu erwarten? Zudem stellt sich Hoffnungslosigkeit ein, da die Krankheit unaufhaltsam fortschreitet und der Tod sicher bevorsteht. Im Zusammenhang damit ergibt sich auch die Frage, ob bzw. inwiefern sich Sterbewünsche und (pathologische) Suizidgedanken, etwa als Symptom einer Depression, unterscheiden: Verschiedene Studien machen Depression als einen Einflussfaktor auf Sterbewünsche aus (z. B. Freeman et al. 2016; Galushko et al. 2015; Guerrero-Torrelles et al. 2017; Güell et al. 2015; Rabkin et al. 2015; Verschueren et al. 2019; Wilson et al. 2016). Unklar bleibt allerdings, wie ausgeprägt sich eine Depression auswirkt, da sich die Studien auf unterschiedliche Schweregrade beziehen (Onwuteaka-Philipsen 2015). Festhalten lässt sich, dass nicht jede Person, die einen Sterbewunsch äußert, an einer psychischen Störung leidet (Wilson et al. 2016).

3. Soziale Faktoren

Als Gründe, sich den Tod zu wünschen, identifizieren die Autorinnen und Autoren ferner soziale Faktoren wie die Sorge, den Mitmenschen zur Last zu fallen oder ihnen Leid zu bereiten. Auch das Empfinden eigener Wert- und Nutzlosigkeit, die sich mit mangelndem Selbstwertgefühl verbinden kann, fällt in diese Kategorie. Sich von anderen abhängig zu fühlen, löst mitunter ebenfalls einen Sterbewunsch aus.

4. Verlust des Selbst

Als viertes Cluster nennen die Autorinnen und Autoren den Verlust des Selbst beziehungsweise der Identität. In der Regel findet sich hier ein Bezug zu den anderen Kategorien: Dass jemand das Gefühl entwickelt, er sei nicht mehr er selbst, beruht meistens auf einem oder mehreren der übrigen Faktoren.

Ohnsorge und Kollegen nehmen eine ähnliche Einteilung vor und weisen darauf hin, dass sich in den Faktoren, die Sterbewünsche beeinflussen, das biopsychosozial-spirituelle Modell von Gesundheit spiegelt, an dem sich die Palliativversorgung orientiert. Deren Maßnahmen zielen auf eine Verbesserung der Lebensqualität durch die Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Problemen (Ohnsorge et al. 2014b). Damit ist bereits die Frage berührt, wie sich ein angemessener Umgang mit Sterbewünschen – auch im palliativmedizinischen Kontext – gestaltet und ob sich gegebenenfalls Interventionen in diesen Bereichen als hilfreich erweisen.

In jüngerer Zeit ziehen zunehmend auch Sterbewünsche von Personen ohne eine terminale und/oder depressive Erkrankung das Interesse auf sich, so dass mittlerweile auch über deren Motive Erkenntnisse vorliegen. Unter Stichworten wie „Lebenssattheit“, „Bilanzsuizid“ oder „Altersfreitod“ verschiebt sich in Ländern, in denen Sterbehilfe legal ist, wie etwa in der Schweiz oder den Niederlanden, die Debatte mehr und mehr auf die Frage, ob für diese Personengruppen der Zugang zu einem Sterbemittel erleichtert werden soll (Buiting et al. 2012; Raijmakers et al. 2015; Van Wijngaarden et al. 2018). Dahinter steht der Gedanke, in einem höheren Lebensalter könne es eine rationale und autonome Entscheidung darstellen, sein Leben – auch ohne an einer terminalen Krankheit zu leiden – zu beenden und entsprechend einen „rationalen Suizid“ zu begehen (Van Wijngaarden et al. 2016a).

Van Wijngaarden und Kollegen identifizieren in einer systematischen Literaturstudie die folgenden Faktoren als ursächlich für Sterbewünsche „lebensmüder“ Personen (Van Wijngaarden et al. 2014): a) Altersspezifische Verluste, etwa körperliche und kognitive Einschränkungen, Verluste von Kontrolle und Lebenssinn oder ein sinkendes Selbstwertgefühl; b) biografische Faktoren wie beispielsweise frühere traumatische Erfahrungen; c) persönliche Eigenschaften, z. B. ausgeprägte Ängste, Anpassungsschwierigkeiten, mangelnde Flexibilität; d) der soziale Kontext, wozu fehlende Unterstützung und ein Mangel an Kontakten zählen; sowie e) Wahrnehmungen und Wertvorstellungen, d. h. das Erleben des eigenen Zustands als belastend oder die Wahrnehmung des Todes als Erlösung. Zusätzlich analysieren die Autoren kulturell-gesellschaftliche Einflüsse auf die Sterbewünsche älterer Personen.

Sie unterziehen die Metaphern, die ihre Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer für das Alter und die Erfahrung des Altwerdens verwenden, einer Untersuchung und zeigen anhand dessen, wie negative Altersstereotype das Selbstbild und die Bewertung des eigenen Lebens prägen (Van Wijngaarden et al. 2019).

- Da die Gründe und Motive für Sterbewünsche überwiegend im Rahmen qualitativer Studien untersucht werden, gestaltet es sich als schwierig, Aussagen über deren jeweilige Häufigkeit zu treffen. Deutlich wird allerdings, dass psychische, soziale und existenziell-spirituelle Motive großen Raum einnehmen, während für körperliche Faktoren gilt, dass vornehmlich die Furcht vor drohenden Beeinträchtigungen einen Sterbewunsch auslöst und weniger aktuelle Beschwerden.

4.2 Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, als Motiv für einen Sterbewunsch

Unter den Motiven, die Menschen für ihren Sterbewunsch nennen, taucht regelmäßig eines auf, das – besonders mit Blick auf Sterbehilfe – Anlass zu weiteren Diskussionen gibt, weshalb hier näher darauf eingegangen wird: das Gefühl, seinen Mitmenschen zur Last zu fallen (Gudat et al. 2019; Lulé et al. 2014; Rodriguez-Prat et al. 2019; Rehmann 2019; Rehmann et al. 2019; Roest et al. 2019). Eine ältere Übersichtsarbeit zeigt, dass zwischen 19 und 65 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Krankheit angeben, sie empfänden sich als Bürde für andere, weil sie deren Unterstützung bedürften (McPherson et al. 2007). In Oregon sprachen knapp 50 Prozent der 610 Personen, die in den Jahren 2013 bis 2017 durch assistierten Suizid starben, von dieser Befürchtung als einem Motiv, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, neben der Angst vor dem Verlust der eigenen Autonomie und Würde sowie vor schwindenden Möglichkeiten, an Aktivitäten teilzunehmen, die ihnen Freude bereiten (Public Health Division 2018).

Auf Grundlage eines systematischen Reviews unterscheiden Rodriguez-Prat und Kollegen eine personale und eine soziale Dimension des Gefühls, anderen zur Last zu fallen (Rodriguez-Prat et al. 2019; ähnlich Gudat et al. 2019). Zum Einen wirken sich krankheitsbedingte Einschränkungen negativ auf das Selbstbild aus: Die befragten Patientinnen und Patienten fühlen sich in Anbetracht ihrer Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit schuldig und wertlos, weil die Angewiesenheit auf andere Menschen nicht dem entspricht, wie sie sich selbst sehen und was sie unter einem Leben in Würde verstehen. Deswegen erscheint der Tod als eine Möglichkeit, sich nicht länger als Last wahrzunehmen und damit die

eigene Identität aufrechtzuerhalten. In sozialer Hinsicht zeigen sich der Eindruck, Angehörigen Leid zu bereiten, ebenso wie das Anliegen, nicht in dem derzeitigen Zustand in Erinnerung zu bleiben, als Gründe für einen Sterbewunsch. Die Autorinnen und Autoren deuten dies als Motiv mit einer altruistischen Komponente, möchte die betreffende Person ihre Nächsten doch vor leidvollen Erfahrungen bewahren (Rodriguez-Prat et al. 2019).

Gudat und Kollegen differenzieren das Phänomen hinsichtlich seiner sozialen Dimension und unterscheiden verschiedene Formen befürchteter Belastungen, nämlich körperliche (angesichts der Pflegebedürftigkeit), emotionale und soziale (angesichts der neuen Rolle als Kranke oder Kranker) (Gudat et al. 2019). Dabei stellen sie fest, dass das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, gerade auch bewirken kann, dass die betreffende Person davon absieht, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. Denn einige der von der Forschungsgruppe interviewten Personen gaben an, sie seien zu der Auffassung gelangt, es bedeute ungleich größeres Unglück für die Angehörigen, ihren vorzeitigen Tod, etwa durch einen assistierten Suizid, zu erleben als die Last der Krankheit zu ertragen. In diesem Sinne lässt sich die Sorge, eine Bürde für andere zu sein, gelegentlich auch als ein Hinderungsgrund verstehen, einen Sterbewunsch umzusetzen (Gudat et al. 2019).

In diesem Kontext erwächst auch die Frage, ob es sich um einen legitimen Grund handelt, jemandem beim Suizid zu assistieren, der diesen plant, weil er sich als Belastung empfindet (Bleek 2012). Die Debatte gipfelt in einer Kontroverse darüber, ob einem Menschen nicht sogar eine Pflicht zu sterben zukommt, wenn er zu einer Last für seine Mitmenschen wird (Hardwig 1997, 2013; Den Hartogh 2018). Vor allem aber lenkt es die Aufmerksamkeit auf die soziale Dimension von Sterbewünschen: Das Umfeld einer Person ist stets mitbetroffen (Rodriguez-Prat et al. 2019).

4.3 Was eine Person mit dem Wunsch zu sterben verbindet: Die Bedeutung von Sterbewünschen

Neben den Gründen lässt sich auch die Bedeutung analysieren, die ein Sterbewunsch für eine Person hat: Was verbindet die oder der Sterbende mit dem Gedanken an das gewünschte Lebensende? Statt um die Frage, was den Wunsch auslöst und motiviert, geht es hier darum, was er aus Perspektive der Betroffenen zum Ausdruck bringt. Während seine Gründe nennt, wer auf die Frage „warum möchtest du sterben?“ antwortet, erhellt die Aufklärung der Bedeutung, was es für denjenigen heißt, einen Sterbewunsch zu hegen.

Auch in diesem Punkt kommt die Forschung zu unterschiedlichen Ergebnissen, wobei sich hier ebenfalls aufgrund der überwiegend qualitativen Studien über die Häufigkeit der

jeweiligen Phänomene keine Aussage treffen lässt. In ihrer systematischen Literaturstudie nennen Rodriguez-Prat und Kollegen die folgenden fünf Bedeutungen, die ein Sterbewunsch annehmen kann: In ihm kann zum Ausdruck kommen, 1) dass eine Person sich dringend Hilfe wünscht, 2) dass sie wünscht, der Leidenszustand möge enden, 3) dass sie ihren Mitmenschen nicht zur Last fallen möchte, 4) dass ihre Selbstbestimmung gewahrt bleiben soll, und 5) dass ein Weiterleben angesichts der aktuellen Lebensumstände nicht wünschenswert ist, obwohl der Lebenswille eigentlich noch vorhanden wäre (Rodriguez-Prat et al. 2017).

Monforte-Royo und Kollegen zufolge, die eine interpretative Synthese qualitativer Studien vornehmen, kann ein Sterbewunsch bedeuten, 1) dass eine Person damit auf körperliche, psychische oder soziale Leidenszustände antwortet, 2) dass sie unter dem Verlust ihres Selbst (im Sinne von Verlusten der Kontrolle, des Lebenssinns oder körperlicher Fähigkeiten) leidet, 3) dass sie sich vor dem Tod fürchtet, 4) dass sie leben möchte, allerdings unter anderen Umständen, 5) dass sie ihr Leiden beenden will, oder 6) dass sie mittels des Sterbewunsches die Kontrolle über ihr Leben zurückgewinnen möchte (Monforte-Royo et al. 2012).

Während die beiden Forschungsgruppen Studien ins Auge fassen, die Sterbewünsche bei verschiedenen Krankheitsbildern thematisieren, konzentrieren sich Van Wijngaarden und Kollegen auf die Wünsche älterer Menschen, die weder an einer lebensbedrohlichen Krankheit noch an einer psychischen Störung leiden. Sie identifizieren bei den Betroffenen ein Gemisch aus einer Unfähigkeit und einem Unwillen, sich mit dem eigenen Leben als altgewordener Mensch anzufreunden. Sich den Tod zu wünschen, bringt für diese Personen zum Ausdruck, dass sie eine unüberwindliche Spannung zwischen ihren Erwartungen ans Leben sowie ihrem Selbstbild und ihren alltäglichen Erfahrungen verspüren: Wie sie sich ihr Leben vorstellen und wie sie sich selbst verstehen, bringen sie nicht mehr in Einklang mit ihrem tatsächlichen, durch wachsende Einschränkungen geprägten Leben. Das Hier und Jetzt präsentiert sich ihnen als schier unerträglich und löst Gefühle von Einsamkeit, Unwichtigkeit und Entfremdung sowie Ängste vor Abhängigkeit aus (Van Wijngaarden et al. 2015).

4.4 Was eine Person mit dem Wunsch zu sterben bezweckt: Die Funktion von Sterbewünschen

Wer einen Sterbewunsch äußert, verfolgt damit oft ein Ziel, selbst wenn er dieses nicht immer ausdrücklich benennt, sondern es möglicherweise sogar nur unbewusst wirkt (Ohnsorge et al. 2014b). Vielen Patientinnen und Patienten scheinen Sterbewünsche zu ermöglichen, sich mit dem nahenden Lebensende auseinanderzusetzen, so dass diese sich insofern

als ein normaler Bestandteil des Sterbeprozesses begreifen lassen (Ohnsorge et al. 2019). Sie dienen der sterbenden Person in diesem Sinne als die genannte innere Probebühne: Wünschend imaginiert sie ein Sterbeszenario, das womöglich ihren Ängsten etwas entgegengesetzt und ihre Hoffnungen zur Darstellung bringt. Auf diese Weise können Sterbewünsche etwa als Trost fungieren. Zudem vermittelt die Person etwas über sich selbst, über ihre Wertvorstellungen: Dass es ihr beispielsweise wichtig ist, ihren Mitmenschen nicht zur Last zu fallen, oder dass sie sich als unabhängiger Mensch versteht.

Sterbewünsche haben eine ausgeprägt kommunikative Funktion. Wer einen solchen Wunsch äußert, möchte damit womöglich das Gespräch über das nahende Lebensende eröffnen – über ein Thema mithin, das schwierig oder sogar tabuisiert sein kann. Nicht unbedingt will er damit sagen, dass er vorhat, seinem Leben rasch ein Ende zu setzen, oder gar um Sterbehilfe bitten (Rodriguez-Prat et al. 2019). So ermöglicht, einen Sterbewunsch zu formulieren, zunächst, Sorgen und Ängste in Worte zu fassen und stellt mitunter – aber keineswegs immer – den berühmten Schrei nach Hilfe angesichts einer leidvollen Lebenssituation dar (Rodriguez-Prat et al. 2017; Schroepfer 2015). Angesichts der unterschiedlichen Bedeutungen, die sich mit Sterbewünschen verbinden können, steckt in der Äußerung eines solchen Wunsches womöglich auch das Anliegen, ebendiese zu erhalten (Freeman et al. 2016).

Die eigenen Bedürfnisse lassen sich vermitteln, was sich mit der Hoffnung auf eine bestimmte Reaktion der Mitmenschen verbinden kann, etwa auf Anteilnahme (Pestinger et al. 2015). Oder eine Person bringt – mit Blick auf die Sorge, anderen zur Last zu fallen – auf diese Weise zum Ausdruck, dass sie ihren Mitmenschen Leid ersparen möchte (Rodriguez-Prat et al. 2019). Hier zeigt sich der dialogische Charakter von Sterbewünschen besonders deutlich: Was sich jemand wünscht, kann auch das umfassen, von dem er glaubt, dass es sein Gegenüber gerne hätte. Sorgt sich also eine Person, ihren Mitmenschen zur Last zu fallen, geht sie offenkundig davon aus, der andere wolle nicht – etwa durch Pflēgetätigkeiten – belastet sein (Rehmann-Sutter 2015, 2016).

Ohnsorge und Kollegen unterscheiden verschiedene kommunikative Funktionen von Sterbewünschen: Sie können 1) das eigene Umfeld zur Unterstützung auffordern, auch als Hilferuf erscheinen, und dabei Ängste zum Ausdruck bringen, oder 2) als Vehikel dienen, ein Gespräch über das Sterben anzuregen. Zudem fungiert ein Sterbewunsch mitunter 3) als Versuch, Handlungsfähigkeit und Kontrolle zurückzuerlangen, oder dient 4) der Manipulation, etwa um Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen (Ohnsorge et al. 2014b). Auch Rodriguez-Prat und Kollegen verweisen darauf, dass sich in Sterbewünschen eine Form der Kontrollausübung manifestieren kann: Wünschend führt sich die sterbende Person vor Augen, wie sie bei einer Verschlimmerung ihrer Lage

einen Ausweg findet, indem sie ihren Tod beschleunigt (Rodriguez-Prat et al. 2017).

Keineswegs haben Sterbewünsche somit notwendigerweise die Funktion, dem Umfeld mitzuteilen, dass man nun plant, sein Leben aktiv zu beenden, vielmehr geht es primär darum, die eigenen Gefühle auszudrücken (Schroepfer 2015). Gerade mit Blick auf die Kontrollfunktion zeigt sich der oft hypothetische Charakter von Sterbewünschen: In ihnen wird deutlich, was die betreffenden Personen angesichts einer befürchteten Zukunft keinesfalls erleben möchten. Lieber stürben sie, so lauten die Aussagen, als beispielsweise unerträgliche Schmerzen zu leiden oder kognitiv beeinträchtigt zu sein (Galushko und Voltz 2012; Pestinger et al. 2015). Sofern der Gedanke an Sterbehilfe Trost spenden, der Furcht vor zukünftigem Leiden im Todeskampf etwas entgegensetzen und das Gefühl vermitteln kann, die Kontrolle zu behalten, lässt es sich auch als eine Coping-Strategie verstehen, Sterbewünsche zu hegen (Materstvedt 2015; Pestinger et al. 2015).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Sterbewünsche in verschiedene Dimensionen aufschlüsseln lassen, die sich ihrerseits als höchst vielfältig erweisen: Wer sich zu sterben wünscht, hat 1) seine Gründe dafür, etwa Angst vor einem Kontrollverlust. Der Sterbewunsch verbindet sich für ihn 2) mit einer bestimmten Bedeutung, beispielsweise seine Autonomie zu bewahren. Und schließlich 3) verfolgt er mit der Äußerung des Sterbewunsches einen Zweck, zum Beispiel auf sein Leiden aufmerksam zu machen.

5 Zum Umgang mit Sterbewünschen

Für Fachleute aus dem Gesundheitswesen und im Besonderen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Palliative Care stellt es eine Herausforderung dar, wenn ein Patient zu sterben wünscht oder sogar seinen Tod beschleunigen möchte (Rehmann-Sutter et al. 2015b). Die Palliativversorgung zielt darauf, die Lebensqualität bei lebensbedrohlicher Krankheit zu verbessern, indem Leiden durch die Behandlung von Schmerzen und anderen körperlichen, psychosozialen und spirituellen Beschwerden verhindert und gelindert wird (WHO 2019). Ferner heißt es in der Definition der Weltgesundheitsorganisation, dass Palliative Care das Leben bejahen („affirm life“) und nicht beabsichtigen, den Tod zu beschleunigen („intends [not] to hasten [...] death“). Die European Association for Palliative Care (EAPC) bekräftigt in einem Weißbuch zu Standards und Richtlinien für die Hospiz- und Palliativversorgung in Europa ebendiese Haltung zum Sterben (Radbruch und Payne 2016). Nach dem

gegenwärtigen Verständnis der EAPC gehört es nicht zu den Aufgaben von Palliativmedizinern, Beihilfe zum Sterben (i.S. der Euthanasie oder des ärztlich assistierten Suizids) zu leisten (Radbruch et al. 2015).

Die Skepsis gegenüber Sterbehilfe hat eine lange Tradition: Cicely Saunders, die Mutter der Hospizbewegung und eine der wichtigen Figuren in der Entwicklung der Palliative Care, sprach sich dezidiert dagegen aus, Euthanasie zu legalisieren, unter anderem mit der Begründung, es könne Ängste befördern, seinen Mitmenschen zur Last zu fallen (Saunders 1984). Allerdings weicht die ablehnende Haltung gegenüber Sterbehilfe in der Palliativszene allmählich auf, bis dahin, dass in Belgien Modelle existieren, Euthanasie in die Palliativversorgung zu integrieren (Bernheim et al. 2014; Bernheim und Raus 2017; Materstvedt und Bosshard 2015; Vanden Berghe et al. 2013). Nicht nur in Belgien wird in einigen palliativmedizinischen Institutionen Sterbehilfe geleistet, sondern Gleiches gilt für einige Pflegeheime in der Schweiz (Materstvedt 2015). Auch zwischen den verschiedenen palliativmedizinischen Verbänden in Europa herrscht Uneinigkeit, ob Sterbehilfe in die Praxis der Palliative Care einbezogen werden sollte oder nicht (Radbruch et al. 2015).

Es stellen sich eine Vielzahl ethischer Fragen: Wie weit soll die (palliativ-)medizinische Behandlung gehen? Muss man, da Patientenzentriertheit in der Palliative Care als hoher Wert gilt, allen Wünschen des Sterbenden nachkommen? Welche Angebote sind moralisch zu rechtfertigen, welche nicht? Gehört Beihilfe zum Suizid zu den Aufgaben einer Palliativmedizinerin? Wie sieht es mit anderen Weisen der Unterstützung aus, die ebenfalls ethisch umstritten sind, etwa bei einem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit durch lindernde Maßnahmen bis hin zu einer terminalen Sedierung zu helfen? Und auch, wenn der Sterbende noch nicht konkret darüber nachdenkt, wie er seinen Wunsch in die Tat umsetzen könnte: Soll man ihm den Sterbewunsch ausreden? Alternativen aufzeigen? Sich neutral verhalten? Oder ihn in seinem Wunsch bestärken? Ihn womöglich sogar auf Möglichkeiten hinweisen, den Sterbeprozess abzukürzen? Die Fragen verschärfen sich, wenn man sich den unbeständigen Charakter von Sterbewünschen sowie die damit oft verbundene Ambivalenz vor Augen führt und in Betracht zieht, dass es sich bei dem Wunsch um das Symptom einer psychischen Krankheit handeln könnte (Ohnsorge et al. 2012; Monforte-Royo et al. 2015, 2016; Van Wijngaarden et al. 2016a).

Gerade durch die Orientierung an der Lebensqualität, mithin am Leben, nicht am Sterben, können sich für die Betreuungspersonen aus der Palliative Care emotionale und moralische Probleme ergeben, schließlich setzen sie sich zum Ziel, das Leben mit der Krankheit bis zuletzt so positiv wie möglich zu gestalten. Dabei verfolgen sie die Absicht, Sterbenden zu ihrem „eigenen Tod“, einem Lebensende nach ihren individuellen Vorstellungen, zu verhelfen (Streck

2020). Es stellt das eigene Selbstverständnis auf die Probe, damit umgehen zu müssen, dass ein Mensch sich einen vorzeitigen Tod wünscht, da damit das Anliegen, das Leben noch ein letztes Mal zu verbessern, konterkariert wird. Selbst eine qualitativ hochstehende Palliativversorgung verhindert jedoch nicht, dass sich mitunter Sterbewünsche entwickeln (Guirimand et al. 2014; Radbruch et al. 2015).

In Gruppendiskussionen bekannten sich 89 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte als bisweilen stark belastet, wenn eine Patientin oder ein Patient sie mit einem Sterbewunsch konfrontierte, besonders wenn der Suizid oder die Suizidassistenz ihren Wertvorstellungen widersprach, widersprachen. Die inneren Konflikte der Ärztinnen und Ärzte können so weit reichen, dass sie sich regelrecht gedrängt fühlen, Sterbehilfe zu leisten, weil sie einerseits die Selbstbestimmung ihrer Patientinnen und Patienten respektieren, andererseits aber den eigenen moralischen Überzeugungen treu bleiben wollen (Alvarado und Liebig 2015). Die Rechtslage in Ländern, in denen Sterbehilfe illegal ist, begünstigt die Zurückhaltung, sich überhaupt mit Sterbewünschen auseinanderzusetzen. Gleiches gilt, wenn Angehörige große Hoffnung auf Heilung hegen und um das Leben des Sterbenden kämpfen wollen, während dieser selbst sich den Tod wünscht. Gerade Fachleute in der Palliative Care begegnen Sterbewünschen häufig mit Scheu, wenn sie nicht sogar ein Gespräch von Vorneherein abblocken (Galushko et al. 2016). Allgemein herrscht mithin Unsicherheit, wie sich angemessen auf einen Sterbewunsch reagieren lässt.

Die Vermeidung eines Gesprächs über Sterbewünsche kann jedoch zur Folge haben, dass Menschen sich isoliert fühlen und dass ihre körperlichen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse nicht genügend Beachtung finden, wie Ohnsorge und Kollegen aufgrund ihrer Interviewstudie schließen (Ohnsorge et al. 2019). Dem entsprechen die Ergebnisse von Pestinger und Kollegen: Die von ihnen interviewten Patientinnen und Patienten beklagten, dass ihre Angehörigen ebenso wie die Hausärztinnen und -ärzte ihren Sterbewunsch ignorierten, obwohl sie nur schon ein Gespräch als hilfreich empfunden hätten, ohne dass sie über die Umsetzung ihres Wunsches überhaupt nachdächten (Pestinger et al. 2015). Sofort auf die Rechtslage zu verweisen und Beihilfe zum Suizid oder eine Tötung auf Verlangen abzulehnen, kann sich deswegen als kontraproduktiv erweisen – ebenso jedoch das gegenteilige Vorgehen, nämlich einem Sterbewunsch unmittelbar stattzugeben und Suizidbeihilfe anzubieten (Materstvedt 2015).

Bekannt ist, dass ein offenes Gespräch den Patientinnen und Patienten hilft, Stress abzubauen, und den Wunsch nach einem assistierten Suizid bisweilen verschwinden lässt (Kreimeke et al. 2018). Zudem ermöglicht die Kommunikation über Sterbewünsche, die Ursachen von Leiden sowie unerfüllte emotionale, körperliche, spirituelle und soziale Bedürfnisse besser zu verstehen und die Versorgung genauer darauf

abzustimmen (Schroepfer 2015; Rodriguez-Prat et al. 2017). Womöglich zeigt sich in der Äußerung eines Sterbewunsches auch, dass eine Patientin oder ein Patient Vertrauen zu der angesprochenen Person gefasst hat. Sich darauf einzulassen, kann nicht nur zu einer Bereicherung und Verbesserung der Beziehung beitragen, sondern für die erkrankte Person auch eine große Entlastung bedeuten und ihr Ängste nehmen (Kremeike et al. 2018; Nauck et al. 2014; Voltz und Perrar 2015). Dabei tritt womöglich auch in den Hintergrund, ob die oder der Angesprochene sich vorstellen können, Suizidbeihilfe zu gewähren, so dass die Beziehung nicht unmittelbar gefährdet ist (Galushko et al. 2016).

In einem Weißbuch zum Thema Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid regt die European Association for Palliative Care (EAPC) an, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Palliativversorgung Wünschen nach Sterbehilfe respektvoll begegnen und in einfühlsamer und offener Weise das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten suchen. Es solle erkundet werden, aus welchen Erfahrungen sich der Wunsch nährt. Die EAPC weist dabei auf die Gefahr hin, Wünsche nach Euthanasie oder ärztlich assistiertem Suizid vorschnell für bare Münze zu nehmen und nicht zu hinterfragen, was dahintersteckt. Deswegen sei einer Person, die um Sterbehilfe bitte, eine umfassende Palliativversorgung anzubieten, so dass sich der Sterbewunsch womöglich verändere (Radbruch et al. 2015). Dem entspricht die Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Nauck et al. 2014).

Konkret empfiehlt die DGP die folgenden Vorgehensweisen: Die Behandlungsteams sollen dem Patienten oder der Patientin erläutern, welche palliativmedizinischen Möglichkeiten bestehen, seine als unerträglich empfundene Situation zu verbessern, wozu auch psychologische, seelsorgliche und soziale Unterstützung gehören kann. Zudem sollen sie auf Entlastungsangebote hinweisen. Sie sind gefragt, das Gespräch zu suchen und sich mit den Problemen sowie den Befürchtungen ihrer Patientin oder ihres Patienten auseinanderzusetzen. Zu besprechen sind dabei auch die Möglichkeiten einer Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen, einer Sedierung und des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (Nauck et al. 2014). Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hält in ihren Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod ebenfalls fest, dass sich die Betreuungspersonen einer Patientin oder eines Patienten in einem offenen Gespräch darum bemühen sollten, das Leiden der oder des Betroffenen zu verstehen, um entsprechende Unterstützung anbieten zu können. Dazu gehören unter Umständen auch der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen und Suizidbeihilfe, wobei in letzterem Fall die Ärztin oder der Arzt entscheiden muss, ob er seine Patientin oder seinen Patienten bei diesem Schritt unterstützt (SAMW 2018).⁵ Auch die Abklärung einer psychischen Krankheit (Depression, Angststörung) wird empfohlen (Wilson et al. 2016). Als hilfreich erweisen kann sich auch eine philoso-

phische Analyse von Konzepten, die in Interviewstudien hervortreten (Rodriguez-Prat und van Leeuwen 2018).

Mit Blick auf die verbreitete Befürchtung, seinen Mitmenschen zur Last zu fallen, treten Rodriguez-Prat und Kollegen dafür ein, sich um ein besseres Verständnis des Phänomens zu bemühen, um auf dieser Grundlage Interventionen zu entwickeln, die zu einer Reduktion des Leids sowie zu einer verbesserten Kommunikation zwischen Erkrankten und ihren Angehörigen führen. Sie formulieren die Hoffnung, dass sich infolgedessen der Sterbewunsch abschwäche oder sogar verschwinde (Rodriguez-Prat et al. 2019). In eine ähnliche Richtung stoßen Metseelar und Widdershoven: Sie legen dar, weshalb bei ethischen Fragen, etwa nach der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen oder der Beihilfe zum Suizid, infolge eines Sterbewunsches, den das Gefühl motiviert, anderen zur Last zu fallen, nicht auf Basis eines prinzipiethischen Ansatzes entschieden werden sollte. Denn in diesem Fall stünde die Autonomie der Patientin oder des Patienten im Vordergrund, während – wie von den Autoren präferiert – aus der Perspektive einer Care-Ethik zunächst nach den Gründen für den Sterbewunsch sowie den Bedürfnissen der Person gefragt würde und der relationale Charakter des Gefühls, eine Bürde zu sein, in den Blick komme (Metseelaar und Widdershoven 2019).

Van Wijngaarden und Kollegen betonen die Notwendigkeit, Sterbewünsche nicht als rein individuelle Angelegenheiten zu betrachten. Da sie darauf beruhen können, dass Menschen aufgrund unzureichender Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und angesichts internalisierter negativer Altersbilder ihr Leben als unwürdig empfinden, stelle sich die Frage nach einem verantwortungsvollen gesellschaftlichen Umgang mit diesen Wünschen. Aus der Perspektive einer Care-Ethik plädieren die Autoren dafür, Angewiesenheit und Abhängigkeit als anthropologische Grundgegebenheiten wahrzunehmen und der verbreiteten Sicht, Abhängigkeiten im höheren Alter als unwürdig zu stigmatisieren, entgegenzutreten. Zugleich gelte es, Erfahrungen von Einsamkeit, Marginalisierung, sozialem Ausschluss und unzureichender Pflege zu begegnen. Im Kontext der Diskussion über Sterbehilfe für ältere Menschen ohne lebensbedrohliche Krankheit ist den Autoren ein Anliegen, dass gesellschaftliche Anstrengungen unternommen werden, um die Lebensumstände älterer Menschen zu verbessern, anstatt als rasche Lösung einen assistierten Suizid zu ermöglichen (Van Wijngaarden et al. 2018).

⁵ Üblicherweise übernimmt die ärztliche Standesorganisation FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) die Richtlinien der SAMW in ihre Standesordnung. In diesem Fall entschied sich die Ärztekammer dagegen, weil neu „unerträgliches Leiden“ als Bedingung für die Suizidbeihilfe gilt. Dabei handele es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, so dass die Ärzteschaft einer großen Rechtsunsicherheit ausgesetzt sei (FMH 2018).

In ähnlicher Weise argumentieren Rodriguez-Prat und Kollegen mit Blick auf das Gefühl lebensbedrohlich erkrankter Personen, anderen zur Last zu fallen. Sie weisen darauf hin, dass es Menschen gerade ausmache, abhängig zu sein, weshalb es gelte, gesellschaftlich auf ein in diesem Sinne realistisches Menschenbild hinzuwirken, so dass derartige Gefühle gar nicht mehr entstünden (Rodriguez-Prat et al. 2019). Vor diesem Hintergrund stellt sich auch die Frage nach dem Umgang mit Sterbewünschen, die auftauchen, obwohl eine Person nicht terminal erkrankt ist, sondern lediglich ein hohes Lebensalter erreicht hat. Die ethische Bewertung derartiger „Bilanzsuizide“ ist höchst umstritten. Die Befürworter argumentieren, unter bestimmten Umständen lasse sich ein Suizid als „rational“ klassifizieren, nämlich wenn sich eine Person nachhaltig in einer hoffnungslosen Lage befinde, sie ihren Zustand realistisch einschätze, autonom entscheide, zur vernünftigen Reflexion fähig sei, Alternativen bedacht habe und entsprechend ihrer Wertvorstellungen handle. Kritiker stellen demgegenüber die Rationalität eines Suizids in Frage, bezweifeln die Autonomie einer Entscheidung im Sinne einer Freiheit von (innerem und äußerem Druck und verweisen auf altersdiskriminierendes Gedankengut, das hinter dieser Idee stecke). Man drohe, auf eine schiefe Ebene („slippery slope“) zu geraten, da die Wertschätzung des Lebens – insbesondere im Alter – erodiere und ein sozialer Druck entstehe, seinem Leben ein Ende zu setzen, weshalb es über den individuellen Fall hinausgehende Konsequenzen habe, Personen in ihrem vermeintlich rationalen Sterbewunsch zu bestärken (Van Wijngaarden et al. 2016a).

Was den unmittelbaren Umgang mit Sterbewünschen angeht, untersuchten Galushko und Kollegen in einer Interviewstudie mit 19 Gesundheitsfachpersonen, wie diese reagierten, wenn ihre Patientinnen und Patienten einen Sterbewunsch äußerten, und welche Strategien sich für sie als hilfreich erwiesen. Als zentral kristallisierte sich das Bemühen heraus, eine vertrauensvolle Beziehung zu schaffen und aufrechtzuerhalten, was allerdings auch als herausfordernd beschrieben wurde. Als ebenso wichtig empfanden die Befragten eine gute Symptomkontrolle sowie die Eröffnung von Perspektiven, etwa indem sie die Möglichkeit einer Sedierung als *ultima ratio* aufzeigten oder versuchten, psychische und soziale Ressourcen der Patientin oder des Patienten zu aktivieren. Auch die Gründe für den Sterbewunsch zu erfassen, nannten sie als hilfreiche Intervention (Galushko et al. 2016).

Manche Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass die Kenntnis der Gründe für Sterbewünsche dazu beitragen könne, bereits deren Entstehung zu verhindern, wenngleich mit kausalen Schlüssen Zurückhaltung geboten sei (Rodriguez-Prat et al. 2017). So kommen einige Studien zu dem Ergebnis, man könne Faktoren identifizieren, die es begünstigen oder anhand deren sich prognostizieren lasse, dass eine Person einen Sterbewunsch entwickle oder sogar Sterbehilfe in An-

spruch nehme (Smith et al. 2015). Vehling und Mehner empfehlen etwa, nachdem sie einen Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen, dem darauf beruhenden Erleben eines Würdeverlusts und der sich anschließenden Demoralisierung und Entwicklung eines Sterbewunsches aufzeigen, dass Fachpersonen in der klinischen Praxis frühzeitig auf Anzeichen achten sollten, ob eine Patientin oder ein Patient über eine Verletzung der Würde klage. In einem solchen Fall, so die Autorinnen, können psychosoziale Interventionen der Entstehung von existenziellem Leid und Sterbewünschen vorbeugen (Vehling und Mehnert 2014).

In ähnlicher Weise fragen Robinson und Kollegen, inwiefern sich eine sinkende Lebensqualität auf den Wunsch zu sterben auswirkt. Sie schlüsseln auf, dass Symptome einer Depression, Verluste von Lebenssinn und von Kontrolle sowie ein niedriges Selbstwertgefühl die Lebensqualität negativ beeinflussen, weshalb sie vorschlagen, die Einschätzung dieser Faktoren in die palliativmedizinische Anamnese zu integrieren und gegebenenfalls entsprechende Interventionen anzubieten (Robinson et al. 2017). Voltz und Perrar sprechen von „Risikofaktoren“ (Voltz und Perrar 2015) für Sterbewünsche, als die sie ausgeprägte körperliche Symptome, mangelndes Selbstwertgefühl, ein fehlendes Gefühl von Bindungssicherheit, den Verlust von Lebenssinn und religiösen Unglauben ausmachen, die Klinikerinnen und Kliniker in der Palliativmedizin abklären sollten. Weil sie einen Zusammenhang zwischen Sinnverlust und Sterbewünschen feststellen, plädieren Guerrero-Torrelles und Kollegen für entsprechende Interventionen, damit die Patientinnen und Patienten Sinn im Leben finden beziehungsweise einen Wunsch zu sterben gar nicht erst entwickeln (Guerrero-Torrelles et al. 2017). Allgemein wird oft vorgeschlagen, frühzeitig das Gespräch mit Patientinnen und Patienten zu suchen, wenn sich bei ihnen Faktoren zeigen, die mit einem Sterbewunsch einhergehen können (Freeman et al. 2016; Villavicencio-Chávez et al. 2014). Ohnsorge und Kollegen regen in diesem Zusammenhang an, krankheitsspezifische Aspekte von Vorneherein im Blick zu haben, um sensibel auf Sterbewünsche reagieren zu können (Ohnsorge et al. 2019).

Wenige Studien befassen sich ausdrücklich damit, ob sich Faktoren identifizieren lassen, die davor schützen, überhaupt einen Sterbewunsch zu entwickeln. Auch angesichts dessen, dass Sterbewünsche oftmals von ambivalenten Gefühlen und sogar von Lebenswünschen begleitet sind, stellt sich die Frage, was eine Person möglicherweise bewegt, sich noch einmal für das Leben und nicht für den Tod zu entscheiden. Verschueren und Kollegen fanden in einer entsprechenden Studie mit ALS-Patientinnen und -Patienten zwar keine besonderen Gründe, weshalb sich einige von ihnen entschieden, das Leben fortzusetzen, stellten jedoch fest, dass Sterbewünsche mit fehlendem Vertrauen einhergingen, die Situation bewältigen zu können. Um diese Fähigkeiten (Coping) zu

unterstützen, schlagen sie psychotherapeutische Interventionen vor (Verschueren et al. 2019).

Schließlich plädieren angesichts der Unsicherheiten im Umgang mit Sterbewünschen Galushko und Kollegen dafür, ein entsprechendes Ausbildungsangebot zu etablieren (Galushko et al. 2016). Dieselbe Forschungsgruppe hat ein entsprechendes Programm entwickelt, das sich zurzeit in der Evaluationsphase befindet (Kremeike et al. 2018).

Obschon es meist schwer erkrankte Menschen sind, die Sterbewünsche äußern, lässt sich zuletzt die grundsätzliche Frage aufwerfen, inwieweit die Problematik überhaupt in den medizinischen Bereich fällt. Von einer „Medikalisierung von Sterbewünschen“ sprechen Van Wijngaarden und Kollegen und kritisieren in diesem Zusammenhang eine einseitig medizinische Betrachtungsweise (Van Wijngaarden et al. 2016b). Denn es bestehe die Gefahr, so die Autorinnen und Autoren, Sterbewünschen nicht gerecht zu werden. Medizinisches Fachpersonal sei geneigt, derartige Wünsche rasch als psychopathologische Störungen zu klassifizieren, die vielfältigen Erfahrungen und subjektiven Perspektiven Betroffener auszublenden und – in individualistischer Verkürzung – die soziale und kulturelle Einbettung der Wünsche zu übersehen (Van Wijngaarden et al. 2016b).

Abschließend lässt sich festhalten, dass es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen eine Herausforderung darstellt, über Sterbewünsche zu sprechen. Gleichwohl empfiehlt sich, solchen Gesprächen Raum zu geben, da es Sterbende zumeist als erhebliche Erleichterung empfinden, Gehör zu finden, auch wenn sie den Wunsch nicht in die Tat umsetzen wollen. Über Sterbewünsche zu reden, baut Stress ab, während es umgekehrt die Beziehung belasten kann, wenn ein Gespräch abgeblockt wird.

6 Zusammenfassung

Es hat sich gezeigt, dass sich nicht auf den ersten Blick erschließt, was dahintersteckt, wenn eine Person den Satz „ich möchte sterben“ äußert. Bereits an einer exakten Definition scheiden sich die Geister, wenngleich eine Expertengruppe einen Konsens darüber erzielt hat, was unter dem Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes zu verstehen ist. Ausgeblendet blieben in dieser Definition allerdings Wünsche nach einem baldigen natürlichen Tod. Als Motive für Sterbewünsche lassen sich eine Vielzahl körperlicher, psychisch-emotionaler, sozialer und existenziell-spirituelle Gründe identifizieren, wobei das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, häufig auftaucht. Welche Bedeutungen Menschen mit ihrem Sterbewunsch verbinden erweist sich ebenfalls als

vielfältig, wie auch das, was sie mit der Äußerung eines solchen Wunsches bezwecken. Vor diesem Hintergrund gestaltet sich der angemessene Umgang mit Sterbewünschen als schwierig. Einigkeit herrscht, dass ein offenes und unvoreingenommenes Gespräch hilfreich ist, zumal es zu Einsamkeit und Gefühlen von Vernachlässigung führen kann, wenn der Wunsch ignoriert wird. Zudem eröffnet sich auf diese Weise die Möglichkeit, bisher unzureichend wahrgenommene Bedürfnisse zu eruieren und die Behandlung sowie Betreuung einer Person zu verbessern. Unter Umständen lässt sich sogar verhindern, dass Sterbewünsche entstehen, wenn frühzeitig Faktoren angesprochen werden, die einen solchen beeinflussen können.

Definition von Schlüsselbegriffen:

- **Sterbewunsch:** Neben dem Wunsch nach einer Beschleunigung des Todes (durch Euthanasie oder (ärztlich) assistierten Suizid lassen sich auch Wünsche nach einem sog. „natürlichen“) (Tod sowie der feste Wille zu sterben einschließlich bereits erfolgter Planungen zur Beschleunigung des Todes unter dem Begriff des Sterbewunsches zusammenfassen. In der Regel wird er als eine Reaktion auf Leidenszustände im Kontext einer lebensbedrohlichen Krankheit aufgefasst, doch zunehmend kommen auch Wünsche älterer Menschen in den Blick, die einen sog. „Bilanzsuizid“ erwägen, ohne schwer erkrankt zu sein. Körperliche, psychische, soziale und existenziell-spirituelle Faktoren können die Entstehung eines Sterbewunsches beeinflussen.
- **Das Gefühl, anderen zur Last zu fallen:** Im Gefühl, eine Bürde zu sein, zeigt sich die Befürchtung, seinen Mitmenschen Leid zuzufügen, weil die eigene Krankheit und der bevorstehende Tod zu Unterstützungsbedarf führen. Es gehört zu den oft genannten Gründen für Sterbewünsche.

Zusammenfassende Hauptaspekte:

- Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit oder in sehr hohem Alter entwickeln nicht selten den Wunsch zu sterben.
- Körperliche, psychisch-emotionale, soziale und existenziell-spirituelle Faktoren können die Entstehung von Sterbewünschen beeinflussen.
- Mit Sterbewünschen können sich unterschiedliche Bedeutungen verbinden. Keineswegs immer wünscht sich eine Person, ihrem Leben vorzeitig ein Ende zu setzen.
- Sterbewünsche haben eine ausgeprägt kommunikative Funktion. Äußern Menschen einen Sterbewunsch,

(Fortsetzung)

geht es ihnen oft zunächst darum, ins Gespräch über schwierige Fragen rund um ihren bevorstehenden Tod zu kommen.

- Im Umgang mit Sterbewünschen erweist sich als hilfreich, ein offenes Gespräch zu suchen, das Thema u. U. selbst anzusprechen und nicht aus Furcht vor ethisch herausfordernden Fragen die Kommunikation abzublocken.

Literatur

- Alvarado V, Liebig B (2015) „Ich möchte sterben“ – Zum Umgang mit Suizidwünschen in der hausärztlichen Palliativbetreuung. *Ther Umsch* 72(10):643–648
- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, Bellido-Perez M, Breitbart W, Centeno C, Cuervo MA, Deliens L, Frerich G, Gastmans C, Lichtenfeld S, Limonero JT, Maier MA, Materstvedt LJ, Nabal M, Rodin G, Rosenfeld B, Schroepfer T, Tomás-Sábado J, Trelis J, Villavicencio-Chavez C, Voltz R (2016) An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Bellido-Pérez M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Porta-Sales J, Balaguer A (2017) Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: a systematic review of measurement instruments. *Palliat Med* 31(6):510–525
- Bernheim JL, Raus K (2017) Euthanasia embedded in palliative care. Responses to essentialistic criticisms of the Belgian model of integral end-of-life care. *J Med Ethics* 43:489–494
- Bernheim JL, Distelmans W, Mullie A, Ashby MA (2014) Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment, prototype? ‚Eu-euthanasia‘: the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors. *J Bioeth Inq* 11:507–529
- Bleek J (2012) Ist die Beihilfe zum Suizid auf der Grundlage des Wunsches, anderen nicht zur Last zu fallen, ethisch gerechtfertigt? *Ethik Med* 24:193–205
- Bonnewyn A, Shah A, Bruffaerts R, Demyttenaere K (2016) Factors determining the balance between the wish to die and the wish to live in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 32:685–691
- Boothe B (2013) Verlangen, Begehren, Wünschen. In: Dies. (Hrsg) Wenn doch nur – ach hätte ich bloß. Die Anatomie des Wunsches. Rüffer & Rub, Zürich, S 26–33
- Buiting HM, Deeg DJH, Knol DL, Ziegelmann JP, Pasman HR, Widdershoven GA, Onwuteake-Philipsen BD (2012) Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001–2009. *J Med Ethics* 38(5):267–273
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ (1995) Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatr* 152(8):185–1191
- Den Hartogh G (2018) Relieving one's relatives from the burdens of care. *Med Health Care Philos* 21:403–410
- Exit (2016) Exit-Statuten. <https://exit.ch/verein/der-verein/statuten/>. Zugriffen am 08.01.2020
- Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH) (2018) Ärzteschaft befürwortet eine partnerschaftliche Tarifrevision. Medienmitteilung, 25.10.2018
- Frankfurt H (1971) Freedom of the will and the concept of a person. *J Philos* 68:5–20
- Freeman S, Smith TF, Neufal E, Fisher K, Ebihara S (2016) The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care* 15:24. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0093-8>
- Galushko M, Voltz R (2012) Todeswünsche und ihre Bedeutung in der palliativmedizinischen Versorgung. In: Bormann FJ, Borasio GD (Hrsg) Sterben. Dimensionen eines anthropologischen Grundphänomens. de Gruyter, Berlin, S 200–210
- Galushko M, Strupp K, Walisko-Waniek J, Hahn M, Löffert S, Ernstmann N, Pfaff H, Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Voltz R (2015) Validation of the German version of the Schedule of Attitudes Toward Hastened Death (SAHD–D) with patients in palliative care. *Palliat Support Care* 13:713–723
- Galushko M, Frerich G, Perrar KM, Golla H, Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Voltz R (2016) Desire for hastened death: how do professionals in specialized palliative care react? *Psycho-Oncology* 25:536–543
- Gudat H, Ohnsorge K, Streeck N, Rehmann-Sutter C (2019) How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. *Bioethics* 33:421–430
- Güell E, Ramos A, Zertuche T, Pascual A (2015) Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliat Support Care* 13:295–303
- Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Marimon F, Porta-Sales J, Balaguer A (2017) Meaning in life as a mediator between physical impairment and the wish to hasten death in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manag* 54(6):826–834
- Guirimand F, Dubois E, Laporte L, Richard JF, Leboul D (2014) Death wishes and explicit requests for euthanasia in a palliative care hospital: an analysis of patients files. *BMC Palliative Care* 13(53). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-53>
- Hardwig J (1997) Is there a duty to die? *Hastings Cent Rep* 27(2):34–42
- Hardwig J (2013) Is there a duty to die in Europe? If not now, when? In: Denier Y, Gastmans C, Vendevelde A (Hrsg) Justice, luck and responsibility in health care. Springer, Dordrecht, S 109–126
- Kremeike K, Galushko M, Frerich G, Romotzky V, Hamacher S, Rodin G, Pfaff H, Voltz R (2018) The DESire to Die in Palliative Care: Optimization of Management (DEDIPOM) – a study protocol. *BMC Palliative Care* 17:30. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0279-3>
- Lulé D, Nonnenmacher S, Sorg S, Heimrath J, Hautzinger M, Meyer T, Kübler A, Birbaumer N, Ludolph AC (2014) Live and let die: existential decision processes in a fatal disease. *J Neurol* 261(3): 518–525
- Materstvedt LJ (2015) Caring and killing in the clinic: the argument of self-determination. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care. Oxford University Press, Oxford, S 125–138
- Materstvedt LJ, Bosshard G (2015) Euthanasia and palliative care. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow D (Hrsg) Oxford textbook of palliative medicine. Oxford University Press, Oxford, S 314–322
- McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA (2007) Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliat Med* 21:115–128
- Metselaar S, Widdershoven G (2019) Moral dilemmas in (not) treating patients who feel they are a burden. *Bioethics* 33:431–438
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Balaguer A (2011) The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psycho-Oncology* 20(8):795–804
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A (2012) What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One* 7(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>

- Monforte-Royo C, Balaguer A, Villavicencio-Chávez C (2015) What does the wish to hasten death mean for the palliative patient? Clinical implications. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 231–241
- Monforte-Royo C, Porta Sales J, Balaguer A (2016) The wish to hasten death: reflections from practice and research. *Nurs Ethics* 23(5): 587–589
- Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A (2005) Illness trajectories and palliative care. *Br Med J* 330(7498):1007–1011
- Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014) Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. *Dtsch Arztebl* 111(3): A67–A71
- Nissim R, Gagliese L, Rodin G (2009) The desire for hastened death in individuals with advanced cancer. *Soc Sci Med* 69:165–171
- Ohnsorge K (2015) Intentions, motivations, and social interactions regarding a wish to die. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 82–96
- Ohnsorge K, Gudat H, Widdershoven G, Rehmann-Sutter C (2012) „Ambivalence“ at the end of life: how to understand patients' wishes ethically. *Nurs Ethics* 19:629–641
- Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014a) 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* 23(9):1021–1026
- Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014b) 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 Palliative Care* 13(38). <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
- Ohnsorge K, Rehmann-Sutter C, Streeck N, Gudat H (2019) Wishes to die at the end of life and subjective experience of four different typical dying trajectories. A qualitative interview study. *PLoS One* 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210784>
- Olié E, Courtet P (2016) The controversial issue of euthanasia in patients with psychiatric illness. *JAMA* 316(6):656–657
- Onwuteaka-Philipsen B (2015) Understanding older people's wish to die. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 107–117
- Pestinger M, Stiel S, Elsner F, Widdershoven G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L (2015) The desire to hasten death: using Grounded Theory for a better understanding „When perception of time tends to be a slippery slope“. *Palliat Med* 29(8):711–719
- Public Health Division (2018) Oregon Death with Dignity Act. Data summary, Oregon Health Authority, Oregon
- Rabkin JG, Goetz R, Factor-Litvak P, Hupf J, McElhiney M, Sigleton J, Mitsumoto H (2015) Depression and wish to die in a multi-center cohort of ALS patients. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 16:265–273
- Radbruch L, Payne S (2016) Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Weißbuch zu Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC). *Zeitschrift für Palliativmedizin* 12:216–227
- Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P (2015) Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid: Ein Weißbuch der European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. <https://doi.org/10.1177/0269216315616524>
- Raijmakers NJ, van der Heide A, Kowuwenhoven PS, vanThiel GJ, van Delden JJM, Rietjens JA (2015) Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *J Med Ethics* 41:145–150
- Rehmann-Sutter C (2015) End-of-life ethics from the perspectives of patients wishes. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 161–170
- Rehmann-Sutter C (2016) „Ich möchte jetzt sterben.“ Über Sterbewünsche am Lebensende. In: Moos T, Rehmann-Sutter C, Schües C (Hrsg) *Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen.* Peter Lang, Frankfurt am Main, S 91–112
- Rehmann-Sutter C (2019) Self-perceived burden to others as a moral emotion in wishes to die. A conceptual analysis. *Bioethics* 33:439–447
- Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) (2015a) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford
- Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (2015b) Why it is important to know about patients' wishes to die. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 3–12
- Rehmann-Sutter C, Ohnsorge K, Onwuteaka-Philipsen B, Widdershoven G (2019) „Being a burden to others“ and wishes to die: an ethically complicated relation. *Bioethics* 33:409–410
- Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hempton C, Burney S (2017) The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: a multiple mediation model examining the contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *J Pain Symptom Manag* 53(2):243–249
- Rodriguez-Prat A, van Leeuwen E (2018a) Assumptions and moral understanding of the wish to hasten death: a philosophical review of qualitative studies. *Med Health Care Philos* 21:63–75
- Rodriguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C (2017) Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>
- Rodriguez-Prat A, Balaguer A, Crespo I, Monforte-Royo C (2019) Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: a systematic review. *Bioethics* 33:411–420
- Roest B, Trappenburg M, Leget C (2019) Being a burden to others and wishes to die: the importance of the sociopolitical context. *Bioethics*. <https://doi.org/10.1111/bioe.12688>
- Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M, Kaim M, Funesti-Esch J, Pessin H, Nelson CJ, Brescia R (2000) The schedule of attitudes toward hastened death. Measuring desire for death in terminally ill cancer patients. *Cancer* 88(12):2868–2875
- Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, Jacobsen C, Sorger B, Abbey J, Olden M, Brescia R, Breitbart W (2014) Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Soc Sci Med* 111:35–40
- Saunders C (1984) Facing death. *The Way*, October, S 296–304
- Schroepfer T (2015) The journey to understanding the wish to die. In: Rehmann-Sutter C, Gudat H, Ohnsorge K (Hrsg) *The patient's wish to die. Research, ethics, and palliative care.* Oxford University Press, Oxford, S 61–69
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2018) *Umgang mit Sterben und Tod*, Basel
- Seale C (2000) Changing patterns of death and dying. *Soc Sci Med* 51:917–930
- Smith KA, Harvath TA, Goy ER, Ganzini L (2015) Predictors of pursuit of physician-assisted death. *J Pain Symptom Manag* 49(3):555–561
- Steinfath H (2001) Orientierung am Guten: Praktisches Überlegen und die Konstitution von Personen. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Straub J (2013) Erstrebte und ersehnte Identität: Die Person, die ich bin, als Wunsch und Wirklichkeit. In: Boothe B (Hrsg) *Wenn doch nur – ach hätt ich bloß. Die Anatomie des Wunsches.* Rüffer & Rub, Zürich, S 300–330
- Streeck N (2015) Sterbewünsche – medizinethisch-empirische Zugänge. In: Hilpert K, Sautermeister J (Hrsg) *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid.* Herder, Freiburg im Breisgau, S 17–29

- Streck N (2020) Jedem seinen eigenen Tod. Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende. Campus, Frankfurt am Main
- Stutzki R, Weber M, Reiter-Theil S, Simmen U, Borasio GD, Jox R (2014) Attitudes towards hastened death in ALS patients: a prospective study of patients and family caregivers. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 15:68–76
- Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F (2016a) Palliative psychiatry for severe and persistent mental illness. *Lancet Psychiatry* 3(3):200
- Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F (2016b) Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 16(260). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0970-y>
- Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A (2014) Experiences and motivations underlying wishes to die in older people who are tired of living: a research area in its infancy. *Omega* 69(2):191–216
- Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A (2015a) Ready to give up on life: the lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Soc Sci Med* 138:257–264
- Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A (2016a) Caught between intending and doing: older people ideating on a self-chosen death. *BMJ Open* 6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009895>
- Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A (2016b) Disconnectedness from here-and-now: a phenomenological perspective as a counteract on the medicalisation of death wishes in elderly people. *Med Health Care Philos* 19:265–273
- Van Wijngaarden E, Goossensen A, Leget C (2018a) The social-political challenges behind the wish to die in older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. *J Eur Soc Policy* 28(4):419–429
- Van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A, Pool R, The AM (2019) A captive, a wreck, a piece of dirt: aging anxieties embodied in older people with a death wish. *Omega J Death Dying* 80(2):245–265
- Vanden Berghe P, Mullie A, Desmet M, Huysmans G (2013) Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care. *Eur J Palliat Care* 20:266–272
- Vehling S, Mehnert A (2014) Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psycho-Oncology* 23:283–290
- Verschueren A, Kianimehr G, Belingher C, Salort-Campana E, Loundou A, Grapperon AM, Attarian S (2019) Wish to die and reasons for living among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener* 20(1–2):68–73
- Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balauer A (2014) Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psycho-Oncology* 23:1125–1132
- Voltz R, Perrar KM (2015) Will Ihr Patient wirklich sterben? Drei Empfehlungen zum Umgang mit Todeswunsch in der Palliativmedizin. *MMW Fortschr Med* 157(6):60–63
- WHO (2019) Definition of palliative care. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Zugegriffen am 14.01.2020
- Wilson KG, Dalgleish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O’Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL (2016) Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care* 6:170–177