Onkologie 2020 · 26:163–168

<https://doi.org/10.1007/s00761-020-00712-x>

Online publiziert: 21. Januar 2020

© Der/die Autor(en) 2020

A. Rabe¹ · B. van Oorschot¹ · E. Jentschke^{1,2}

¹ Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

² Psychoonkologischer Dienst am Comprehensive Cancer Center sowie Palliativpsychologischer Dienst im Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg, Deutschland

Suizidalität bei Krebspatienten

Suizidalität im Kontext des täglichen Kampfes ums Überleben? Das erscheint Ärzten zunächst paradox [23]. Jedoch stellt eine Krebserkrankung und ihre Behandlung für die Patienten eine große Belastungssituation dar, aus der sich ohne entsprechende Bewältigungsfähigkeiten eine anhaltende Krise entwickeln kann [17]. Der selbstbestimmte Tod kann dann als einziger Ausweg erscheinen, um die als unerträglich wahrgenommene Situation zu beenden.

Arten von Todeswünschen

Im Rahmen einer Krebserkrankung können Patienten Todeswünsche äußern. Diese werden in der Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung als Wunsch nach baldigem Sterben oder tot zu sein definiert. Eine Person, die einen Todeswunsch äußert, ist jedoch nicht automatisch suizidal. Dennoch kann sich aus dem Wunsch zu sterben eine akute Suizidalität entwickeln.

» Todeswunsch ist nicht gleich Todeswunsch

Todeswünsche sind somit nicht gleich. Sie reichen von der Akzeptanz des Todes im Sinne einer Lebenssattheit, dem Hoffen auf den baldigen Beginn des Sterbeprozesses (mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung) bis hin zur akuten Suizidalität [16]. Der Unterschied liegt im wachsenden suizidalen Handlungsdruck (Abb. 1).

Suizidalität

Unter Suizidalität werden alle Erlebens- und Verhaltensweisen von Menschen verstanden, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handeln lassen den Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen [7].

Suizid = lat. Selbsttötung

Präsuizidale Entwicklung

Die Entwicklung von Suizidalität wird nach Pödlinger [19] in 3 Phasen beschrieben: Am Anfang steht die Erwägung des Suizids, dieser folgt die Phase der Ambivalenz. Sie ist gekennzeichnet durch einen inneren Konflikt zwischen selbsterhaltenden und -zerstörenden Tendenzen, der als sehr unangenehm erlebt wird. Um die innere Spannung nach außen zu katapultisieren, kommt es häufig zu Suizidan-

kündigungen. Ist der Entschluss zum Suizid getroffen, sind die Betroffenen häufig entspannt. Zusammenfassend handelt es sich beim Suizid also in der Regel um keine Impulshandlung, sondern um einen Entwicklungsprozess.

Chance zur Intervention. Insbesondere in der Phase der Ambivalenz (Abb. 2) sind Betroffene empfänglich für Hilfe.

Prävalenz

Suizidgedanken bei Krebspatienten sind nicht selten. In einer deutschen Studie von Reimer [20] berichteten 14,2 % der befragten Krebspatienten über suizidale Gedanken (gemessen mit dem Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9), davon jedoch mehrheitlich „nur an einzelnen Tagen“ (12,3 %). Die Prävalenz stimmt mit den Ergebnissen einer vergleichbaren Studie aus Deutschland überein, in der

Abb. 1 ◀ Formen von Todeswünschen [13]

Abb. 2 ◀ Präsuizidale Entwicklung nach Pöldinger [19]

13,9–30,2 % der befragten onkologischen Patienten Suizidgedanken bejahten [2].

Wilson et al. [29] haben die Häufigkeit von Todeswünschen bei palliativen Krebspatienten untersucht. In der untersuchten Stichprobe gaben 18,3 % vorübergehende und 12,2 % überdauernde Todeswünsche an. Obgleich in einer Interviewstudie von Chochinov et al. [3] vorübergehende Wünsche zu Sterben unter palliativen Krebspatienten vergleichsweise häufiger waren (44,5 %), berichtete auch hier die Minderheit der Befragten von anhaltenden Todeswünschen (8,5 %).

Schließlich haben Senf et al. [23] das Mortalitätsrisiko durch Suizid von Krebspatienten unter der US-amerikanischen Normalbevölkerung verglichen und einen bedeutsamen Unterschied ermittelt. So war die Häufigkeit bei Krebspatienten, durch Suizid zu sterben, um das 1,4–2,5-Fache erhöht. Insbesondere im Jahr nach der Diagnose scheint das Suizidrisiko hoch zu sein [30]. Insgesamt sei jedoch von einer höheren Dunkelziffer auszugehen, da Suizide nur schwer von Unfall, Mord oder unerklärlichem Todesfall abzugrenzen seien [21, 23].

Funktion und Bedeutung von Todeswünschen

Todeswünsche können verschiedene Bedeutungen und Funktionen haben (▣ **Infobox 1**). Zum Beispiel können sie ein Ausdruck von Verzweiflung sein oder die Notwendigkeit zum Handeln verdeutlichen. Häufig stellt der Wunsch, das Leben selbstbestimmt zu beenden, aber auch eine potenzielle Exit-Strategie dar, durch die der Patient das Gefühl von Kontrolle zurückgewinnt. Zu wissen, dass man jederzeit das Leid beenden kann, könnte den Betroffenen ein Gefühl von Sicherheit geben.

Risikofaktoren

Die Identifikation und Beachtung von Risikofaktoren für den Wunsch zu sterben kann dazu beitragen, die Lebensqualität von Krebspatienten zu verbessern und explizite Todeswünsche vorzubeugen.

Hoffnungslosigkeit und Depression

Psychische Beschwerden gelten in der Normalbevölkerung wie auch bei Krebspatienten als bedeutsame Risikofaktoren. So litt in einer kanadischen Studie von Wilson et al. [29] mehr als die Hälfte

der palliativen Krebspatienten, die über einen aufrichtigen Sterbewunsch berichteten, unter einer psychischen Störung. Diesbezüglich sind insbesondere Hoffnungslosigkeit und Depression mit dem Wunsch nach einem beschleunigten Tod assoziiert (u. a. [4, 9, 22]). Die Relevanz der Depression für Suizidgedanken ist im Kontext von Krebspatienten umso kritischer, da laut einer deutschen Studie jeder vierte Krebspatient unter einer Depression leidet [10]. Der starke Zusammenhang von Depression und Todeswünschen impliziert, dass man bei Patienten mit Todeswunsch psychische Beschwerden erfragen und ggf. behandeln soll.

Physische Faktoren

Obwohl Suizidgedanken ein häufiges Symptom der Depression sind, können auch physische Aspekte den Wunsch nach einem beschleunigten Tod bedingen. Hinsichtlich der Symptome scheinen (unkontrollierbare) Schmerzen [3, 20, 27] am häufigsten mit Todeswünschen zusammenzuhängen. Weiter waren in einer Studie von Schneider [26] auch bestimmte Krebsarten (Lungen-, Atemwegs- oder Mundkrebs) und das Vorliegen von zusätzlichen Erkrankungen mit dem Wunsch nach einem beschleunigten

ten Tod assoziiert. Schließlich scheinen mit zunehmender Nähe zum Lebensende physische Faktoren einen größeren Einfluss auf den Lebenswillen zu haben als psychische [5].

» Nicht jeder suizidale Krebspatient ist depressiv

Zusammenfassend handelt es sich bei Suizidalität um ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren, zu denen neben den bereits genannten psychischen und physischen Faktoren auch soziale Aspekte wie ein geringer Familienzusammenhalt, die Angst, zur Last zu fallen, und wenig soziale Unterstützung zählen können [14]. Es gibt zwar keine Faktoren, die Suizid verlässlich vorhersagen können, dennoch ist das Suizidrisiko bei Patienten mit den genannten Merkmalen im Vergleich zu Patienten ohne diese Kriterien höher. Aufmerksamkeit zahlt sich aus, denn die in **Infobox 2** genannten Verhaltensweisen können auf ein erhöhtes Suizidrisiko hindeuten.

So sollten ein vom Betroffenen geäußertes Gefühl der Einengung, vermehrtes Grübeln sowie die Äußerung von Suizidgedanken Außenstehende aufmerksam werden lassen. Auch wenn die Umgebung des Patienten beobachtet, dass er gewohnte Interessen und Aktivitäten aufgibt oder sich aus sozialen Beziehungen zunehmend zurückzieht, sind dies mögliche Zeichen einer Suizidgefährdung. Darüber hinaus weisen die direkte oder indirekte Ankündigung des Suizids und eine plötzliche Ruhe des Patienten nach Suizidäußerungen auf eine erhöhte Suizidgefährdung hin.

Screening mit Fragebögen

Das frühzeitige Erkennen von hohen Belastungen kann Todeswünschen vorbeugen. Diesbezüglich kann das Distress Assessment and Response Tool [15] eingesetzt werden. Zur expliziten Erfassung von Todeswünschen gibt es valide Instrumente wie den SAHD (Schedule of Attitudes towards Hastened Death) oder den DDRS (Desire for Death Rating Scale). Auch wird in der Praxis häufig der Fragebogen PHQ-9 zur Erfassung von Depres-

Onkologe 2020 · 26:163–168 <https://doi.org/10.1007/s00761-020-00712-x>
© Der/die Autor(en) 2020

A. Rabe · B. van Oorschot · E. Jentschke

Suizidalität bei Krebspatienten

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Diagnose Krebs und ihre Behandlung kann eine große Belastung für die Betroffenen darstellen. Neben körperlichen Beschwerden kann auch die Psyche in Mitleidenschaft gezogen werden. Fehlt es an entsprechenden Bewältigungsstrategien, kann der selbstbestimmte Tod als einziger Ausweg erscheinen.

Ziel und Fragestellung. Die vorliegende Übersichtsarbeit zur Suizidalität bei Krebspatienten befasst sich mit einem Thema, das in der Forschung und Praxis in Deutschland nur wenig Aufmerksamkeit findet.

Material und Methoden. Eine themenbezogene Literaturrecherche stellt die Basis der Arbeit dar.

Ergebnisse. Todeswünsche unter Krebspatienten sind nicht selten und können Suizidgedanken/-absichten beinhalten. Psychische Beschwerden, insbesondere Hoffnungslosigkeit und Depression, sind ernstzunehmende Risikofaktoren. Das Erken-

nen einer hohen psychischen Belastung/von Todeswünschen ist ein wichtiger Aspekt für die Suizidprävention. Für die Praxis empfiehlt sich zunächst die Verwendung von Fragebögen. Bei auffälligen Werten muss die Suizidalität proaktiv in einem persönlichen Gespräch exploriert werden. Betroffene sind meist ambivalent bezüglich ihrer Entscheidung für oder gegen das Leben. Dies stellt eine große Chance für Interventionen dar.

Schlussfolgerungen. Suizidalität kann verhindert werden, wenn die hohe Belastung erkannt wird. Bereits das Gespräch zwischen Arzt und Patient über Todeswünsche kann eine erste Entlastung darstellen.

Schlüsselwörter

Bewältigungsfähigkeiten · Verhalten und Verhaltensmechanismen · Einstellung zum Tod · Emotionsregulierung · Psychischer Stress

Suicidality in cancer patients

Abstract

Background. The diagnosis of cancer and its treatment can be a great strain for the affected patients. In addition to physical complaints, the psyche can also be gravely compromised. In the absence of appropriate coping strategies, self-determined death may appear to be the only way out.

Objective. The current review article on suicidality in cancer patients addresses a topic that receives little attention in research and practice in Germany.

Materials and methods. A topic-related literature search is the basis of the work.

Results. Death wishes among cancer patients are not rare and may include suicidal thoughts/intentions. Psychological complaints, especially hopelessness and depression, are serious risk factors. Recognition of a high level of psychological

distress/death wish is an important aspect of suicide prevention. In practice, the use of questionnaires is initially recommended. In the case of conspicuous values, suicidal tendencies must be proactively explored in a personal interview. Those affected are usually ambivalent about their decision for or against life. This represents a great opportunity for interventions.

Conclusion. Suicidality can be prevented if the high burden is recognized. Even the conversation between doctor and patient about death wishes can provide initial relief.

Keywords

Coping skills · Behavior and behavior mechanisms · Attitude to death · Emotional regulation · Psychological distress

sion verwendet, mit welchem die Häufigkeit von Suizidgedanken in den letzten 2 Wochen erfragt wird.

Ogleich mithilfe der Fragebögen erste Hinweise auf Todeswünsche gewonnen werden können, ist das persönliche Gespräch unabdingbar. Die gilt nicht zuletzt, da Fragebögen eine hohe individu-

elle Fehlerquote aufweisen [16]. Zudem gilt es, den Wunsch zu sterben regelmäßig zu erfassen, da dieser über die Zeit zu fluktuieren scheint [5].

Infobox 1 Bedeutungen und Funktionen von Todeswünschen. (Nach Ohnsorge [18] aus der Leitlinie Palliativmedizin, S. 420)

- Manifestation des Lebenswunsches (Todeswunsch äußern)
- Im Sterbeprozess wird ein beschleunigter Tod bevorzugt
- Die Unerträglichkeit der Situation verlangt unbedingtes Handeln
- Option, um einer unerträglichen Situation zu entrinnen
- Manifest letzter Kontrolle
- Aufmerksamkeit auf die eigene Individualität lenken
- Geste des Altruismus (Familie entlasten)
- Versuch, die Familie zu manipulieren (radikale Abwendung erzwingt Zuwendung)
- Ausruf von Verzweiflung, der die aktuelle Not verdeutlichen soll

Infobox 4 Fragen zur Abklärung von Suizidalität

- Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?
- Häufig?
- Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen?
- Haben sich Suizidgedanken aufgedrängt? Konnten Sie diese Gedanken beiseiteschieben?
- Haben Sie konkrete Ideen oder Pläne, wie Sie es machen würden?
- Haben Sie Vorbereitungen getroffen?
- Haben Sie schon zu jemandem über Ihre Suizidabsicht gesprochen?
- Haben Sie einmal einen Suizidversuch unternommen?
- Hat sich in Ihrer Familie oder in Ihrem Freundes- oder Bekanntenkreis schon jemand das Leben genommen?

(Krisen-)Intervention

Als eine Art Leitfaden für die Intervention bei Verdacht auf oder geäußelter Suizidalität kann das Bella-Konzept (■ Infobox 3) dienen. Dabei stehen die Anfangsbuchstaben für die einzelnen Schritte. Folglich stellt der Aufbau einer Beziehung mit dem Betroffenen die erste Aufgabe dar. Anschließend soll die Situation erfasst und belastende Symptome gelindert werden (z.B. Schmerzen, Atemnot, Angst). Zur zusätzlichen Unterstützung empfiehlt es sich in Absprache mit dem Betroffenen weitere Personen einzubeziehen.

Infobox 2 Vorboten und Signale einer Suizidgefährdung (Nach Arbeitsgruppe alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland [1, S. 7])

- Gefühl der Einengung
- Grübeln, Suizidgedanken
- Aufgeben gewohnter Interessen und Aktivitäten
- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen
- Ankündigung des Suizids (direkt und indirekt)
- Unerwartet auftretende Ruhe nach Suizidäußerungen („Ruhe vor dem Sturm“)

Schließlich sollen mögliche Ansätze zur Problembewältigung in konkreten Schritten erarbeitet werden.

Gespräch

Haltung und Beziehung

Voraussetzung für die Intervention ist das Verständnis von Suizidalität als Signal seelischer Not [25]. Die betroffene Person sieht keinen anderen Ausweg aus der Situation als die Beendigung des Lebens. Daher gilt es, eine respektierende Haltung gegenüber dem Suizidalen und seinem aktuellen Erleben einzunehmen [12]. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu dem Patienten kann bereits ein erster Schritt sein, um Suizidalität zu minimieren [16].

» Reden ist Gold

Entgegen der Annahme, dass das Ansprechen von Suizidideen diese verstärke, ist das proaktive Ansprechen von Suizidalität essenziell! Dieses wirkt für Betroffene häufig entlastend und gibt ihnen das Gefühl, gehört zu werden [16]. Dahingegen kann ein Nichtansprechen der Suizidalität das Gegenteil vermitteln (■ Infobox 4 und 5).

Aushalten

Zunächst sollte man dem Patienten die Möglichkeit geben sich mitzuteilen. Es

Infobox 3 Bella-Konzept der Krisenintervention [24]

- Beziehung aufbauen
- Erfassen der Situation
- Linderung von Symptomen
- Leute einbeziehen, die unterstützen
- Ansatz zur Problembewältigung in konkreten Schritten

gilt nicht vorschnell versuchen zu trösten, Ratschläge zu geben oder die Probleme zu verharmlosen bzw. sie weg zu argumentieren [12].

Ziele des Gesprächs

Im Gespräch sollen die Ausprägung der Suizidalität, der Handlungsdruck sowie die Ursachen und die Auslöser exploriert werden. Die eigene Wahrnehmung und die Gefühle im Gespräch sind dabei wichtige diagnostische Mittel.

Anschließend gilt es, mögliche Bewältigungsstrategien zu besprechen [16]. In diesem Kontext weist Wedekind [28] daraufhin, dass es nicht primär darum gehe, den Suizid zu verhindern, sondern das Leben wieder lebenswert zu machen.

Schützen

Um schnell handlungsfähig zu sein, empfiehlt es sich, Kontakt zu Psychologen/ Psychoonkologen und Psychiatern aufzubauen. Kann im stationären Setting nicht garantiert werden, dass der Patient sich nicht das Leben nimmt oder wegen einer ernstzunehmenden psychischen Störung behandelt werden muss, sollte eine stationär-psychiatrische Unterbringung in Betracht gezogen werden.

Exkurs: Bei Palliativpatienten

Wenn das Leben nicht mehr als lebenswert empfunden wird, sollte man den Wunsch zu sterben respektieren und Maßnahmen wie das Beenden der Therapie oder der lebenserhaltenden Maßnahmen mit dem Patienten besprechen. Manchmal entscheiden sich palliativ versorgte Patienten dazu, auf Essen und Trinken zu verzichten. Obgleich hierdurch das Sterben beschleunigt wird, ist diese Handlung nicht als Suizid zu

Infobox 5 Einleitende Fragen zur Abklärung des Todeswunsches [16, S. 423]

- Wie sehen Sie die kommenden Wochen?
- Haben Sie schon daran gedacht, einfach alles hinzuschmeißen?
- Wie belastet sind Sie durch die Krankheits-situation?
- Haben Sie Angst vor dem Sterbeprozess?
- Haben Sie Gedanken, sich etwas antun zu wollen?
- Haben Sie Gedanken, das Leben vorzeitig beenden zu wollen?
- Haben Sie Sorge, mit mir über den Gedanken, Ihr Leben vorzeitig zu beenden, zu sprechen?

bewerten [8]. Im Kontext nicht oder unzureichend behandelbarer Symptome besteht die Möglichkeit einer palliativen Sedierung. Hier ist jedoch nicht die Beschleunigung des Todes primäres Ziel, sondern die Linderung des körperlichen Leidens und damit auch die Erhaltung der Würde.

Bewältigungsstrategien

Bei der würdezentrierten Therapie handelt es sich um eine sinnorientierte Intervention, die von dem kanadischen Psychiater Harvey M. Chochinov und seiner Forschungsgruppe entwickelt wurde. Auf Basis von Interviews mit Palliativpatienten wurde ein halbstrukturiertes Interview mit 10 Fragen formuliert, das mit dem Patienten durchgeführt wird. Das Gespräch wird anschließend transkribiert sowie editiert, dann dem Patienten vorgelesen. Nach etwaigen Anpassungen wird das Dokument in der Regel dem Patienten übergeben, der den Empfänger bestimmt.

» Würdetherapie kann Todeswünsche reduzieren

Die würdezentrierte Therapie kann nachweislich das Würdeempfinden erhöhen und den Wunsch zu sterben reduzieren [11]. Zudem wirkte sich die Intervention positiv auf Traurigkeit und Depression aus [6].

Infobox 6 Hilfreiche Links

- Broschüren zur Suizidprävention bei Jung und Alt: <https://www.suizidpraevention-deutschland.de/informationen-ueber-suizid.html>
- Leitlinie Palliativmedizin (Kapitel Todeswünsche): <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Website mit Hilfsangeboten: <https://www.suizidprophylaxe.de/>

Fazit für die Praxis

- Todeswünsche unter onkologischen Patienten sind nicht selten.
- Suizidalität ist ein Prozess, für den es Hinweise gibt.
- Für die klinische Praxis eignet sich zunächst die Verwendung von Fragebögen.
- Bei Hinweisen auf Suizidalität muss proaktiv das Gespräch gesucht werden.
- Sinnvoll ist der Einsatz von Fragen wie „was macht es Ihnen so schwer, weiterleben zu wollen?“.
- Ambivalenz der Betroffenen sollte man als Chance für die Intervention nutzen.
- Würdezentrierte Therapie gilt als effektive Methode, um die Bewältigung der Krankheitssituation zu unterstützen.

Korrespondenzadresse

Dr. phil. E. Jentschke

Psychoonkologischer Dienst am Comprehensive Cancer Center sowie Palliativpsychologischer Dienst im Interdisziplinären Zentrum Palliativmedizin, Universitätsklinikum Würzburg
Josef-Schneider-Str. 6, 97080 Würzburg, Deutschland
Jentschke_E@ukw.de

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Rabe, B. van Oorschot und E. Jentschke geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Arbeitsgruppe alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (Hrsg) (2019) Wenn das Altwerden zur Last wird – Suizidprävention im Alter. <https://www.bmfsfj.de/blob/95512/03e414bd01deff4bf704d6e9e5ce4dab/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-data.pdf>. Zugriffen: 19.01.2020
2. Bobeviski I, Kissane DW, Vehling S, McKenzie DP, Glaesmer H, Mehnert A (2018) Latent class analysis differentiation of adjustment disorder and demoralization, more severe depressive and anxiety disorders, and somatic symptoms in patients with cancer. *Psychooncology* 27(11):2623–2630. <https://doi.org/10.1002/pon.4761>
3. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ (1995) Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 152(8):1185–1191. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
4. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S (1998) Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics* 4:366–370. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(98\)71325-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(98)71325-8)
5. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D (1999) Will to live in the terminally ill. *Lancet* 354(9181):916–919. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)80011-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)80011-7)
6. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, Harlos M (2011) Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 12(8):753–762. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70153-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70153-X)
7. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, Leitliniengruppe Unipolare Depression (Hrsg) (2015) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Aufl. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364> (Version 5.2015)
8. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2019) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Es-

- sen und Trinken. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf. Zugegriffen: 19.01.2020
9. Fegg M, Kraus S, Graw M, Bausewein C (2016) Physical compared to mental diseases as reasons for committing suicide: a retrospective study. *BMC Palliat Care* 15:14. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0088-5>
 10. Hartung TJ, Brähler E, Faller H, Härter M, Hinz A, Johansen C, Keller M, Koch U, Schulz H, Weis J, Mehnert A (2017) The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *Eur J Cancer* 72:46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.11.017>
 11. Julião M, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV, Barbosa A (2017) Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: a randomized controlled trial. *Palliat Support Care* 15(6):628–637. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001140>
 12. Kasper S, Kalousek M, Kapfhammer H-P (2011) Suizidalität. *ClinCum neuropsych.* https://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/Kons_Suizid_2011_low.pdf. Zugegriffen: 19.1.2020
 13. Kreimeike K, Perrar KM, Lindner R, Bostroem K, Montag T, Voltz R (2019) Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Palliativmedizin* 20(6):323–335. <https://doi.org/10.1055/a-0733-2062>
 14. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, Robertson M (2003) Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med* 33(1):75–81. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006827>
 15. Leung YW, Li M, Devins G, Zimmermann C, Rydall A, Lo C, Rodin G (2013) Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology* 22(11):2537–2545. <https://doi.org/10.1002/pon.3319>
 16. Leitlinien Programm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019) Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion. 2.0. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_2.0_Langversion.pdf. Zugegriffen: 19.01.2020
 17. Mehnert A, Lehmann C, Koch U (2006) Prävalenz und Diagnostik psychischer Störungen in der Onkologie. *Onkologie* 12:18–26. <https://doi.org/10.1007/s00761-005-0994-2>
 18. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014) What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care* 13:38. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
 19. Pöldinger W (1968) Die Abschätzung der Suizidalität. Huber, Bern
 20. Reimer C (2015) Suizidalität bei Krebspatienten und ihre Korrelate. https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/12518/file/Dissertation_Reimer_Christine.pdf. Zugegriffen: 19.01.2020
 21. Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F (2010) The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 19(12):1250–1258. <https://doi.org/10.1002/pon.1717>
 22. Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, Jacobson 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.027>
 23. Senf B, Demmerle C, von Kries A, Lach K, Völkel U, Schulze-Pieper P (2016) Überlegungen und Handreichungen zum Thema Suizidalität. *Im Focus Onkologie* 19(9):52–57
 24. Sonneck G (2000) Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas Universitätsverlag, Wien
 25. Schneider B, Wolfersdorf M (2017) SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. *PSYCH up2date* 12(6):439–442. <https://doi.org/10.1055/a-0630-8696>
 26. Schneider KL, Shenassa E (2008) Correlates of suicide ideation in a population-based sample of cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 26(2):49–62. https://doi.org/10.1300/J077v26n02_04
 27. Walker J, Water RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, Storey DJ, Strong VA, Fallon MT, Wall LR, Sharpe M (2008) Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J Clin Oncol* 26(29):4725–4730. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.11.8844>
 28. Wedekind S (2018) Suizidwunsch von Krebspatienten in der hausärztlichen Praxis. *Im Focus Onkologie* 21(4):30–31. <https://doi.org/10.1007/s15015-018-3885-2>
 29. Wilson KG, Dalgleish TL, Chochinov HM et al (2016) Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *Bmj Support Palliat Care* 6(2):170–177. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000604>
 30. Vyssoki B, Gleiss A, Rockett IRH, Hackl M, Leitner B, Sonneck G, Kapusta ND (2015) Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: Who is at risk? *J Affect Disord* 175:287–291. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.028>

Hier steht eine Anzeige.