



Bachelorarbeit

Assistierter Suizid und Palliativversorgung im Spannungsfeld – Ethische, rechtliche und gesellschaftliche Perspektiven mit Blick auf Deutschland und die Schweiz

Inwiefern existieren Spannungsfelder zwischen dem assistierten Suizid und der Palliativversorgung und ist eine Koexistenz möglich?

Vorgelegt von: Neele Bergmann

Matrikelnummer: 1246025

Studiengang: Berufspädagogik im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege

Modul: Abschlussarbeit

Erstgutachterin: Dipl.-Pfl.Wiss. Meike Schwermann M. A.

Zweitgutachterin: Prof. Dr. phil. habil. Susanne Kreutzer

Abgabedatum: 21.07.2025

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung.....	5
2 Theoretischer Rahmen und Begriffsklärungen.....	8
2.1 Sterbehilfe: Begriff, Abgrenzung und Erscheinungsformen	8
2.2 Der assistierte Suizid	10
2.3 Palliative Care und Palliativversorgung	10
2.4 Grundsätze der Palliativversorgung	11
2.5 Ethischer Bezugsrahmen	13
2.6 Gemeinsame und gegensätzliche Prinzipien.....	14
3 Rechtliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen des assistierten Suizids 16	
3.1 Deutschland.....	16
3.1.1 Historische Entwicklung	16
3.1.2 Entwicklungen und aktuelle Rechtslage	17
3.1.3 DIGNITAS Deutschland	18
3.2 Schweiz	18
3.2.1 Entwicklungen und aktuelle Rechtslage	18
3.2.2 DIGNITAS Schweiz.....	19
3.3 Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz.....	20
4 Spannungsfelder zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung	22
4.1 Ethisches Spannungsfeld: Autonomie und Fürsorge.....	22
4.2 Psychosoziales Spannungsfeld: Sterbewünsche	26
4.2.1 Ausdruck und Bedeutung von Sterbewünschen	26
4.2.2 Umgang mit Sterbewünschen	29
4.3 Gesellschaftliches Spannungsfeld: Wahrnehmung und Akzeptanz	33
4.4 Professionelles Spannungsfeld: Rollenkonflikte und Belastungen.....	36
5 Diskussion.....	42

Neele Bergmann

6	Fazit.....	45
7	Literaturverzeichnis	46
	Anhang.....	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Relationaler Ansatz zur Patient*innenautonomie bei Entscheidungen am Lebensende.....	23
Abbildung 2: Modell zur Analyse eines geäußerten Sterbewunsches im sozialen Kontext.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arten der Sterbehilfe.....	9
Tabelle 2: Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung.....	12
Tabelle 3: Gegenüberstellung Prinzipien Palliativversorgung und assistierter Suizid.....	15
Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der rechtlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen aus der Schweiz und Deutschland.....	20

Abkürzungsverzeichnis

DGP: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

FGPG: Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie

DGHS: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben

FVET: Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken

GK: Gesetzliche Krankenversicherung

MAiD: Medical Assistance in Dying

SAMW: Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

WHO: Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

«Es gibt die Autonomie der Person und diese Autonomie gilt im Leben und im Sterben [...], Palliative Care versteht sich selbst nicht als Alternative zur Suizidhilfe, sondern aus der Palliative Care heraus können durchaus Suizidwunsch und Suizidhilfe gerechtfertigt werden. Das ist kein Widerspruch.

Das sind nicht Alternativen, die sich in irgendeiner Weise bekämpfen oder konkurrenzieren.»

Frank Mathwig, Beauftragter für Theologie und Ethik bei der Evangelisch-reformierten Kirche Schweiz (EKS), In: «Die Debatte um Suizid, Sterbehilfe und Sterbetourismus» erf Medien, 16.9.24

In Deutschland nahmen sich im Jahr 2023 rund 10.300 Menschen das Leben, was einer Rate von etwa 12,3 Suiziden pro 100.000 Einwohner*innen entspricht und damit etwa 1,8 % mehr als im Vorjahr beträgt. Besonders hoch ist die Suizidrate in der Altersgruppe über 85 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2024). In der Schweiz lag die Rate mit 995 Suiziden bei rund 11,2 pro 100.000 Einwohner*innen im selben Jahr (Bundesamt für Statistik, 2023). Während sich die Zahl der Suizide in der Schweiz in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt reduziert hat, zeigt das Bundesamt für Statistik zugleich, dass die Zahl der assistierten Suizide im selben Zeitraum angestiegen ist (Bundesamt für Statistik, 2022). Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass der Wunsch zu sterben eine komplexe gesellschaftliche und medizinische Herausforderung darstellt, die nicht nur auf individuelle Krisen, sondern auch auf existenzielles Leiden, Autonomiefragen und die Suche nach würdevollen Formen des Sterbens verweist.

In Deutschland ist der ärztlich assistierte Suizid seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2020 erlaubt (Bundesverfassungsgericht, 2020, o.S.). Dennoch zeigt eine aktuelle forsa-Umfrage, dass nur etwa 15 % der Bevölkerung darüber informiert sind (forsa, 2024, S. 5). Diese Unsicherheit zeigt einen klaren Aufklärungsbedarf auf und macht deutlich, dass rechtliche Möglichkeiten allein keine Klarheit im Umgang mit Sterbewünschen schaffen. Eine Metaanalyse von Pesut, Thorne, Greig, Fulton, Janke & Vis-Dunbar (2019) machte deutlich, dass Pflegefachkräfte häufig zu den ersten Ansprechpersonen gehören, wenn Patient*innen einen Sterbewunsch äußern (S. 217). Besonders im Spannungsfeld zwischen Palliativversorgung und assistiertem Suizid stellen sich daher grundlegende Fragen: Wie lassen sich Sterbewünsche mit dem professionellen Selbstverständnis von Palliativteams vereinbaren? Sind beide Konzepte überhaupt kompatibel? Die rechtliche Möglichkeit des ärztlich assistierten Suizids wirft nicht nur praktische Fragen auf, sondern fordert auch eine ethische Auseinandersetzung mit Autonomie, Fürsorge und Verantwortung in der letzten Lebensphase. Dabei geht es um die Verantwortung im Umgang mit Sterbewünschen, mit

denen Fachkräfte häufig konfrontiert werden (Feichtner, 2022, S. 9). Was aber, wenn dieser Wunsch bestehen bleibt und ausdrücklich ein assistierter Suizid gewünscht wird? Genau hier entstehen Spannungsfelder zwischen dem palliativen Ansatz, der auf Linderung und Begleitung bis zum natürlichen Tod ausgerichtet ist, und einem, der eine selbstbestimmte Entscheidung über Zeitpunkt und Art des Sterbens ermöglichen soll.

Diese Spannungsfelder beschränken sich jedoch nicht allein auf die klinische Praxis oder den individuellen Entscheidungsprozess der betroffenen Person. Sie spiegeln sich auch in der rechtlichen Entwicklung, in der gesellschaftliche Wahrnehmung und den ethischen Debatten wider, die teils unzureichend geklärt sind und eine umfassende Auseinandersetzung notwendig machen.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit lautet daher: „Inwiefern existieren Spannungsfelder zwischen dem assistierten Suizid und der Palliativversorgung und ist eine Koexistenz möglich?“

Die Entscheidung der Autorin sich in dieser Arbeit mit diesem Thema zu beschäftigen, entstand aus der Beobachtung, dass in der öffentlichen und professionellen Diskussion oft eine Polarisierung zwischen Palliativversorgung und assistiertem Suizid wahrgenommen wird. Persönlich angeregt wurde diese Themenwahl zudem durch ein praktisches Auslandserlebnis in der Schweiz, bei dem die Autorin erstmals Einblick in ein System erhielt, das den assistierten Suizid rechtlich verankert und gesellschaftlich integriert zeigt. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, einen vergleichenden Blick auf die Situation in Deutschland und der Schweiz zu werfen, mit Fokus auf rechtliche, gesellschaftliche und ethische Spannungsfelder, wobei das ethische Spannungsfeld das professionelle Spannungsfeld miteinschließt.

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer narrativen Literaturrecherche. Ziel war es, die komplexen Spannungsfelder zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung aus unterschiedlichen Perspektiven systematisch zu beleuchten und dabei insbesondere ethische, rechtliche, psychosoziale und professionelle Dimensionen mit Blick auf Deutschland und die Schweiz herauszuarbeiten. Dafür wurden in einem ersten Schritt grundlegende Begriffe wie „Palliativversorgung“, „assistierter Suizid“ und die verschiedenen Formen der Sterbehilfe differenziert betrachtet und dazu relevante Fachliteratur sowie Leitlinien gesichtet. Im Anschluss daran erfolgte eine gezielte Recherche zu den rechtlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen beider Länder, einschließlich wichtiger Urteile, Gesetzestexte und politischer Debatten. Parallel dazu wurden Studien und Positionspapiere zu den identifizierten Spannungsfeldern ausgewählt, unter anderem zu Fragen des Umgangs mit Sterbewünschen in der Palliativversorgung oder zur gesellschaftlichen Haltung gegenüber assistiertem Suizid. Dabei kamen wissenschaftliche Datenbanken und Plattformen wie PubMed, Google Scholar, ScienceDirect, Wiley Online Library, SAGE Journals, BioMed Central,

SSPH-Journals sowie die FH-eigene Bibliotheksdatenbank FINDEX zum Einsatz. Ergänzend wurden Materialien und Stellungnahmen relevanter Organisationen wie DIGNITAS und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin gezielt ausgewertet, um praxisnahe Einblicke und organisationsspezifische Perspektiven einzubeziehen. Auf diese Weise wurde eine strukturierte und thematisch ausgerichtete Auswahl von Quellen zusammengestellt, die entlang der Gliederungsschwerpunkte der Arbeit analysiert und eingeordnet wurden.

2 Theoretischer Rahmen und Begriffsklärungen

In diesem Kapitel werden zentrale theoretische Grundlagen und relevante Begrifflichkeiten erläutert, die für das Verständnis der Thematik rund um Palliativversorgung und assistierten Suizid erforderlich sind. Zunächst wird der Begriff der Sterbehilfe definiert, seine Bedeutung abgegrenzt und in gängige Erscheinungsformen unterteilt. Anschließend folgt eine Betrachtung des assistierten Suizids im Sinne der Freitodbegleitung. Danach werden die Begriffe Palliative Care und Palliativversorgung näher erläutert und durch grundlegende Prinzipien ergänzt. Abschließend werden zentrale ethische Begriffe sowie gemeinsame und gegensätzliche Prinzipien von Palliativversorgung und assistiertem Suizid herausgearbeitet.

2.1 Sterbehilfe: Begriff, Abgrenzung und Erscheinungsformen

Der Begriff Sterbehilfe wird in der öffentlichen sowie fachlichen Diskussion uneinheitlich verwendet, was häufig zu Verwirrung und Missverständnissen führt. Unterschiedliche Bedeutungen und rechtliche Kontexte werden dabei oft vermischt oder gleichgesetzt. Um eine begriffliche Klarheit zu schaffen, wird in dieser Arbeit, orientiert an den Inhalten von Thöns (2025, S. 11-12), zwischen „Hilfe im Sterben“ und „Hilfe zum Sterben“ unterschieden.

„Hilfe im Sterben“ beschreibt dabei die medizinische, pflegerische und menschliche Begleitung schwerkranker Menschen in der letzten Lebensphase, etwa durch palliative Versorgung, Schmerztherapie und psychosoziale Unterstützung. Demgegenüber umfasst „Hilfe zum Sterben“ die Mitwirkung am Sterbeprozess auf ausdrücklichen Wunsch der betroffenen Person. In der Fachliteratur werden unter diesem Verständnis vier Formen der „Hilfe zum Sterben“ unterschieden: die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen), die passive Sterbehilfe (Sterbenlassen durch Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen), die indirekte Sterbehilfe (z. B. durch Gabe starker Schmerzmittel mit möglicher lebensverkürzender Nebenwirkung) sowie die Beihilfe zur Selbsttötung, auch als assistierter Suizid bezeichnet. Diese Formen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer rechtlichen Zulässigkeit als auch ihrer ethischen Bewertung (Thöns, 2025, S. 11-12).

Zur Einordnung und begrifflichen Klärung dient die folgende Tabelle (Tabelle 1: Arten der Sterbehilfe), die zentralen Merkmale der gängigen Formen der Sterbehilfe „Hilfe zum Sterben“ gegenüberstellt. Die Tabelle basiert auf den Differenzierungen nach Thöns (2025, S. 11-12).

Art der Sterbehilfe	Definition	Wer handelt aktiv?	Rechtslage (Deutschland, Stand 2025)
<i>Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)</i>	Beihilfe zur Selbsttötung durch Bereitstellung eines tödlichen Mittels durch eine andere Person (z. B. eine Ärztin oder einen Arzt), wobei die Einnahme eigenverantwortlich durch die sterbewillige Person erfolgt.	Betroffene Person selbst	Zulässig nach BVerfG-Urteil 2020, wenn freiverantwortlich und selbstbestimmt ausgeführt.
<i>Aktive Sterbehilfe</i>	Gezielte Tötung eines Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen, etwa durch die Verabreichung eines tödlichen Medikaments.	Durch eine andere Person (z.B. Arzt/Ärztin).	Verboten (§ 216 StGB: Tötung auf Verlangen strafbar).
<i>Passive Sterbehilfe</i>	Unterlassen oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen mit dem Ziel, den Sterbeprozess nicht weiter hinauszuzögern.	Indirekt, durch medizinische Entscheidungen.	Zulässig, wenn dem mutmaßlichen oder ausdrücklichen Willen des Patienten entspricht.
<i>Indirekte Sterbehilfe</i>	Einsatz von schmerzlindernden Medikamenten, die als Nebenwirkung eine lebensverkürzende Wirkung haben können, mit dem Ziel der Leidensminderung.	Durch medizinisches Personal.	Zulässig im Rahmen der palliativmedizinischen Behandlung.

Tabelle 1: Arten der Sterbehilfe (Quelle: Thöns, 2025, S. 11-12, eigene Darstellung)

Die tabellarische Darstellung veranschaulicht die wesentlichen Erscheinungsformen der Sterbehilfe. Aufbauend auf dieser Systematik erfolgt im nächsten Kapitel eine vertiefende

Auseinandersetzung mit der Beihilfe zur Selbsttötung, dem assistierten Suizid, der im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht.

2.2 Der assistierte Suizid

In dieser Arbeit wird der assistierte Suizid als die Unterstützung eines freiverantwortlich handelnden Menschen bei der Selbsttötung verstanden. Dabei wird auf ausdrücklichen, freiwilligen und reflektierten Wunsch hin ein tödlich wirkendes Medikament bereitgestellt, welches die betroffene Person eigenständig einnimmt (Nauck, Simon, 2021, S. 150). Der assistierte Suizid unterscheidet sich damit klar von der aktiven Sterbehilfe, bei der eine dritte Person, also eine außenstehende Beteiligte Person, den Tod unmittelbar herbeiführt. Der assistierte Suizid stellt eine straffreie Form der Sterbehilfe dar und wird auch rechtlich als „Beihilfe zur Selbsttötung“ genannt (Deutscher Bundestag, 2023). Der Deutsche Ethikrat (2022) betont ergänzend, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid auf einer autonomen und wohlwogenen Entscheidung basieren muss, um ethisch vertretbar zu sein (S. 66).

Die Organisation DIGNITAS, sowie weitere Sterbehilfevereine in der Schweiz, benennen den assistierten Suizid als „Freitodbegleitung“. Die Freitodbegleitung wird als eine Mischung aus Elementen der Hilfe zur Selbsttötung und der Sterbebegleitung beschrieben. Dabei wird betont, dass die sterbewillige Person einen gut vorbereiteten und wohl überlegten Suizid vornimmt. Dabei wird die sterbewillige Person jedoch nicht allein gelassen, sondern betreut und begleitet, und das möglichst in Anwesenheit von Familie und Freund*innen, idealerweise in dem eigenen Zuhause (DIGNITAS, k.D.-a). Auch in Deutschland wird der Begriff „Freitod“ und „Freitodbegleitung“ zunehmend genutzt, um eine selbstbestimmte Entscheidung für den assistierten Suizid zu beschreiben. Organisationen wie die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) verwenden den Begriff regelmäßig in Publikationen und Informationsmaterialien, um sich bewusst von negativ konnotierten Begriffen wie „Selbstmord“ oder „Suizid“ abzugrenzen (DGHS, 2024, o.S.).

2.3 Palliative Care und Palliativversorgung

Der Begriff „palliativ“ hat seinen Ursprung im Lateinischen und leitet sich von *pallium* ab, was so viel wie „Mantel“ bedeutet. Im übertragenen Sinne steht dies für ein Schützen, Umsorgen oder auch das „Ummanteln“ von Patient*innen (Husebø & Mathis, 2017, S. 3-4). Laut dem Wörterbuch Duden beschreibt „palliativ“ eine Behandlung, die auf die Linderung von Krankheitssymptomen abzielt, jedoch nicht mehr auf die Heilung der zugrunde liegenden Ursache gerichtet ist (Duden, 2023, o. S.). Das englische Wort „Care“ wiederum steht für umfassende Fürsorge und Pflege, insbesondere im ganzheitlichen Sinn (Steffen-Bürgi, 2017, S. 41).

Zur Begriffsbestimmung der Palliativversorgung werden im Folgenden zwei zentrale Definitionen näher betrachtet: die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als internationaler Rahmen sowie die der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), die den deutschsprachigen Versorgungs- und Forschungskontext prägt.

Die WHO beschreibt Palliative Care als ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und deren Angehörigen. Ziel ist die Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung und Behandlung physischer, psychosozialer und spiritueller Probleme (WHO, 2002, o.S.).

Die DGP definiert Palliativmedizin als medizinische Versorgung von Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen und begrenzter Lebenserwartung. Das Ziel hierbei ist nicht die Heilung, sondern die Verbesserung der Lebensqualität. Das soll bereits früh im Krankheitsverlauf und auch begleitend zu anderen Therapien, sowohl ambulant als auch stationär, erreicht werden (DGP, 2016, o. S.).

2.4 Grundsätze der Palliativversorgung

Die Grundsätze der Palliativversorgung basieren auf einem ganzheitlichen Ansatz, der das Ziel verfolgt, die Lebensqualität schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu erhalten oder zu verbessern. Das geschieht durch die Linderung und Prävention von Leiden in physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Hinsicht. Die individuellen Lebenswelten der Patient*innen stehen dabei stets im Zentrum der Versorgung. Die Palliativversorgung ist multiprofessionell ausgerichtet und richtet sich nicht nur an Patient*innen, sondern auch an Angehörige und das Behandlungsteam selbst. Sie schließt folgende Prinzipien ein (DGP, 2020, S. 40):

- Berücksichtigung der Bedürfnisse in allen vier Dimensionen (körperlich, psychisch, sozial und spirituell)
- Wahrnehmung der Patient*innen in ihrer kulturellen, religiösen und weltanschaulichen Identität
- Orientierung an individuellen Präferenzen
- Festlegung realistischer Therapieziele
- Schaffung von Rahmenbedingungen, die Würde und Intimität wahren
- Aufklärung über Versorgungsstrukturen und Unterstützungsangebote

Darüber hinaus gilt der Wille der Patient*innen auch in der Sterbephase als eine hohe Priorität für das ärztliche und pflegerische Handeln. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit müssen bevollmächtigte oder gesetzlich bestellte Vertreter*innen diesen Willen ermitteln und mit dem Behandlungsteam abstimmen (DGP, 2020, S. 41).

Die dargestellten Grundsätze verdeutlichen, dass Palliativversorgung weit mehr ist als eine rein medizinische Betreuung am Lebensende. Sie orientiert sich am subjektiven Erleben der Patient*innen, an deren Autonomie, Würde und individuellen Wertvorstellungen. Gerade diese Haltung bildet eine wichtige Grundlage für einen sensiblen und respektvollen Umgang mit Sterbewünschen, wie sie im Rahmen schwerer, nicht heilbarer Erkrankungen auftreten können.

Aufbauend auf diesen Prinzipien stellt sich die Frage, wie Palliativversorgung konkret umgesetzt wird. Ein Blick auf die bestehenden Versorgungsstrukturen in Deutschland zeigt, wie diese Betreuung organisatorisch verankert ist. Die palliative Versorgung in Deutschland kann sowohl im häuslichen Umfeld als auch in stationären Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder Hospizen erfolgen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) übernimmt die Kosten für palliativmedizinische und pflegerische Leistungen, und die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme entsprechender Angebote zu beraten (Bundesministerium für Gesundheit, 2025, o.S.).

Folgende Tabelle umfasst verschiedene Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung:

Versorgungsform	Ort der Versorgung	Ziel der Versorgung
<i>Palliativstation</i>	Krankenhaus	Linderung akuter Symptome, Verbesserung der Lebensqualität, Rückkehr ins häusliche Umfeld
<i>Spezialisierte ambulante Palliativ Versorgung (SAPV)</i>	Zuhause, Pflegeeinrichtung, Hospiz	24 Stunden Betreuung durch spezialisierte Teams
<i>Haus-/Fachärztliche Versorgung</i>	Zuhause	Regelmäßige Betreuung durch geschulte Ärzt*innen (Hausbesuche)
<i>Stationäres Hospiz</i>	Hospiz (stationär, wohnlich)	Ganzheitliche Betreuung in wohnlicher Atmosphäre
<i>Ambulanter Hospizdienst</i>	Zuhause	Ehrenamtliche Begleitung und Unterstützung, auch über den Tod hinaus

Tabelle 2: Versorgungsstrukturen in der Palliativversorgung (Quelle: DGP, k. D., eigene Darstellung)

Die tabellarische Übersicht zeigt, wie differenziert Palliativversorgung in verschiedenen Settings umgesetzt werden kann.

2.5 Ethischer Bezugsrahmen

Die ethische Perspektive ist zentral für die Analyse der Spannungsfelder zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung und erfordert eine Erläuterung grundlegender Prinzipien im medizinisch-pflegerischen Kontext. Es existieren verschiedene ethische Grundansätze, um moralische Fragestellungen zu betrachten. Ein Modell, das besonders im medizinethischen Kontext häufig zur Anwendung kommt, ist das Konzept „Prinzipien der bio-medizinischen Ethik“ (Beauchamp & Childress, 2019). Es beruht auf vier zentralen Prinzipien:

- Autonomie,
- Gerechtigkeit,
- Nicht-Schaden,
- Fürsorge.

Das Prinzip der Autonomie bezieht sich auf das Recht selbstbestimmt zu handeln. Dabei soll der individuelle Wille respektiert und die Freiheit gewahrt bleiben, eigenständig Entscheidungen zu treffen und das Leben entsprechend den eigenen Überzeugungen zu gestalten (Beauchamp & Childress, 2019).

Das Prinzip der Fürsorge heißt, dass das Handeln dem Wohlergehen des Gegenübers dienen soll. In der medizinischen Ethik steht dabei nicht nur die Absicht im Fokus, Gutes zu tun, sondern insbesondere das aktive Bemühen, tatsächlich im Sinne der Patient*innen zu handeln (Beauchamp, 2021, S. 77). Dies umfasst auch das Ziel, Schaden zu vermeiden oder bestehendes Leid zu lindern (S. 77).

Dem gegenüber steht das Prinzip des Nicht-Schadens, das fordert, dass durch medizinisches Handeln kein Schaden verursacht werden darf. Das Gerechtigkeitsprinzip schließlich zielt auf eine faire und gleichwertige Behandlung ab. Beauchamp formuliert dies als ein formales Gleichheitsprinzip: Gleiches soll gleichbehandelt werden, wobei jedoch offen bleibt, wie genau gerechtes Verhalten in einer konkreten Situation auszusehen hat (Beauchamp, 2021, S. 79).

In ethisch herausfordernden Situationen stehen diese vier Prinzipien zwar gleichwertig nebeneinander, jedoch erfordert die Praxis häufig eine sorgfältige Abwägung und individuelle Gewichtung (Wege-Rost, 2023, S. 176). Dabei wird in der Regel der Autonomie ein besonderes Gewicht beigemessen.

Diese besondere Gewichtung der Autonomie lässt sich auch rechtlich begründen: Nach Artikel 2 des Grundgesetzes steht jedem Menschen sowohl das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit als auch die Freiheit der Person zu. Einschränkungen sind nur auf gesetzlicher Grundlage zulässig. Daraus ergibt sich ein rechtlich verankerter Anspruch auf

Selbstbestimmung, der ethisch höher zu bewerten ist als das subjektive Verständnis von Wohlwollen seitens ärztlicher oder pflegerischer Fachpersonen (Wege-Rost, 2023, S. 177).

Eine weitere Theorie, welches in der medizinethischen Diskussion eine Relevanz besitzt, ist das sogenannte „Standardmodell der Autonomie“ (Hirsch, 2023). Es beschreibt Autonomie als ein Konzept, das durch vier zentrale Merkmale gekennzeichnet ist: Es ist lokal, nicht-ideal, graduell und inhaltsneutral (S. 13). Die Bezeichnung „lokal“ verweist darauf, dass autonome Entscheidungen im medizinischen Kontext immer situationsbezogen und konkret zu betrachten sind. Der Begriff „nicht-ideal“ weist darauf hin, dass reale Entscheidungsprozesse häufig unter weniger als optimalen Bedingungen stattfinden. Dennoch kann von Autonomie gesprochen werden, solange eine selbstbestimmte und sinnvolle Entscheidung getroffen wird (S. 14). Unter „graduell“ wird verstanden, dass Autonomie keine absolute Eigenschaft ist, sondern stufenweise erfüllt sein kann (S. 14). Dafür müssen laut Hirsch drei Mindestvoraussetzungen gegeben sein: die Handlung muss mit Absicht erfolgen, verstanden werden und unabhängig getroffen sein. Darauf aufbauend lässt sich die Beschreibung „inhaltsneutral“ betrachten, da es keine Vorgaben über die Qualität oder moralische Richtigkeit der Entscheidung vorgibt (Hirsch, 2023, S. 16). Auch Entscheidungen, die in autoritären Kontexten getroffen werden, können demnach als autonom gelten (S. 16).

Abschließend ist die Theorie der sozial-relationalen Autonomie zu nennen. Sie rückt den Menschen in seinem sozialen Konstrukt in den Mittelpunkt. Autonomie wird hier nicht nur als individuelle Fähigkeit betrachtet, sondern im Kontext gesellschaftlicher Erwartungen und struktureller Einflüsse verortet und betont damit, dass Autonomie nicht nur eine rein individuelle Eigenschaft ist (Hirsch, 2023, S. 108).

2.6 Gemeinsame und gegensätzliche Prinzipien

Im letzten Abschnitt des theoretischen Bezugsrahmens werden die zentralen Prinzipien von Palliativversorgung und assistiertem Suizid gegenübergestellt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede in ethischer Haltung, Zielsetzung und professioneller Herangehensweise aufzuzeigen. Beide Ansätze befassen sich mit der Begleitung in existenziellen Krisen am Lebensende und betonen Autonomie sowie ein würdevolles Sterben, unterscheiden sich jedoch letztlich in ihrer Ausrichtung.

Die Palliativversorgung verfolgt das Ziel, die Lebensqualität schwerkranker Menschen zu erhalten oder zu verbessern. Dabei stehen die Linderung von Symptomen, psychosoziale Unterstützung und spirituelle Begleitung im Vordergrund (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2020, S. 40). Die Autonomie der Patient*innen wird im Sinne eines respektvollen Miteinanders und unter Einbezug der multiprofessionellen Versorgung berücksichtigt.

Demgegenüber basiert der assistierte Suizid auf der Idee, Menschen durch Bereitstellung eines tödlich wirkenden Mittels die Möglichkeit zu geben, ihr Leben selbstbestimmt zu beenden (Nauck & Simon, 2021, S. 150). Zentrales ethisches Prinzip ist hier die individuelle Selbstbestimmung. Der Fokus liegt weniger auf einer ganzheitlichen Begleitung, sondern vielmehr auf der Wahrung des Willens der betroffenen Person.

Die nachfolgende Tabelle stellt zusammenfassend zentrale Unterschiede zwischen der Palliativversorgung und dem assistierten Suizid dar.

Aspekt	Palliativversorgung	Assistierter Suizid
<i>Zielsetzung und Haltung</i>	Linderung von Leiden und Erhalt der Lebensqualität bis zum natürlichen Tod.	Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebensendes durch freiwillige Entscheidung, wodurch das Leiden gelindert wird.
<i>Autonomieverständnis</i>	Autonomie wird respektiert, aber im Kontext von Fürsorge und Einbettung eines therapeutischen Gesamtkonzeptes.	Autonomie ist zentrales Prinzip: Entscheidungsfreiheit über Zeitpunkt und Art des Todes.
Beziehungsgestaltung	Langfristige, multiprofessionelle und vertrauensvolle Beziehung zu Patient*innen und Angehörigen.	Punktuelle, funktionale und temporäre Beziehung.
Ethische Prioritäten	Fürsorge und Nicht-Schaden sind zentral, Autonomie ist eingebettet.	Autonomie steht im Vordergrund, andere Prinzipien eher nachgeordnet. Fürsorge zeigt sich in der Achtung des Sterbewunsches.

Tabelle 3: Gegenüberstellung Prinzipien Palliativversorgung und assistierter Suizid (Quelle: Beauchamp & Childress, 2019; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, 2020; World Health Organization, 2002; Deutscher Ethikrat, 2022; Nauck & Simon, 2021, eigene Darstellung)

Die genannten Unterschiede zeigen, dass die Palliativversorgung und der assistierte Suizid auf unterschiedlichen Grundideen beruhen und jeweils eine eigene Herangehensweise an die Versorgung schwerkranker Menschen verfolgen. Um diese Einordnung zu vervollständigen, folgt im nächsten Kapitel eine vertiefte Betrachtung der jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und der Schweiz.

3 Rechtliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen des assistierten Suizids

Die rechtlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen im Umgang mit assistiertem Suizid unterscheiden sich in Deutschland und der Schweiz und prägen das heutige Verständnis sowie die praktische Umsetzung in beiden Ländern. Um diese Unterschiede nachvollziehbar einzuordnen, werden im folgenden Kapitel zentrale rechtliche Entwicklungen beider Länder dargestellt. Zwar existieren verschiedene Sterbehilfevereine, jedoch wird in dieser Arbeit exemplarisch der Verein DIGNITAS, der in beiden Ländern tätig ist, als Bezugspunkt zur Veranschaulichung herangezogen. Die Auswahl basiert auf der eigenen praktischen Erfahrung der Autorin im Rahmen eines absolvierten Praktikums bei DIGNITAS in der Schweiz. Trotz des persönlichen Bezugs erfolgt die Darstellung sachlich und neutral.

3.1 Deutschland

In diesem Abschnitt wird zunächst die rechtliche und historische Entwicklung des assistierten Suizids in Deutschland dargestellt. Im Anschluss wird DIGNITAS Deutschland als Beispiel für eine im deutschen Kontext tätige Organisation kurz vorgestellt.

3.1.1 Historische Entwicklung

Die Auseinandersetzung mit Sterbehilfe in Deutschland ist durch die Erfahrungen im Nationalsozialismus geprägt und beeinflusst bis heute rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Sensibilität. Ein Blick auf diese historische Entwicklung hilft, die aktuelle Rechtslage und Haltung zum assistierten Suizid einzuordnen.

Während des Nationalsozialismus (1939–1945) wurde der Begriff „Euthanasie“ für die systematische Ermordung von Menschen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen missbraucht. Betroffen waren vor allem Bewohner*innen von Heil- und Pflegeanstalten, die als „lebensunwert“ galten. Schätzungen zufolge wurden etwa 300.000 Menschen im Rahmen dieser Programme getötet (Kopehl, Deutscher Bundestag, 2017, S. 1). Der ursprünglich aus dem Griechischen stammende Begriff „Euthanasie“ („guter Tod“) wurde ideologisch verfälscht und als „Gnadentod“ für vermeintlich „unheilbar Kranke“ instrumentalisiert (S. 1).

Ab 1939 erfolgten systematische Tötungen in speziellen Anstalten, häufig durch Vergasung. Nach Protesten wurde die Aktion 1941 offiziell eingestellt, jedoch im Geheimen durch gezielte Mangelernährung und Medikamentenüberdosierungen fortgesetzt, wobei weitere mindestens 100.000 Menschen starben. Auch in Konzentrationslagern wurde das Programm weitergeführt. Eine breitere öffentliche Auseinandersetzung damit begann erst in den 1980er Jahren (Kopehl, Deutscher Bundestag, 2017, S. 2).

3.1.2 Entwicklungen und aktuelle Rechtslage

Die Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe wurde im Deutschen Bundestag ab 2012 intensiv diskutiert. Zu diesem Zeitpunkt bestand eine rechtliche Lücke: Während aktive Sterbehilfe durch § 216 StGB verboten war, war die Beihilfe zur Selbsttötung nicht ausdrücklich geregelt. Dies führte zu Unsicherheit im medizinischen und gesellschaftlichen Umgang mit Suizidassistenten (Deutscher Bundestag, 2017, o.S.). Ein erster wichtiger Schritt war die Orientierungsdebatte am 13. November 2014, die ethische Grundfragen sowie die Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung thematisierte (Deutscher Bundestag, 2017, o.S.).

Am 2. Juli 2015 diskutierte das Parlament vier konkurrierende Gesetzentwürfe, die unterschiedliche Positionen zur Suizidbeihilfe vertraten. Diese Gesetzentwürfe beinhalteten das Spektrum von einem generellen Verbot bis hin zur Regelung einer ärztlich begleiteten Suizidhilfe unter klar definierten Bedingungen (Deutscher Bundestag, 2017, o.S.).

Am 6. November 2015 wurde schließlich der Entwurf angenommen, der die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ unter Strafe stellte, was eine auf Wiederholung angelegte Unterstützung beim Suizid meint. Der Entwurf wurde fraktionsübergreifend unter anderem von Michael Brand (CDU) und Kerstin Griese (SPD) eingebracht und mit dem Argument verteidigt, dass ein dauerhaftes Angebot zur Suizidassistenten die Nachfrage nach einer solchen Form des Sterbens fördern könnte (Deutscher Bundestag, 2017, o.S.).

Das Gesetz trat am 10. Dezember 2015 in Kraft und blieb von Anfang an umstritten. Nach Inkrafttreten des § 217 StGB galt die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung als strafbar, was die Praxis der Suizidassistenten stark einschränkte. Organisationen und Ärzt*innen zogen sich aus der Beratung über assistierten Suizid zurück, da sie fürchteten, dies könnte als Förderung angesehen werden. Das schuf für schwerkranke Menschen faktische Zugangshürden und verlagerte Sterbebegleitungen in die Schweiz (Humanistische Union, 2020, o.S.).

Diese Diskussionen mündeten im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, das § 217 StGB für verfassungswidrig und damit rückwirkend für nichtig erklärte (Bundesverfassungsgericht, 2020, o.S.). Grundlage war das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Absatz 1 i. V. m. Artikel 1 Absatz 1 GG, das als Ausdruck persönlicher Autonomie auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben einschließt. Dieses Recht wird als Ausdruck persönlicher Autonomie verstanden und schließt das selbstbestimmte Sterben und die Möglichkeit dafür Hilfe anzunehmen mit ein. Damit wird anerkannt, dass jeder Mensch in freier Verantwortung darüber entscheiden darf, wann und auf welche Weise er aus dem Leben scheiden möchte.

Aufbauend auf diesen Entwicklungen engagieren sich in Deutschland verschiedene Vereine für ein selbstbestimmtes Lebensende und assistierten Suizid, darunter DIGNITAS-

Deutschland e.V., die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) und der Verein Sterbehilfe e.V.. Die DGHS, 1980 gegründet, ist eine der ältesten und größten deutschen Organisationen in diesem Bereich und bietet Mitglieder*innen u. a. rechtliche Beratung, Informationsmaterial und die Vermittlung ärztlicher Freitodbegleitung an (DGHS, k. D.).

3.1.3 DIGNITAS Deutschland

Der Verein DIGNITAS-Deutschland e.V. wurde im Jahr 2005 in Hannover gegründet und setzt sich seither für die Stärkung der Selbstbestimmungsrechte am Lebensende ein. Ein zentrales Anliegen des Vereins war es, die rechtliche Verbindlichkeit von Patientenverfügungen in Deutschland zu etablieren. Dieses Ziel wurde mit einer gesetzlichen Regelung im Jahr 2009 erreicht (DIGNITAS-Deutschland, k. D.).

DIGNITAS-Deutschland unterstützt die Mitglieder*innen insbesondere dabei, ihr durch das Grundgesetz garantiertes Recht auf Selbstbestimmung gegenüber medizinischen Einrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ärztlichem Personal durchzusetzen. Dies schließt auch passive und indirekte Formen der Sterbehilfe ein. Darüber hinaus bietet der Verein Beratung durch spezialisierte Anwälte an und steht sowohl Patient*innen als auch medizinischem Fachpersonal in rechtlich sensiblen Situationen unterstützend zur Seite (DIGNITAS, k. D.).

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, mit dem § 217 StGB für verfassungswidrig und nichtig erklärt wurde, besteht in Deutschland eine klare rechtliche Grundlage für die Durchführung von Freitodbegleitungen. Entgegen einer weit verbreiteten Auffassung enthält das Urteil keine Verpflichtung für den Gesetzgeber, ein neues Regulierungsgesetz zu schaffen (DIGNITAS-Deutschland e.V., 2023, S. 1 ff).

DIGNITAS betont daher, dass es keine „Grauzone“ im rechtlichen Sinne gibt. Die vom Bundesverfassungsgericht definierten Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Freitodbegleitungen seien eindeutig formuliert und praxisnah umsetzbar (S. 1 ff). Eine gesetzliche Neuregelung könnte diese Vorgaben nicht klarer fassen, sodass aktuell keine Notwendigkeit für ein Sterbehilfe-Regulierungsgesetz bestehe (DIGNITAS-Deutschland e.V., 2023, S. 1 ff).

3.2 Schweiz

Im nächsten Kapitel wird die rechtliche Entwicklung des assistierten Suizids in der Schweiz erläutert. Anschließend wird DIGNITAS Schweiz exemplarisch als im Land tätige Organisation betrachtet.

3.2.1 Entwicklungen und aktuelle Rechtslage

Die gesetzliche Grundlage für den assistierten Suizid in der Schweiz besteht bereits seit 1942 durch Artikel 115 des Strafgesetzbuches. Dieser stellt die Beihilfe zur Selbsttötung

nur dann unter Strafe, wenn sie aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt. Von selbstsüchtigen Beweggründen wird gesprochen, wenn die handelnde Person einen eigenen Nutzen daraus ziehen möchte. Dieser Nutzen kann finanzieller Natur sein, etwa durch ein Erbe oder das Vermeiden von Unterhaltszahlungen, aber auch emotional oder ideell motiviert sein, zum Beispiel durch das Ausleben von Hass, Rachegefühlen oder Boshaftigkeit (Nationale Ethikkommission, 2005, S. 9).

Daraus ergibt sich im internationalen Vergleich eine liberale rechtliche Regelung, auch wenn diese weniger Ergebnis politischer Reformen als vielmehr Ausdruck einer historisch entstandenen Gesetzeslücke ist (Feichtner & Wasl, 2022, S. 263 ff). Die Praxis der Suizidassistenten ist damit in der Schweiz auch für nicht-ärztliche Personen legal möglich, sofern die Hilfeleistung nicht auf Eigennutz abzielt. Dieses rechtliche Umfeld hat zur Entstehung und Etablierung mehrerer privater Suizidhilfeorganisationen geführt, darunter DIGNITAS (gegründet 1998), EXIT, Pegasos und Lifecircle. Diese Organisationen unterstützen suizidwillige Personen unter klar definierten Voraussetzungen und dürfen für ihre Tätigkeit eine kostendeckende Aufwandsentschädigung verlangen (Feichtner & Wasl, 2022, S. 264).

Besonders prägend für die internationale Wahrnehmung war die Gründung von DIGNITAS, die bis Ende 2020 über 3200 Freitodbegleitungen durchgeführt hat, ein erheblicher Anteil davon für Menschen aus dem Ausland. Die Schweiz ist somit zu einem der wenigen Länder geworden, in dem eine legale Freitodbegleitung auch für nicht-schweizerische Staatsangehörige und Menschen ohne Wohnsitz in der Schweiz grundsätzlich möglich ist (Feichtner & Wasl, 2022, S. 264). Die klare Trennung zwischen verbotener aktiver Sterbehilfe (Art. 114 StGB) und erlaubter Suizidassistenten bei altruistischer Motivation bleibt ein zentrales Merkmal der Schweiz (Feichtner & Wasl, 2022, S. 265).

3.2.2 DIGNITAS Schweiz

Der Verein „DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben“ wurde am 17. Mai 1998 von Rechtsanwalt Ludwig A. Minelli in Forch bei Zürich gegründet. Ziel des Vereins ist es, Menschen sowohl ein selbstbestimmtes Leben als auch ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen. Dabei handelt es sich um eine nicht-kommerzielle Organisation nach Schweizer Recht, die sich durch Mitgliedsbeiträge finanziert und sich der Wahrung der Menschenwürde in allen Lebensphasen verpflichtet fühlt (DIGNITAS, k. D.-b).

Die Tätigkeit des Vereins geht weit über die reine Freitodbegleitung hinaus. DIGNITAS bietet umfassende Beratung zu allen Fragen rund um das Lebensende, setzt sich für die Durchsetzung von Patient*innenrechten und Patient*innenverfügungen ein, arbeitet mit Ärzt*innen, Kliniken und weiteren Organisationen zusammen und engagiert sich aktiv in der Rechtsfortentwicklung rund um das Thema Selbstbestimmung und Sterbehilfe. Ein weiterer

Schwerpunkt liegt in der Suizid- und Suizidversuchs-Prävention, was nach eigenen Angaben verdeutlicht, dass der Verein nicht allein auf den Tod, sondern vor allem auf die Auseinandersetzung mit Leidenssituationen und Auswegen daraus fokussiert ist (DIGNITAS, k. D.-b).

Die Philosophie von DIGNITAS ist stark durch eine liberale Grundhaltung geprägt. Jede einzelne Person soll die Freiheit haben, Entscheidungen über ihr Leben und Sterben selbstverantwortlich zu treffen, unabhängig von religiösen, politischen oder gesellschaftlichen Vorstellungen Dritter. Dabei beruft sich der Verein auf die demokratischen und pluralistischen Werte der Schweiz und betont die Bedeutung von Selbstbestimmung, Menschlichkeit und Solidarität gegenüber Schwächeren (DIGNITAS, k. D.-b).

Die Strukturen des Vereins sind klar gegliedert: Die operative Leitung obliegt dem Generalsekretär, unterstützt von einem beratenden Kuratorium, in dem mindestens ein Arzt und ein Jurist vertreten sind. Ein Team von geschulten Mitarbeitenden ist für Beratung, Mitgliederanliegen und organisatorische Abläufe zuständig. Die Freitodbegleitungen werden von erfahrenen Begleiter*innen durchgeführt. Die Leitung von DIGNITAS wird durch Ludwig A. Minelli, Sandra Martino und Silvan Luley übernommen (DIGNITAS, k. D.-b).

Ein Blick auf die Statistik der Mitglieder*innenzahlen zeigt Menschen aus der ganzen Welt die Bestrebungen von DIGNITAS unterstützen und sich die Möglichkeit einer Freitodbegleitung in der Schweiz offen halten wollen. Mit Stand vom 31. Dezember 2024 zählte der Verein weltweit 14.996 Mitglieder aus über 100 Ländern, davon 4.790 aus Deutschland (inkl. DIGNITAS-Deutschland) und 921 aus der Schweiz (DIGNITAS, 2024a). Seit der Gründung wurden bis Ende 2024 insgesamt 4.196 begleitete Suizide durchgeführt, davon 261 bei Personen mit Wohnsitz in der Schweiz und 1.459 bei Personen aus Deutschland (DIGNITAS, 2024b).

3.3 Vergleich zwischen Deutschland und der Schweiz

Die nachfolgende tabellarische Übersicht fasst die wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der rechtlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen des assistierten Suizids in Deutschland und der Schweiz zusammen. Die Darstellung basiert auf den bisherigen Kapiteln 3.1 und 3.2 der Arbeit.

Aspekt	Deutschland	Schweiz
<i>Historischer Kontext</i>	Belastet durch die Erfahrungen des Nationalsozialismus; Einfluss auf heutige	Frühe juristische Offenheit durch Gesetzeslage seit 1942.

	Zurückhaltung und ethische Sensibilität in Bezug auf Sterbehilfe.	
<i>Rechtslage zum assistierten Suizid</i>	Suizidassistenten ist seit dem BVerfG-Urteil erlaubt, wenn sie auf freiverantwortlicher Entscheidung beruht (keine Verpflichtung zur gesetzlichen Neuregelung).	Schon seit 1942 erlaubt, sofern die Hilfe nicht aus selbstsüchtigen Motiven erfolgt (Art. 115 StGB).
<i>Gesellschaftliche Debatte</i>	Teilweise zurückhaltend, geprägt durch ethische Bedenken, rechtliche Unsicherheiten und unzureichende Aufklärung.	Öffentliche Akzeptanz höher aufgrund längerer etablierter Praxis.
<i>Internationale Relevanz</i>	In Deutschland ist Suizidassistenten vor allem eine nationale Debatte.	Schweiz ist Zielstaat für viele ausländische Personen mit Suizidwunsch.

Tabelle 4: Unterschiede und Gemeinsamkeiten der rechtlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen aus der Schweiz und Deutschland (Quelle: Kopehl, Deutscher Bundestag, 2017; Deutscher Bundestag, 2017; Humanistische Union, 2020; Bundesverfassungsgericht, 2020; Feichtner & Wasl, 2022; DIGNITAS, k.D.; DIGNITAS, 2024a; DIGNITAS, 2024b; forsa, 2024, eigene Darstellung)

Während in Deutschland die rechtliche Liberalisierung des assistierten Suizids vor allem durch ein richterliches Urteil erfolgte und noch immer mit Unsicherheiten in der Umsetzung verbunden ist, zeichnet sich die Schweiz durch eine langjährige, gesellschaftlich akzeptierte Praxis aus. Die Schweiz nimmt durch ihre lange gesetzlich etablierte Praxis und Offenheit eine Vorreiterrolle ein. In Deutschland zeigt sich nach einer forsa Umfrage von 2024 ein deutliches Informationsdefizit: Nur 15 % der Befragten wissen, dass assistierter Suizid in Deutschland erlaubt ist, 83 % halten ihn fälschlicherweise für strafbar (forsa, 2024, S.5). Auch fühlen sich insgesamt 55 % der Befragten wenig oder gar nicht gut über die Themen der Sterbehilfe und des assistierten Suizids informiert (forsa, 2024, S.4). Diese Diskrepanz zwischen rechtlicher Realität und gesellschaftlicher Wahrnehmung weist darauf hin, dass sich der assistierte Suizid in Deutschland bislang nicht als selbstverständliche Praxis etabliert hat.

4 Spannungsfelder zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung

Die Begleitung am Lebensende stellt hohe Anforderungen und kann zu Spannungen zwischen Palliativversorgung und assistiertem Suizid führen. Dieses Kapitel beleuchtet zentrale Spannungsfelder: Das ethische und psychosoziale Spannungsfeld, das auch das professionelle Spannungsfeld mit einschließt, sowie das gesellschaftliche Spannungsfeld, und untersucht, ob eine Koexistenz beider Konzepte möglich und sinnvoll ist.

4.1 Ethisches Spannungsfeld: Autonomie und Fürsorge

Ein zentrales Spannungsfeld im Umgang mit dem Lebensende liegt in der ethischen Abwägung zwischen dem Prinzip der Autonomie und dem Prinzip der Fürsorge. Beide können in der medizinethischen Theorie nach Beauchamp und Childress (2019) als Grundlage dienen und prägen sowohl die Palliativversorgung als auch die Diskussion um den assistierten Suizid. In der Praxis kann es insbesondere dann zu Zielkonflikten kommen, wenn ein autonom geäußerter Wunsch zu sterben mit dem professionellen Selbstverständnis der Fürsorge kollidiert. Die Palliativversorgung stellt vor allem das Fürsorgeprinzip in den Vordergrund. Ziel ist es, Schmerzen zu lindern, Leiden zu minimieren und Lebensqualität zu erhalten und das unabhängig von der verbleibenden Lebenszeit (DGP, 2020, S. 40). Die Haltung zielt auf das Wohl der Patient*innen, berücksichtigt aber auch deren Autonomie bei Therapieentscheidungen und Wünschen am Lebensende. Spannungen entstehen, wenn ein Sterbewunsch trotz palliativer Angebote geäußert wird und das Behandlungsteam abwägen muss, ob Fürsorge Lebensverlängerung oder das Respektieren des Sterbewunsches bedeutet.

Das Fürsorgeprinzip nach Beauchamp (2021) fordert, dass anderen aktiv geholfen werden soll, ihre legitimen Interessen zu verwirklichen und Schaden zu vermeiden (S. 78-79). In der medizinischen Praxis bedeutet das, Patient*innen nicht nur passiv vor Schaden zu bewahren, sondern ihnen aktiv zu helfen. Dies umfasst also z.B. die Linderung von Schmerz im palliativen Kontext. Beauchamp betont jedoch auch, dass das Prinzip der Fürsorge nicht immer über dem Prinzip der Schadensvermeidung oder anderen moralischen Pflichten stehen muss. Es besteht ein Spannungsfeld zwischen dem moralischen Ideal der Fürsorge und der Abwägung konkreter Umstände. In bestimmten Situationen kann es nach Braun (2024) geboten sein, den Wunsch nach einem assistierten Suizid bei anhaltendem Leiden zu respektieren, weil eine fortgesetzte Lebensverlängerung als zusätzlicher Schaden empfunden werden kann (S. 179). Im Gegensatz dazu rückt der assistierte Suizid das Prinzip der Autonomie klar in den Mittelpunkt. Der Fokus liegt hier auf der selbstbestimmten Entscheidung über das eigene Lebensende. Das Konzept der Autonomie wird dabei, in Anleh-

nung an Hirsch (2023), nicht idealisiert verstanden. Hirsch beschreibt Autonomie als situativ, graduell und nicht an perfekte Bedingungen geknüpft (S.14 ff). Auch Menschen, die krank, abhängig oder in schwierigen Lebenslagen sind, können autonom entscheiden, solange ihr Entschluss absichtsvoll, verständlich und frei von äußerem Zwang erfolgt. In Kapitel 2.5 dieser Arbeit wurde der Begriff der sozial-relativen Autonomie nach Hirsch (2023) genutzt, um deutlich zu machen, dass Selbstbestimmung immer in einem sozialen Umfeld stattfindet. Im weiteren Verlauf wird dieses Verständnis weiterentwickelt und unter dem Begriff der relationalen Autonomie gefasst. Dies ist ein weiterer Ansatz, der die soziale Eingebundenheit und die wechselseitigen Einflüsse innerhalb von Beziehungen und Kontexten stärker berücksichtigt. Ein solches Verständnis relationaler Autonomie wird auch im systematischen Review von Gómez-Vírveda, de Maeseneer und Gastmans (2020) aufgegriffen. Anhand eines Fallbeispiels zeigen die Autor*innen, dass die klassische, individualistisch geprägte Autonomie in der Praxis am Lebensende oft nicht ausreicht, um der Komplexität realer Entscheidungssituationen gerecht zu werden (S. 2-3). Stattdessen schlagen sie ein relationales Autonomiekonzept vor, das emotionale, soziale und biografische Faktoren berücksichtigt. Anhand des Beispiels eines schwerkranken Patienten verdeutlichen sie, dass Sterbewünsche im Verlauf von Krankheit und Betreuung starken Veränderungen unterliegen können, beeinflusst durch Hoffnung, Angst, Nähe, Isolation oder spirituelle Krisen (S. 4-6). Daraus ergibt sich, dass Autonomie nicht als statisch und isoliert verstanden werden sollte, sondern individuell als prozesshaft und eingebettet in zwischenmenschlichen Dynamiken (S. 7 ff). Folgende Abbildung zeigt eine eigene Darstellung der relationalen Autonomie in Anlehnung an Gómez-Vírveda et al. (2020):

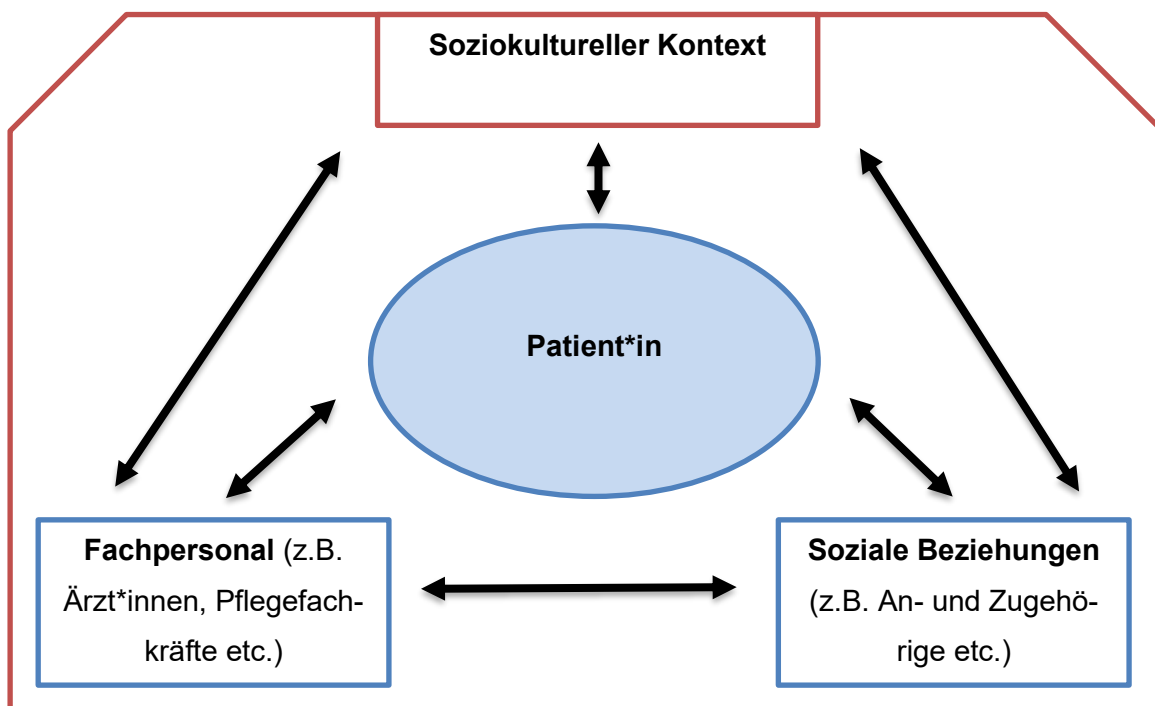


Abbildung 1: Relationaler Ansatz zur Patient*innenautonomie bei Entscheidungen am Lebensende (Quelle: Gómez-Vírveda et al., 2020, eigene Darstellung)

Die Abbildung 1 stellt die Grundidee relationaler Autonomie im Kontext von Entscheidungen am Lebensende dar. Im Zentrum steht dabei der/die Patient*in, welche aktiv mit zwei zentralen Bereichen im Zusammenhang steht: Dem Gesundheitswesen (z. B. Ärztinnen, Pflegefachkräfte) und dem sozialen Umfeld (z. B. An- und Zugehörige). Diese beiden Systeme stehen in wechselseitiger Beziehung zueinander und beeinflussen gemeinsam das Erleben und Handeln der betroffenen Person. Autonomie wird in dieser Darstellung nicht als isolierte Entscheidungsfreiheit verstanden, sondern als Ergebnis eines dynamischen Zusammenspiels zwischen Beziehungen, institutionellen Rahmenbedingungen und persönlichen Erfahrungen (Gómez-Vírveda et al., 2020, S. 7 ff). Der soziokulturelle Kontext, symbolisiert durch das rote Rechteck, bildet den Rahmen für alle Interaktionen. Er prägt also Beziehungen, Erwartungen und Entscheidungsprozesse, etwa durch kulturelle Vorstellungen von Autonomie, familiärer Verantwortung oder gesellschaftliche Normen im Umgang mit dem Lebensende. Ein relationales Autonomieverständnis nimmt diese komplexen Wechselwirkungen ernst. Es erkennt an, dass Selbstbestimmung nicht im luftleeren Raum entsteht, sondern in sozialen und kulturellen Gefügen, und dass Fürsorge gerade darin bestehen kann, diesen Raum mitzugestalten, um eine reflektierte und möglichst selbstbestimmte Entscheidung am Lebensende zu ermöglichen (S. 7).

Ausgehend von diesem Verständnis relationaler Autonomie lässt sich ableiten, dass es eine hilfreiche ethische Perspektive bietet, um die unterschiedlichen Zielsetzungen von Palliativversorgung und assistiertem Suizid zu betrachten. Während die Palliativversorgung eher fürsorgeorientiert ist und das Ziel verfolgt, Leiden zu lindern und bis zum natürlichen Tod zu begleiten, kann sie im relationalen Sinne auch Autonomie fördern. Dies kann vollzogen werden, indem sie Raum für Gespräche über Sterbewünsche schafft oder durch eine sichere, vertrauensvolle Beziehung die Entscheidungsfähigkeit stärkt.

In ähnlicher Weise lässt sich der assistierte Suizid neu einordnen: Obwohl er auf Selbstbestimmung fokussiert ist, bedeutet das in relationaler Perspektive nicht die Abwesenheit von Fürsorge. Vielmehr erfordert er eine Begleitung, die die Entscheidungsprozesse im sozialen, emotionalen und institutionellen Kontext ernst nimmt. Die Anwendung des relationalen Autonomieverständnisses macht deutlich, dass beide sowohl Chancen als auch Herausforderungen in Bezug auf Selbstbestimmung und Fürsorge beinhalten. Und das trotz unterschiedlicher Ausrichtungen. Demnach kann in dieser Perspektive Fürsorge bedeuten, den Prozess der Entscheidungsfindung aktiv zu begleiten, nicht, indem man entscheidet, was richtig ist, sondern indem Raum geschaffen wird, in dem autonome Entscheidungen überhaupt möglich werden. Dieses Verständnis unterstützt die Annahme, dass sich Autonomie und Fürsorge nicht gegenseitig ausschließen, sondern einander bedingen können.

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Überlegungen lassen sich auch konkrete Spannungsmomente in der Praxis benennen. So kann es in der Palliativversorgung etwa zu

Konflikten kommen, wenn ein geäußelter Sterbewunsch als Ausdruck psychischer Belastung gedeutet und daher nicht ernst genommen wird, während die betroffene Person ihn als wohlüberlegt und autonom empfindet. Die professionell gelebte Fürsorge kann hier unbeabsichtigt auch zum paternalistischen Schutz werden, der eine tatsächliche Selbstbestimmung einschränkt (Hirsch, 2020, S. 225). Umgekehrt besteht auch im Kontext des assistierten Suizids die Gefahr, dass ein formell autonom geäußelter Wunsch nicht ausreichend auf seine soziale Entstehung hin reflektiert wird. Die Anwendung relationaler Autonomie macht deutlich, dass etwa emotionale Krisen, Einsamkeit, Beziehungsdynamiken oder kulturelle Vorstellungen über Alter und Lebenswert mitbedacht werden müssen. Nur so kann zwischen einer begleiteten Selbstbestimmung und einer isolierten, möglicherweise vermeidbaren Entscheidung differenziert werden. Wie solche Sterbewünsche geäußert, wahrgenommen und verstanden werden, hängt stark von der Kommunikation im Versorgungsalltag ab. Auf diesen Aspekt wird die Autorin dieser Arbeit im nächsten Kapitel genauer eingehen.

Auf Grundlage der zuvor beschriebenen theoretischen Überlegungen und der eigenen Deutung lässt sich das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge wie folgt für die Autorin konkretisieren:

- **In der Palliativversorgung** zeigt sich Fürsorge vor allem durch die aktive Linderung von Leid. Gleichzeitig kann ein geäußelter Sterbewunsch als Ausdruck psychischer Belastung interpretiert und dadurch entwertet werden. Dies birgt die Gefahr, dass die Fürsorge unbeabsichtigt in einen paternalistischen Schutz übergeht und tatsächliche Selbstbestimmung einschränkt.
- **Im assistierten Suizid** steht die Selbstbestimmung im Vordergrund. Wird Autonomie dabei jedoch zu einseitig verstanden, losgelöst von sozialen, emotionalen oder biografischen Faktoren, besteht das Risiko, dass eine formell autonome Entscheidung nicht ausreichend auf ihre Entstehung hinterfragt wird. In solchen Fällen fehlt es unter Umständen an fürsorglicher Begleitung.
- **Ein relationales Autonomieverständnis** kann helfen, dass sich Autonomie und Fürsorge gegenseitig bedingen. Es geht davon aus, dass Autonomie immer in Beziehungen, Lebensumstände oder institutionelle Rahmenbedingungen eingebettet ist. In diesem Sinne kann Fürsorge auch bedeuten, Entscheidungsräume zu eröffnen, Unsicherheiten mitzutragen und damit zu einer reflektierten Selbstbestimmung beitragen.

- **Zentrale Bedeutung hat dabei die Kommunikation.** Wie Sterbewünsche im Versorgungsalltag geäußert, aufgegriffen und verstanden werden, kann darüber entscheiden, ob Autonomie und Fürsorge im Einklang stehen oder in Konflikt geraten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Autonomie und Fürsorge keine Gegensätze im klassischen Sinne sind, sondern zwei Prinzipien, die im Spannungsfeld des Lebensendes immer wieder neu ausbalanciert werden müssen. In der Palliativversorgung bedeutet das, auch dann zuzuhören, wenn Menschen nicht mehr leben wollen. Beim assistierten Suizid darf die Betonung der Autonomie nicht dazu führen, dass Fürsorge unterbleibt. Selbst wenn die Selbstbestimmung im Mittelpunkt steht, sollten Fachpersonen nicht einfach nur ausführen, was gewünscht wird. Sie sollen Entscheidungen begleiten, vor übereilten Schritten schützen und prüfen, ob etwa palliative Angebote Alternativen bieten können. Beide Prinzipien können sich ergänzen, wenn sie im Dialog stehen.

4.2 Psychosoziales Spannungsfeld: Sterbewünsche

Das Erleben, Äußern und der professionelle Umgang mit Sterbewünschen bilden ein zentrales Element im psychosozialen Spannungsfeld zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung. Im folgenden Abschnitt wird beleuchtet, welche Bedeutung Sterbewünsche für Betroffene haben können und welche Herausforderungen sich daraus für Fachpersonen im Versorgungskontext ergeben.

4.2.1 Ausdruck und Bedeutung von Sterbewünschen

Ein differenzierter Blick auf geäußerte Sterbewünsche von Patient*innen zeigt, dass diese Wünsche keineswegs eindimensional oder zwangsläufig Ausdruck eines konkreten Suizidvorhabens sind. Dies untersuchten Ohnsorge, Gudat & Rehmann-Sutter (2014) in einer qualitativen Studie unheilbar an Krebs erkrankter Patient*innen im palliativen Setting aus der Schweiz. Es handelt sich häufig um Aussagen, deren Bedeutungen sich nur durch eine vertiefte Betrachtung der dahinterliegenden Intentionen, Motivationen und psychosozialen Kontexte erschließen lässt (S.12). Die Forschenden untersuchten in 30 Fallanalysen die subjektiven Dimensionen solcher Sterbewünsche, indem insgesamt 116 halbstrukturierte Interviews ausgewertet wurden (S. 1-2).

Sie entwickelten ein analytisches Modell, das Sterbewünsche in Ebenen differenziert, die in der folgenden Abbildung 2 ersichtlich werden (S. 3-4):

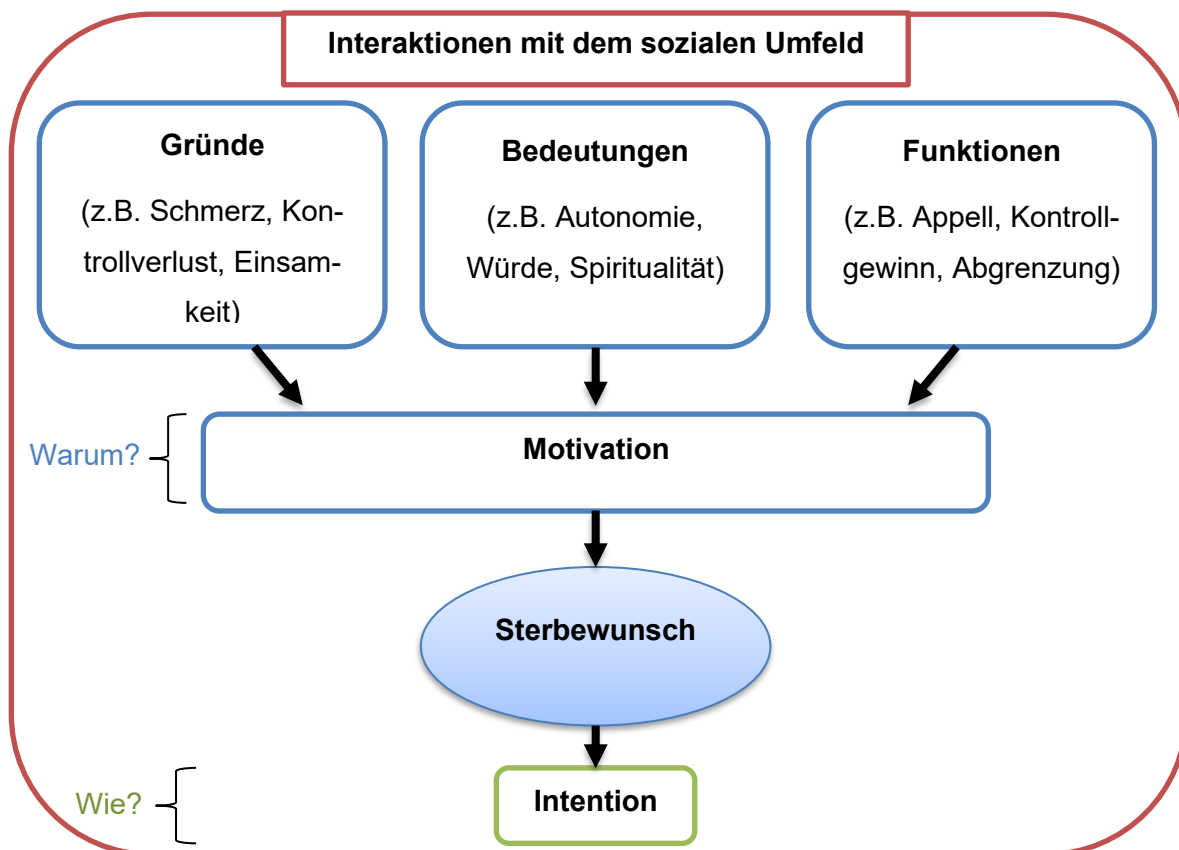


Abbildung 2: Modell zur Analyse eines geäußerten Sterbewunsches im sozialen Kontext (Quelle: Ohnsorge et al., 2014, eigene Darstellung)

Die **Intention** eines geäußerten Sterbewunsches, in grün dargestellt (Abbildung 2), beschreibt dabei die Zielrichtung oder Ausrichtung des Wunsches, was die betroffene Person konkret mit ihrer Aussage meint oder ausdrücken möchte. Ohnsorge et al. (2014) identifizierten mehrere Arten solcher Intentionen, darunter explizite Suizidwünsche, hypothetische Erwägungen „Wenn es schlimmer wird, dann...“, sowie Wünsche nach einem natürlichen, baldigen Tod ohne aktive Lebensverkürzung (S. 3). Diese Unterscheidung verdeutlicht, dass viele Sterbewünsche nicht unbedingt eine akute Handlungsintention im Sinne eines Suizidwunsches darstellen, sondern auch Ausdruck existenzieller Auseinandersetzungen mit der eigenen Endlichkeit sein können.

Die **Motivation** eines Sterbewunsches unterteilt sich in „Gründe“, „Bedeutung“ und „Funktion“ (blauer Rahmen) in der Abbildung 2. Die Gründe umfassen konkrete Belastungsfaktoren wie Schmerzen, Erschöpfung oder das Gefühl, eine Last für andere zu sein (S. 4). Die Bedeutungen beziehen sich auf subjektive Sinnzuschreibungen, wie der Wunsch nach Kontrolle, Autonomie oder spirituelle Deutung (S. 4). Die Funktion eines Sterbewunsches besteht darin, Wirkung auf das eigene Gefühlserleben oder das Umfeld auszuüben, beispielsweise durch einen Appell nach Unterstützung, die Wiederherstellung von Kontrolle oder als Ausdruck von Beziehungsgestaltung (S. 4).

Diese drei Dimensionen ergeben gemeinsam die Motivation für den **Wunsch zu sterben** und machen deutlich, dass ein Sterbewunsch als Resultat eines komplexen Zusammenspiels von inneren Beweggründen und sozialen Wechselwirkungen verstanden werden kann.

Die rote Umrahmung der Abbildung 2 macht deutlich, dass das gesamte Geschehen in einem **sozialen Kontext** stattfindet. Interaktionen mit Angehörigen, Pflegenden und anderen Bezugspersonen beeinflussen sowohl die Entstehung als auch die Formulierung und Deutung eines Sterbewunsches. Ohnsorge et al. (2014) beschreiben, dass Sterbewünsche auch eine funktionale Wirkung auf andere entfalten können, etwa um ein Gespräch anzustoßen oder emotionale Reaktionen hervorzurufen (S. 4).

Diese Analyse macht deutlich, dass Sterbewünsche weit mehr sind als Symptome pathologischer Zustände oder Ausdruck einer klaren Suizidabsicht. Vielmehr handelt es sich häufig um komplexe, ambivalente Phänomene, die eng mit psychosozialen, existenziellen und kommunikativen Faktoren verknüpft sind. Die Studie liefert damit eine zentrale empirische und theoretische Grundlage für ein vertieftes Verständnis von Sterbewünschen im palliativmedizinischen Kontext und unterstreicht die Notwendigkeit, diese Wünsche im Gespräch ernst zu nehmen, differenziert einzuordnen und individuell zu begleiten.

Nachdem bereits zentrale Intentionen und Bedeutungen geäußerter Sterbewünsche beleuchtet wurden, folgt nun eine ergänzende Perspektive: Eine aktuelle Studie zeigt, aus welchen Gründen Menschen in Deutschland Suizidassistentz in Erwägung ziehen. Eine aktuelle retrospektive Studie von Batzler, Melching, Schallenburger, Schwartz, Neukirchen & Bausewein (2023) analysierte 53 telefonische Anfragen an die DGP, in denen sich Patient*innen oder Angehörige über Möglichkeiten der Suizidassistentz erkundigten. Ziel der Untersuchung war es, Beweggründe für diese Anfragen zu identifizieren sowie die Wirkung einer suizidpräventiven Beratung zu erfassen. Die häufigsten genannten Motive waren körperliches Leiden, Angst vor Autonomieverlust, das Gefühl sozialer Isolation sowie eine als aussichtslos empfundene Lebenssituation (S.1, 3). Auffällig war, dass nur etwa ein Viertel der Anfragenden zuvor mit Angehörigen über ihren Wunsch gesprochen hatten und viele kaum über palliative Alternativen informiert waren. So waren beispielsweise die SAPV-Dienste, freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit oder palliative Sedierung weitgehend unbekannt (S.1). Lediglich 3,8 % der Anrufenden wollten nach dem Beratungsgespräch ihren Wunsch nach Suizidassistentz weiterverfolgen (S.1). Dies legt nahe, dass der Wunsch nach assistiertem Suizid häufig kein stabiler Ausdruck einer unumkehrbaren Entscheidung ist, sondern vielmehr auf einem Informationsdefizit, einer Krisensituation oder einem diffusen Belastungserleben basieren kann.

Auch wenn die Studie von Batzler et al. (2023) nur eine kleine Fallzahl umfasst und methodisch eher eingeschränkt ist, vor allem, weil es sich um retrospektive Auswertungen kurzer telefonischer Erstkontakte handelt, liefert sie dennoch wichtige Hinweise auf reale Anfragen zur Suizidassistenz in Deutschland. Die Beweggründe werden nur oberflächlich erfasst und nicht tiefgehend analysiert, was die Aussagekraft einschränkt. Trotzdem zeigt die Studie deutlich, dass viele Menschen aus Unsicherheit, Belastung oder mangelndem Wissen über palliative Alternativen heraus einen Sterbewunsch äußern und nicht unbedingt, weil sie eine feste Entscheidung getroffen haben. Damit ergänzt die Studie von Batzler et al. (2023) das Modell zur Analyse von Sterbewünschen von Ohnsorge et al. (2014) gut. Während letzteres also die komplexen Bedeutungen und psychosozialen Funktionen von Sterbewünschen zeigt, macht die Studie von Batzler et al. (2023) deutlich, wie diese Wünsche in der Praxis oft spontan, ambivalent und von fehlender Aufklärung geprägt sind.

Für diese Arbeit zeigt sich anhand des Modells von Ohnsorge et al. (2014) deutlich, wie komplex und vielschichtig geäußerte Sterbewünsche sein können und wie schwierig es ist, sie eindeutig vom Wunsch nach assistiertem Suizid abzugrenzen. Beide Wunschäußerungen können auf ähnliche Belastungen oder Motivationslagen zurückgehen, unterscheiden sich aber deutlich in ihrer Intention und der konkreten Umsetzung. Das Modell macht dabei klar: Ein Sterbewunsch bedeutet nicht automatisch, dass jemand aktiv sterben möchte oder Maßnahmen zur Lebensverkürzung einleiten will.

Neben dem äußeren Spannungsfeld zwischen Palliativversorgung und assistierten Suizid offenbaren sich daher im Umgang mit Sterbewünschen innere Spannungsdimensionen, etwa zwischen dem geäußerten Wunsch und der dahinterliegenden Intention sowie zwischen den individuellen Beweggründen und der sozialen Wirkung solcher Aussagen. Fachpersonen tragen hierbei eine besondere Verantwortung, um situativ geäußerte, ambivalente Wünsche von stabilen Suizidabsichten unterscheiden zu können. Das Modell von Ohnsorge et al. (2014) kann dafür eine wertvolle Grundlage liefern und unterstützt die professionelle Reflexion im Umgang mit Sterbewünschen generell und im palliativen Setting.

Aus diesem Spannungsfeld ergibt sich schließlich die Frage, wie mit geäußerten Sterbewünschen umgegangen wird, zwischen empathischer Begleitung und der Möglichkeit, dem Wunsch nach Lebensverkürzung nachzukommen. Dieser Aspekt wird im folgenden Unterkapitel näher beleuchtet

4.2.2 Umgang mit Sterbewünschen

Wenn Patient*innen einen Sterbewunsch äußern, sollte das immer als eine Art „rote Flagge“ verstanden werden, also als ein deutliches Signal, welches höchste Aufmerksamkeit, Sensibilität und professionelle Kompetenz erfordert (Feichtner, 2022, S. 8-9). In solchen Situa-

tionen kommt es darauf an, nicht zu bagatellisieren oder vorschnell nach Lösungen zu suchen. Vielmehr kann es für Betroffene von großer Bedeutung sein, ihre Gefühle überhaupt aussprechen zu dürfen und damit gehört zu werden (Feichtner, 2022, S. 9). Ein geäußelter Sterbewunsch braucht daher einen respektvollen, offenen und wertfreien Umgang.

Internationale Studien belegen, dass Pflegefachpersonen häufig als erste mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid konfrontiert werden. Eine kanadische Metaanalyse von Pesut, Thorne, Greig, Fulton, Janke & Vis-Dunbar (2019) analysierte qualitative Studien aus verschiedenen Ländern mit legaler oder teilweise legalisierter Sterbehilfe und kam zu dem Schluss, dass Pflegekräfte eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung, Kommunikation und emotionalen Verarbeitung solcher Anfragen spielen und häufig als erste Ansprechperson für Patient*innen gelten (S. 217). Diese Studie basiert zwar auf einem anderen rechtlichen Kontext, ist jedoch auch für den deutschsprachigen Raum relevant, da sie universelle Herausforderungen wie ethische Dilemmata, Unsicherheit in der Rollendefinition und psychosoziale Belastungen für Fachkräfte aufzeigt.

Ähnliche Befunde liefert eine niederländische Studie von van Bruchem-van de Scheur, van der Arend, Abu-Saad, van Wijmen, Spreuwwenberg & Meulen (2008). In der Studie gaben rund 45,1 % der befragten Pflegefachkräfte an, als erste Person auf einen Sterbewunsch angesprochen worden zu sein, und 59,5% waren während der Entscheidungsphase involviert (S.1618-1619). Gleichzeitig berichteten viele von emotionaler Belastung, ethischen Konflikten und unklarer Rollenzuweisung im interprofessionellen Setting (Bruchem-van de Scheur et al., 2008, S.1620-1621). Obwohl diese Daten bereits älter sind und sich auf das niederländische Gesundheitssystem beziehen, bleiben sie mangels aktueller quantitativer Studien im deutschsprachigen Raum weiterhin relevant. Sie verdeutlichen strukturelle Versäumnisse und eine hohe Belastung für Pflegenden, die sich oft zwischen den Erwartungen von Patient*innen, ärztlichen Entscheidungen und eigenen ethischen Maßstäben bewegen müssen, was das Spannungsfeld zwischen individuellen Werthaltungen, professionellen Anforderungen und institutionellen Vorgaben deutlich macht. Zwischen Nähe und Abgrenzung, zwischen Fürsorgepflicht und Achtung der Autonomie, zwischen emotionalem Engagement und professioneller Haltung sowie zwischen institutioneller Verantwortung und persönlicher Ethik.

Die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen (2024) beschreibt dieses Spannungsfeld treffend als ein Konflikt aus Überforderung, fehlender Vorbereitung und moralischem Druck (S. 3). Ein geäußelter Sterbewunsch oder die Bitte um Suizidassistenz bringt Pflegenden daher oft in einen inneren Konflikt mit ihrem eigenen berufsethischen Selbstverständnis (S. 3). Insbesondere dann, wenn ihre Werte, Erfahrungen und das, was institutionell erlaubt oder erwartet wird, nicht miteinander übereinstimmen.

Empfehlungen im Überblick

DIGNITAS:

Das Beratungskonzept von DIGNITAS ist ergebnisoffen und ganzheitlich ausgerichtet. Im Vordergrund steht ein menschenwürdiges Leben, ein begleiteter Suizid wird erst erwogen, wenn alle anderen Optionen ausgeschöpft sind (DIGNITAS, 2014, S. 11). Die Beratung umfasst nicht nur medizinische Aufklärung, sondern auch Hinweise zu Palliativpflege, Krisenintervention, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten (S. 8-9). Alle Anfragen werden individuell und wertfrei behandelt, basierend auf fünf Prinzipien: Zuhören, offene Kommunikation, keine Pathologisierung, Enttabuisierung des Suizids und ergebnisoffene Aufklärung. Ziel ist es, Selbstbestimmung und Lebensqualität zu fördern und die Person an ihrem emotionalen und existenziellen Standpunkt abzuholen (S. 9-10).

DGP-Empfehlung:

Die DGP lehnt die Durchführung von Suizidhilfe als Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung ab, steht dabei jedoch für eine respektvolle Auseinandersetzung mit Todeswünschen von Patient*innen ein (DGP, 2021, S. 29). Eine aktive Unterstützung, wie etwa das Bereitstellen tödlicher Medikamente, wird nicht gefördert und bleibt institutionell und individuell umstritten. Dennoch sei das Ergebnis einer respektvollen Begleitung, also dass ein/e Patient*in den Suizid eigenständig vollzieht, zu tolerieren (DGP, 2021, S.29). In der Praxis bedeutet das nach der DGP, zuzuhören, ohne vorschnell zu bewerten, und gemeinsam mit den Betroffenen zu erkunden, was hinter dem Wunsch steht (S. 30). Die DGP erkennt an, dass Mitarbeiter*innen mit ethischen Dilemmata konfrontiert sein können und fordert Möglichkeiten zur Haltungsklärung, z. B. über Teamsitzungen, Fortbildungen und Supervision (S. 29). Auch Einrichtungen sollen klare Rahmenbedingungen für den Umgang mit Suizidhilfe definieren. Selbst wenn das Palliativteam nicht mitwirken möchte, sollte geklärt sein, ob und wie es im Notfall oder bei einem Meinungswechsel erreichbar bleibt (S. 31).

FGPG-Empfehlung:

Die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) betont in ihrer Empfehlung für Deutschland, Schweiz, Österreich und Luxemburg die zentrale Bedeutung einfühlsamer Kommunikation beim Umgang mit Sterbewünschen (Fachgesellschaft Palliative Geriatrie, 2023, S. 9). Nur durch Zuhören, Verstehen und eine vertrauensvolle Beziehung lassen sich die Signale hinter einem geäußerten Wunsch richtig deuten. Außerdem hebt die FGPG hervor, wie wichtig ein sicherer Umgang mit Begriffen wie assistierter Suizid, Therapiezieländerung, Sterbebegleitung und Suizidprävention ist (S. 10-11). Eine klare Sprache soll Orientierung für Fachkräfte sowie Betroffene und Angehörige schaffen. Die FGPG betont auch die Rolle der Einrichtungen, die eine reflektierte Haltung entwickeln und offen kommunizieren sollen, ob und in welchem Rahmen sie Suizidassistenz dulden oder ablehnen. Mitarbeiter*innen

sollen durch Fortbildungen, Supervision und ethische Reflexion unterstützt werden (S. 11-12). Zudem verweist die FGPG auf das Spannungsfeld zwischen rechtlicher Zulässigkeit und palliativer Haltung und empfiehlt, Alternativen wie palliative Sedierung oder den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit mitzudenken und anzubieten (S. 13-15).

Gemeinsamkeiten und Unterschiede:

Alle drei Empfehlungen betonen die Bedeutung einer offenen, wertfreien Kommunikation sowie die Wichtigkeit einer klaren institutionellen Haltung. Unterschiede zeigen sich vor allem in der Haltung zur Suizidassistenz: DIGNITAS sieht sie als legitime Option der Selbstbestimmung, die DGP lehnt aktive Beteiligung strikt ab, während die FGPG eine Zwischenposition einnimmt. Auch die Konkretheit variiert: DIGNITAS bietet ein klares Handlungskonzept, während die DGP eher vage bleibt.

Kritischer Blick auf die Umsetzung in der Praxis:

Auch wenn alle Empfehlungen auf Kommunikation und Begleitung setzen, bleibt in der praktischen Umsetzung vieles unklar. Die DGP formuliert keine konkreten Grenzen: Was dürfen Fachkräfte noch begleiten und ab wann wird daraus Mitwirkung? Die FGPG überlässt es Einrichtungen, ob sie Kooperationen mit Suizidorganisationen zulassen, was zu Unsicherheit führt, besonders in konfessionellen Trägerschaften. Und das DIGNITAS-Konzept basiert nicht auf wissenschaftlicher Evidenz, sondern auf Praxisnähe, was die systematische Bewertung erschwert. Fachpersonen stehen dadurch oft vor einem Dilemma: Sie wollen empathisch begleiten, fühlen sich aber rechtlich und institutionell allein gelassen. Die Empfehlungen geben Orientierung, lösen aber das Spannungsfeld zwischen professioneller Verantwortung, ethischen Werten und institutionellen Vorgaben nicht vollständig auf.

Ein verbindendes Element zwischen den Empfehlungen der DGP, FGPG und DIGNITAS ist jedoch, dass sie alle anerkennen, dass ein Sterbewunsch mehrdimensional ist und eben nicht nur als reine Entscheidung für den Tod und gegen das Leben verstanden werden sollte. Damit greifen sie zentrale Gedanken des Modells von Ohnsorge et al. (2014) auf, welches Sterbewünsche als Ausdruck existenzieller Erfahrungen wie Kontrollverlust, Belastung, Beziehungsmangel oder Angst deutet (Abbildung 2). Besonders DIGNITAS betont in seiner Beratung die individuelle Lebensrealität und setzt auf wertfreie Gespräche. Aber auch die DGP und FGPG zielen mit ihren Empfehlungen auf eine Haltung, die nicht vorschnell bewertet. In diesem Sinne lassen sich das Analysemodell von Ohnsorge et al. (2014) und die Empfehlungen der genannten Fachgesellschaften durchaus als ergänzende Perspektiven begreifen. Wissenschaftlich fundiert auf der einen, praxisorientiert auf der anderen Seite. Beide Ebenen zusammen können helfen, Sterbewünsche professionell, empathisch und differenziert zu begleiten.

4.3 Gesellschaftliches Spannungsfeld: Wahrnehmung und Akzeptanz

Eine aktuelle forsa-Umfrage im Auftrag der DGHS zeigt, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland dem Thema des assistierten Suizids grundsätzlich offen gegenübersteht: 84 % der Befragten finden es gut oder sehr gut, dass es erlaubt ist, einem Menschen, der sich nach sorgfältiger Überlegung für den Tod entschieden hat, beim Suizid durch Bereitstellung eines Medikaments zu helfen (forsa, 2024, S. 6). Gleichzeitig zeigt sich aber auch ein deutliches Spannungsfeld zwischen dieser Zustimmung und dem tatsächlichen Wissen über die Rechtslage. Nur 15 % wissen, dass der assistierte Suizid in Deutschland derzeit nicht strafbar ist, 83 % gehen fälschlicherweise davon aus, er sei verboten (S. 5). Auch wenn ein großer Teil der Bevölkerung dem assistierten Suizid prinzipiell zustimmt, bestehen Unsicherheiten darüber, was erlaubt ist, welche Bedingungen gelten und wo Unterstützung möglich wäre. Das wird auch durch die Tatsache unterstrichen, dass sich 55% der Menschen in Deutschland weniger gut oder überhaupt nicht gut über Sterbehilfe informiert fühlt (S. 4). Vor diesem Hintergrund erscheint es auch naheliegend, dass viele Menschen gar nicht wissen, dass es mit DIGNITAS Deutschland eine Organisation gibt, die Freitodbegleitungen bereits aktuell in Deutschland legal anbietet.

Im Vergleich dazu wirkt der gesellschaftliche Diskurs in der Schweiz offener und der Zugang klarer geregelt. In einer repräsentativen Querschnittstudie von Blanc, Meier, Gamondi, Maurer, Schmid und Jox (2025) wurden die Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zur Suizidbeihilfe untersucht. Es handelt sich um eine repräsentative Querschnittsstudie, bei der 1.523 Personen ab 58 Jahren mittels strukturierter Online-Fragebögen im Jahr 2019-2020 befragt wurden (S. 2). Die Ergebnisse zeigen, dass 81% der Befragten Schweizer*innen ab 58 Jahren den legalen Zugang zum assistierten Suizid befürworten, 63% konnten sich vorstellen selbst danach zu fragen und 9% der Befragten waren selbst schon Mitglied eines Sterbehilfevereins (S. 3-4). Ergänzend wurde auch die Bedeutung von Patient*innenverfügungen betrachtet, die als Instrument zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts geschätzt werden (S. 4). Im Rahmen eines Praktikums in der ambulanten Palliativversorgung in der Schweiz machte die Autorin dieser Arbeit die persönliche Erfahrung, dass im Erstgespräch mit Patient*innen standardisiert erfragt wurde, ob eine Mitgliedschaft in einem Sterbehilfeverein besteht. Der ambulante Palliativdienst selbst bietet keine Beratung zum assistierten Suizid an, verhält sich jedoch neutral gegenüber dem Thema. Allein die Aufnahme dieser Frage in den Anamnesebogen kann als Hinweis verstanden werden, dass der assistierte Suizid in der Schweiz im Versorgungskontext der Palliativversorgung zumindest weniger tabuisiert thematisiert wird als in Deutschland.

Dagegen zeigte sich jedoch in einer Studie von Vilpert, Borasio & Maurer (2022) ebenfalls Wissensdefizite bezüglich des assistierten Suizids und der Palliativversorgung der älteren Bevölkerung in der Schweiz. Die Studie untersucht, wie gut ältere Menschen in der Schweiz

über die Palliativversorgung und assistierten Suizid informiert sind, sowie deren soziodemografische Daten. Grundlage war eine schriftliche Befragung von 2.199 befragten Personen ab 55 Jahren in der Schweiz (Vilpert et al., 2022, S. 2). Rund 65,6% gingen fälschlicherweise davon aus, dass Sterbehilfe in der Schweiz illegal sei (S. 3). Nur 10,5% der Befragten erkannten korrekt, dass die Aussage, Palliativversorgung bedeute den Abbruch aller medizinischen Maßnahmen und die Verabreichung von Morphin zur Gewährleistung eines friedlichen Todes, falsch ist (S. 3). Außerdem wussten lediglich 25,7% der Befragten, dass Palliativversorgung in einem frühen Krankheitsverlauf beginnen sollte und sie das Leben deutlich verlängern kann (S. 3). Im Gegensatz dazu wurde der Bereich der Patient*innenverfügung vergleichsweise besser beantwortet (S. 3). Ältere Erwachsene zeigten insgesamt ein geringeres Wissen über Palliativversorgung und assistierten Suizid als jüngere Befragte (S. 4). Auch regionale Unterschiede wurden deutlich. Personen aus der französisch- und italienischsprachigen Schweiz schnitten im Vergleich zur deutschsprachigen Bevölkerung schlechter ab (S. 4). Dies kann unter anderem auf kulturelle Unterschiede im Umgang mit Tod und Sterben zurückgeführt werden (S. 7). Zudem zeigt die Studie erhebliche Wissenslücken zur Palliativversorgung: Ein Großteil der Befragten konnte grundlegende Aussagen nicht korrekt einordnen. Diese Defizite bestehen trotz früherer Bemühungen auf nationaler Ebene, die Palliativversorgung bekannter zu machen (S. 6). Insgesamt deutet die Studie auf ein uneinheitliches Wissensniveau hin, das sowohl alters- als auch sprachregionenspezifische Unterschiede aufweist. Darüber hinaus war das Wissen bei Frauen sowie bei Befragten mit höherem Bildungsniveau tendenziell größer (S. 6). Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass ausschließlich ältere Personen befragt wurden. Die Ergebnisse lassen daher keine Rückschlüsse auf die gesamte Schweizer Bevölkerung zu und bilden nur einen begrenzten gesellschaftlichen Ausschnitt ab.

Ein weiteres gesellschaftliches Spannungsfeld besteht im Zugang zur Suizidassistenz, die sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland mit teils finanziellen Hürden verbunden sein kann. In der Schweiz fällt bei DIGNITAS eine einmalige Aufnahmegebühr von 220 CHF sowie ein jährlicher Mitgliedsbeitrag von mindestens 80 CHF an (DIGNITAS, 2023, S. 1). Die Kosten für eine Freitodbegleitung belaufen sich in der Regel auf rund 7.500 CHF. Soll DIGNITAS zusätzlich Bestattungsfragen und Behördengänge übernehmen, erhöht sich der Betrag auf etwa 11.000 CHF (DIGNITAS, 2023, S. 14). In Deutschland liegt die Aufnahmegebühr bei 120 Euro, der monatliche Mitgliedsbeitrag bei 20 Euro. Für Personen unter 40 Jahren gibt es vergünstigte Beiträge mit 70 Euro Aufnahmegebühr und einem Monatsbeitrag von 11 Euro (DIGNITAS Deutschland e.V., 2020, S. 7).

In beiden Ländern besteht zwar die Möglichkeit einer Ermäßigung oder eines Erlasses der Beiträge, sofern wirtschaftliche Gründe vorliegen. Dies muss jedoch individuell mit DIGNI-

TAS abgesprochen und vereinbart werden (DIGNITAS, 2023, S. 14). Auch wenn Organisationen wie DIGNITAS in Fällen wirtschaftlicher Not finanzielle Ermäßigungen ermöglichen, kann bereits die Notwendigkeit, einen entsprechenden Antrag zu stellen, eine psychische Barriere darstellen. Eine Studie von Gladstone, Jachimowicz, Greenberg & Galinsky (2021) zeigt, dass Scham ein zentrales Gefühl bei finanzieller Not ist, was maßgeblich das Verhalten beeinflusst. Auf Basis von sechs Teilstudien mit insgesamt über 9.000 Teilnehmer*innen kommen die Autor*innen zu dem Ergebnis, dass Schamgefühle häufiger auftreten als solche der Schuld oder der Angst und wesentlich stärker mit Rückzugsverhalten verbunden sind (S. 44-45). Die Autor*innen sprechen von einem Kreislauf, also einer Negativspirale: Scham verhindert aktives Handeln, was die Lage verschlimmert, was wiederum zu noch mehr Scham führt (S. 43). Übertragen auf den Zugang zu Angeboten wie das von DIGNITAS bedeutet dies, dass auch wenn eine Ermäßigung formal möglich ist, allein die Antragsstellung selbst mit Scham verbunden sein kann. Die Betroffenen könnten daher potenziell auf einen Erlass oder eine Ermäßigung der Kosten verzichten, selbst wenn sie formal Anspruch darauf hätten, oder eine Freitodbegleitung gar nicht erst in Betracht ziehen. Demnach könnten administrative Hürden nicht nur bürokratisch, sondern auch emotional als belastend erlebt werden. Damit stellt sich nicht nur die Frage nach formaler Gleichbehandlung, sondern auch nach der tatsächlichen Zugänglichkeit. Ein Aspekt mit einer Bedeutung für die Wahrung von Selbstbestimmung. Es bleibt unklar, wie bekannt die Möglichkeit eines Kostenerlasses überhaupt ist. Eine offenere Kommunikation und Aufklärung könnten den Zugang erleichtern, wirft jedoch auch ethische Fragen auf. Etwa, ob dadurch die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme einer Freitodbegleitung sinkt. Dieses Spannungsfeld bedarf weiterer wissenschaftlicher Auseinandersetzung.

Neben der Wahrnehmung in der Bevölkerung beeinflusst auch die Haltung medizinischer Fachverbände die gesellschaftliche Debatte um den assistierten Suizid. In einer gemeinsamen Pressemitteilung vom Juni 2023 äußerten sich die Bundesärztekammer, das Nationale Suizidpräventionsprogramm, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie sowie die DGP kritisch zu den damaligen Gesetzesentwürfen im Bundestag. Die Fachverbände betonten, dass Suizidassistenz nicht in einem standardisierten Verfahren geregelt werden dürfe und warnten davor, dass dies zu einem „Sterben nach Checkliste“ führen könne (DGP, 2023, S. 2). Sie forderten stattdessen eine differenzierte gesetzliche Regelung, die Beratung, psychiatrische Abklärung und Suizidprävention in den Mittelpunkt stellt (S. 1-2).

Im direkten Vergleich wird deutlich, dass das gesellschaftliche Spannungsfeld in Deutschland größer ist als in der Schweiz. Auch wenn viele Menschen in Deutschland grundsätzlich offen für das Thema sind, fehlen oft Wissen, Orientierung und ein klarer gesellschaftlicher

Umgang damit. Der assistierte Suizid wird häufig noch tabuisiert, und die Unsicherheit darüber, was erlaubt ist und wie man überhaupt Unterstützung bekommen könnte, ist laut der bereits zitierten forsa Umfrage groß (forsa, 2024, S. 5). In der Schweiz ist das Thema gesellschaftlich eher akzeptiert, was auch daran liegt, dass individuelle Autonomie vor allem am Lebensende einen hohen Stellenwert hat (Blanc et al., 2025, S.7).

4.4 Professionelles Spannungsfeld: Rollenkonflikte und Belastungen

Eine qualitative Studie von Mathews, Hausner, Avery, Hannon, Zimmermann & al-Awamer (2020) untersucht, wie Fachkräfte in der kanadischen Palliativversorgung die Einführung von „Medical Assistance in Dying“ (MAiD) erleben und welche Auswirkungen dies auf ihre berufliche Rolle und den Versorgungsalltag hat. MAiD bezeichnet den ärztlich assistierten Suizid, wie er in Kanada gesetzlich geregelt ist. Die Befragung von 48 Personen verschiedener Berufsgruppen der Palliativversorgung erfolgte nach der Legalisierung 2016 und beleuchtet somit ein Versorgungssystem, in dem Palliativversorgung und assistierter Suizid parallel bestehen mit der Forschungsfrage „Welchen Einfluss hat die ärztliche Sterbehilfe auf die Palliativversorgungspraxis von Ärzt*innen und Pflegefachkräfte in Kanada?“ (S.448).

Die Ergebnisse zeigen, dass viele Befragte ihre berufliche Rolle durch die Einführung von MAiD als grundlegend verändert empfinden. Einige berichten dabei auch von einem Wandel in der Haltung innerhalb der Palliativversorgung. Während es anfangs teils starke Ablehnung seitens einigen Palliativmediziner*innen gegenüber MAiD gab, entwickelte sich mit der Zeit mehr Offenheit (S.451). Selbst Fachpersonen, die das Konzept zunächst entschieden abgelehnt hatten, zeigen inzwischen Verständnis und erkennen an, dass MAiD als ergänzendes System neben der Palliativversorgung unter bestimmten Bedingungen bestehen kann (S.451).

Die Autor*innen identifizierten sechs zentrale Themen, die MAiD als Spannungsfeld zur Palliativversorgung verdeutlichen:

- 1. MAiD als alternative Form des Sterbens:** Während einige MAiD als kontrollierten und würdevollen Sterbeprozess empfinden, sehen andere darin einen „kalten“ Weg, besonders wenn Angehörige diesen nicht mittragen können (Mathews et al., 2020, S.450).
- 2. Herausforderungen der Symptomkontrolle:** Aus Angst, durch Sedierung die Entscheidungsfähigkeit der Patient*innen zu gefährden, wurde diese oft eingeschränkt. Dies führte zu einer Verschlechterung der Symptomkontrolle und zu emotionaler Belastung bei Behandelnden (S. 450).

3. Kommunikative Dilemmata:

Es bestand Unsicherheit darüber, ob das aktive Thematisieren als manipulativer Impuls verstanden werden könnte, besonders bei vulnerablen Patientengruppen. Eine Pflegekraft formulierte dies als „Balanceakt auf dem Drahtseil“ (Mathews et al., 2020, S. 450). Dies verweist auf ein ethisches Spannungsfeld zwischen Information, Autonomie und Fürsorge.

4. Emotionale Belastung der Behandelnden:

Viele berichten von erheblichem Stress, Gewissenskonflikten oder Stigmatisierungsangst. Zugleich erlebten manche MAiD auch als erfüllend (S. 451).

5. Veränderung der Beziehung zwischen Palliativteam und Patient*innen:

Einige Patient*innen assoziierten Palliativversorgung automatisch mit MAiD, was zu Misstrauen führte, insbesondere bei ablehnenden Patient*innen (S. 451).

6. Ressourcenkonflikte:

MAiD bringt erheblichen Zeit- und Personalaufwand mit sich, was mitunter zulasten anderer Patient*innen ging (S. 451-452).

Während Palliativversorgung klassisch auf die Linderung von Leiden ohne Lebensverkürzung ausgerichtet ist, bedeutet MAiD eine direkte Mitwirkung am Sterbeprozess. Einige Fachpersonen sehen dies als sinnvolle Erweiterung im Sinne der Autonomie der Patient*innen, andere empfinden es als Widerspruch zu ihrem berufsethischen Selbstverständnis und befürchten soziale Stigmatisierung (S. 451). Die Studie zeigt, dass MAiD im Arbeitsalltag spürbare Spannungen erzeugt, zwischen Autonomie, berufsethischen Normen und systemischen Herausforderungen (S. 451-452).

Kritisch anzumerken ist, dass die Ergebnisse auf subjektiven Eindrücken beruhen und im kanadischen Kontext entstanden sind und somit nicht stellvertretend für weitere Länder mit gleichem oder ähnlichem Konzept vergleichbar ist. Dennoch liefert die Untersuchung wertvolle Einblicke in die Auswirkungen von Suizidassistenz auf die professionelle Identität in der Palliativversorgung.

Für die deutsche Debatte bietet die Studie dennoch wichtige Impulse, da auch in dieser Arbeit die Frage besteht, ob Suizidassistenz künftig eingebettet werden kann, ohne das Leitbild der Palliativversorgung aus dem Gleichgewicht zu bringen.

Auch in Deutschland sehen sich Fachpersonen mit ähnlichen Spannungsfeldern konfrontiert. Es liegen inzwischen erste Erkenntnisse zum Umgang von Pflegefachkräften mit assistiertem Suizid vor. Die qualitative Interviewstudie von Flügge, Kirchner, Seeger & Meyer

(2024) untersuchte die Perspektiven von 13 Pflegefachkräften aus 6 verschiedenen stationären Langzeitpflegeeinrichtungen im Jahr 2022. Ziel der Studie war es, die Einstellung in der stationären Langzeitpflege in Bezug zum assistierten Suizid und dessen Erfahrungen diesbezüglich zu erfassen (Flügge et al., 2024, S. 86). Die Ergebnisse zeigen ein professionelles Spannungsfeld, das durch emotionale, ethische und strukturelle Unsicherheiten geprägt ist. Die Pflegefachkräfte berichten von einer hohen emotionalen Belastung, insbesondere durch die Angst, ungewollt in einen rechtlich problematischen Bereich zu geraten (S. 88-89). Viele Befragte äußerten den Wunsch, dass Bewohner*innen sich mit ihrem Suizidwunsch intensiv auseinandersetzen und nicht in akuten Krisen entscheiden sollten (S. 88). Diese Erkenntnis zeigt, wie herausfordernd und unsicher der Umgang mit geäußerten Sterbewünschen in der pflegerischen Praxis sein kann. Sie unterstreicht die dargestellte Schwierigkeit, zwischen einem ernsthaften Suizidwunsch und einer momentanen Krisenreaktion zu unterscheiden, sowie die sensible Rolle der Pflegefachkraft zur Reflexion anzuregen, ohne dabei zu beeinflussen.

Gleichzeitig erleben Pflegefachkräfte durch fehlende rechtliche Regelungen und institutionelle Leitlinien ein Gefühl der Hilflosigkeit. Sie wissen nicht, was erlaubt ist, wie weit ihre Rolle reicht und wie sie professionell angemessen reagieren können (S. 89-90). Das Spannungsfeld zeigt sich auch darin, dass viele Pflegekräfte nicht unbedingt eine aktive Mitwirkung an einem assistierten Suizid leisten wollen, was von verschiedenen Faktoren beispielsweise dem Fachwissen, der Glaubens- und Religionszugehörigkeit und die Beziehung zu den Bewohner*innen abhängt (S. 89-90). Die Autor*innen betonen, dass ein hoher Aufklärungs- und Informationsbedarf der Pflegefachkräfte in stationären Langzeitpflegeeinrichtung besteht, sowie der Wunsch nach klaren rechtlichen Regelungen (S. 91).

Insgesamt verdeutlicht die Studie von Flügge et al. (2024), dass sich auch in Pflegeeinrichtungen ein berufsethisches Spannungsfeld aufbaut, das dem in der spezialisierten Palliativversorgung ähnelt: Zwischen empathischer Nähe, professioneller Abgrenzung und struktureller Orientierungslosigkeit entsteht ein hoher Bedarf nach klaren Rahmenbedingungen, um Pflegefachpersonen nicht zu überfordern und Patient*innen gleichzeitig gerecht zu werden.

Ergänzend zu diesen Einblicken liefert eine Online-Umfrage von Schwartz, Batzler, Schallenburger, Scherg, Jansen, Meier, Küppers, Melching, Grabenhorst, Nehls, Bausewein & Neukirchen (2024) Einblicke über die Haltungen, Erfahrungen und Informationsstände von Mitgliedern der DGP im Umgang mit assistiertem Suizid. Befragt wurden insgesamt 991 Palliativfachpersonen (Ärzt*innen und Pflegefachkräfte) über eine Online-Erhebung im Zeitraum Juli bis September 2023 (S. 143).

Die Befragten schätzten ihre Kenntnisse zur Unterscheidung von assistiertem Suizid, freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) sowie Tötung auf Verlangen selbst ein. Fast alle (98%) gaben an, diese drei Konzepte voneinander abgrenzen zu können (Schwartz et al., 2024, S. 143). Bei konkreten Wissensfragen zur rechtlichen Einordnung ergaben sich jedoch Unsicherheiten: Die Ergebnisse zeigten, dass 23,1% der Befragten der DGP fälschlicherweise davon ausgingen, dass der assistierte Suizid in Deutschland verboten sei (S. 143). Rund 51,5% konnten sich vorstellen, in eine Suizidassistenz involviert zu sein, jedoch lehnten 82,4% eine Mitwirkung bei nicht palliativen Situationen ab (S. 144).

Ein Großteil der Befragten gab an, bereits mehrfach Patient*innen mit einem geäußertem Todeswunsch betreut zu haben: 38% sehr häufig, 33% häufig und 18,2% gelegentlich (S. 144). Etwa 28 % sprachen ihre Patient*innen sehr häufig aktiv auf mögliche Todeswünsche an, bei 25 % geschah dies häufig, bei 22 % gelegentlich (S. 144). Etwa 58 % der Teilnehmenden sehen das Gesundheitspersonal als die richtige Ansprechgruppe, wenn es um die Entscheidung zur Zulässigkeit eines assistierten Suizids geht. 25,1% der Befragten Ärzt*innen und 14,2% der Pflegefachkräfte wurden bereits mehr als zehnmal im Laufe ihres bisherigen Berufslebens um Mithilfe beim assistierten Suizid gebeten (S. 145).

Die Befragten der DGP wurden ebenfalls zu suizidpräventiven Maßnahmen befragt: 41,5 % meinten, ihre Aufgabe solle sich auf Suizidprävention beschränken, während 47 % fanden, dass sie darüber hinausgehen sollte. Bei den genannten Maßnahmen zur Suizidprävention wurden am häufigsten palliativmedizinische Versorgung (26,8 %), gezielte Sedierung bei schwerem Leid (23,7 %), das Beenden lebensverlängernder Maßnahmen (21,6 %) und die Unterstützung beim FVET (16,3 %) genannt. Nur wenige (5,8 %) sahen eine Informationsweitergabe über Suizidassistenz und 1,9 % die Kontaktaufnahme zu Sterbehilfeorganisationen als Teil suizidpräventiver Maßnahmen an (S. 145).

Die Umfrage von Schwartz et al. (2024) macht deutlich, dass unter den befragten Mitglieder*innen der DGP trotz öffentlicher Debatte weiterhin Wissenslücken zur rechtlichen Lage des assistierten Suizids bestehen. Dies unterstreicht einen gewissen Aufklärungsbedarf und den Wunsch nach einer gesetzlichen Regelung, was 71% der Befragten der DGP äußerten (S. 144). Es verdeutlicht also, dass viele Fachpersonen klare Rahmenbedingungen als Grundlage für ihr professionelles Handeln benötigen, auch zum eigenen rechtlichen Schutz, und dies zeigt ein Bedürfnis nach Sicherheit.

Die Studie weist selbst darauf hin, dass ihre Aussagekraft durch die niedrige Rücklaufquote (18 %) begrenzt ist und Ergebnisse eher als Trend zu werten sind. Dennoch liefern sie wertvolle Impulse für die deutsche Debatte. Es braucht rechtlich abgesicherte Handlungsspielräume, gezielte Weiterbildungen und klare Zuständigkeiten, um dem professionellen Spannungsfeld in der Palliativversorgung gerecht zu werden.

Ein Blick in die Schweiz, in der der assistierte Suizid seit vielen Jahrzehnten legal und gesellschaftlich mehr etabliert zu sein scheint, verdeutlicht, dass auch selbst dort Herausforderungen im professionellen Umgang bestehen. Eine Interviewstudie von Gamondi, Borsio, Oliver, Preston & Payne (2017) beleuchtete, wie 23 Palliativärzt*innen in der Schweiz mit Anfragen zum assistierten Suizid umgehen und deren Perspektiven. Ziel war es, ihre Erfahrungen, Einschätzungen und Handlungsspielräume im Kontext eines Landes zu erfassen, in dem Suizidassistenten legal und gesellschaftlich etabliert ist (S. 2). Die Interviews wurden halbstrukturiert geführt und thematisch ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass Anfragen zum assistierten Suizid in der Praxis durchaus regelmäßig vorkommen. Viele der befragten Ärzt*innen gaben jedoch an, für solche Situationen weder speziell ausgebildet noch institutionell ausreichend vorbereitet zu sein (S. 4-5). Die Mehrheit der Befragten entwickelte individuelle Umgangsweisen, die meist auf empathischer Kommunikation und der Klärung der Hintergründe des Suizidwunsches basieren. Darüber hinaus orientierten sie sich an den Richtlinien der eigenen Institution, Vorgehensweisen der Vorgesetzten, den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) oder der eigenen persönlichen Wahrnehmung (S. 5). Häufig boten sie Alternativen, wie eine Intensivierung der Palliativversorgung oder psychologische Unterstützung, an. Nur wenige erklärten sich grundsätzlich bereit, bei einem assistierten Suizid mitzuwirken aus Angst vor beruflicher Stigmatisierung (S. 5).

Ein zentrales Spannungsfeld liegt auch hier in der Rollendefinition: Die Mehrheit der Befragten sah assistierten Suizid nicht als Bestandteil ihrer ärztlichen Aufgabe, jedoch äußerten auch alle befragten Palliativmediziner*innen die Patient*innenbesuche von Sterbehilfevereinen nicht zu behindern (S. 3). Die Mehrheit der befragten Palliativmediziner*innen war der Auffassung, dass eine engere Kooperation zwischen der Palliativmedizin und Sterbehilfeorganisationen den Bedürfnissen der Patient*innen am besten gerecht werden würde, eine Minderheit lehnten einen Kontakt zu Sterbehilfevereinen ab (S. 5). Diese Rollenkonflikte führten zu inneren Unsicherheiten und emotionalen Belastungen von Fachkräften. Obwohl das Schweizer System im internationalen Vergleich als rechtlich klar gilt, offenbart die Studie ebenfalls einen deutlichen Mangel an struktureller Integration und verbindlicher Aus- und Weiterbildung für Palliativfachpersonen, wie auch in Deutschland.

Gamondi et al. (2017) schließen aus den Ergebnissen der Befragung, dass die Schweizer Palliativmediziner*innen dem Umgang mit Anfragen zum assistierten Suizid weiterhin als schwierig empfinden. Sie betonen die Notwendigkeit einer klar definierten Rolle und fachlicher Kompetenz, die eine eigene ethische Haltung berücksichtigen (Gamondi et al., 2017, S. 7). Es wird ebenfalls deutlich, dass es mehr institutionelle Verankerungen, Schulungen und insbesondere Kommunikationskompetenzen braucht, um sowohl die Autonomie der

Neele Bergmann

Patient*innen zu wahren, als auch eine ärztliche Verantwortung und professionelle Begleitung sicherzustellen (Gamondi et al., 2017, S. 7). Auch in einem rechtlich liberalen Land wie der Schweiz zeigt sich somit ein deutliches professionelles Spannungsfeld, das dem in Deutschland oder Kanada in vielerlei Hinsicht ähnelt und eine klare Rollenverteilung sowie strukturelle Unterstützung für Fachpersonen erforderlich macht.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass die Spannungsfelder zwischen assistiertem Suizid und Palliativversorgung komplex und vielschichtig sind. Ziel war es, die Möglichkeit einer Koexistenz kritisch zu reflektieren. Diese kann prinzipiell möglich sein, erfordert jedoch eine bewusstere Auseinandersetzung mit ethischen Prinzipien, Zielkonflikten und praktischen Rahmenbedingungen.

Ein zentrales Spannungsfeld ergibt sich im Verhältnis von Autonomie und Fürsorge. Zwar ist die Palliativversorgung dem Fürsorgeprinzip besonders verpflichtet und auf Leidenslinderung, Lebensqualität und ganzheitliche Begleitung ausgerichtet, achtet dabei jedoch auch die Autonomie der Patient*innen. Hier zeigt sich ein Spannungsfeld zur Suizidassistenz, die den Fokus stärker auf das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen legt. Die Analyse zeigt, dass diese Prinzipien in der Praxis häufig als gegensätzlich wahrgenommen werden und zu ethischen Dilemmata führen. Spannungen entstehen dann, wenn Sterbewünsche geäußert werden. Hier stellt sich die Frage, ob es fürsorglich ist, das Leben zu erhalten, oder ob es fürsorglich sein kann, den Wunsch nach einem selbstbestimmten Tod zu respektieren. Das Konzept der relationalen Autonomie bietet hier einen Ansatz, um Fürsorge als notwendige Grundlage von Selbstbestimmung zu verstehen, ohne dabei paternalistische Grenzen zu setzen. Damit wird deutlich, dass Autonomie und Fürsorge sich nicht ausschließen, sondern sich gegenseitig bedingen können. Fachpersonen sind dabei gefordert, Entscheidungsräume zu eröffnen, Unsicherheiten zu begleiten und auch mit Entscheidungen umzugehen, die sie persönlich herausfordern.

Das psychosoziale Spannungsfeld macht deutlich, wie wichtig eine sensible Deutung von Sterbewünschen ist. Diese sind häufig Ausdruck komplexer Belastungen und dürfen nicht vorschnell pathologisiert oder einseitig als Suizidwunsch interpretiert werden. Studien wie Flügge et al. (2024) zeigen, dass Fachpersonen hier oft unsicher sind und mehr strukturelle Unterstützung benötigen. Notwendig sind Supervision und Fortbildungen, die auch die eigene Haltung kritisch beleuchten. Nur so kann eine Begleitung gelingen, die den Bedürfnissen der Patient*innen gerecht wird.

Auch das gesellschaftliche Spannungsfeld weist strukturelle Herausforderungen auf. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Bevölkerung von Deutschland sowie auch bei Pflegefachkräften und Ärzt*innen und selbst in der palliativen Versorgung tätigen Fachkräfte eine erhebliche Wissenslücke über die rechtliche Lage des assistierten Suizids besteht. Und auch in der Schweiz zeigt sich trotz der langjährigen Legalisierung des assistierten Suizids weiterhin Aufklärungsbedarf, da auch dort, besonders bei älteren Menschen, erhebliche Wissenslücken bestehen, wie die Studie von Vilpert et al. (2022) deutlich macht. Viele der Be-

fragten hielten Sterbehilfe fälschlich für illegal oder konnten zentrale Inhalte der Palliativversorgung nicht korrekt einordnen. Obwohl die Studie nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist und regionale sowie kulturelle Unterschiede in der Schweiz eine Rolle spielen, verdeutlicht sie dennoch, dass eine lange rechtliche Etablierung nicht automatisch gesellschaftliches Wissen und Sicherheit mit sich bringt. Diese Wissenslücken können informierte Entscheidungen am Lebensende erschweren und zu Unsicherheiten beitragen. Gleichzeitig wird Information teils bewusst zurückhaltend vermittelt, um Schutz zu bieten, ein Vorgehen, das paternalistische Elemente enthält und die Autonomie der Betroffenen einschränken kann. Eine neutrale und zugängliche Aufklärung ist daher entscheidend, um Wahlfreiheit tatsächlich zu ermöglichen. Darüber hinaus wirft die Finanzierung von Freitodbegleitungen wie beispielsweise bei DIGNITAS, die Frage nach sozialer Gerechtigkeit auf. Finanzielle Hürden können dazu führen, dass nicht alle Menschen gleichermaßen Zugang haben, was bislang nur unzureichend in der gesellschaftlichen und fachlichen Debatte thematisiert wird.

Das professionelle Spannungsfeld macht deutlich, dass Unsicherheiten nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle Ursachen haben. Fehlende Schulungsangebote, unklare institutionelle Rahmenbedingungen und Rechtsunsicherheiten erschweren es Fachpersonen, Patient*innen kompetent und sensibel zu begleiten. Dass selbst in spezialisierten Palliativkontexten Wissen über die rechtliche Lage fehlt, unterstreicht einen dringenden Handlungsbedarf. Es bedarf klarer Informationsstrukturen und gezielter Bildungsangebote, um Fachpersonen eine sichere und reflektierte Praxis zu ermöglichen. Ethische Fallbesprechungen, interprofessioneller Austausch und Supervision können dabei wichtige Instrumente sein, um Belastungen zu reduzieren und eine professionelle Haltung zu stärken.

Die internationale Perspektive, insbesondere die Erfahrungen aus Kanada (Mathews et al., 2020), zeigen, dass eine Koexistenz von Palliativversorgung und assistiertem Suizid grundsätzlich möglich ist. Allerdings wird auch deutlich, dass dies hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt. Die Einführung von MAiD brachte neue Aufgaben, emotionale Begleitung, organisatorische Herausforderungen und Unsicherheiten im Team mit sich. Diese zusätzliche Belastung war im bestehenden Personalschlüssel oft kaum aufzufangen. Für Deutschland und die Schweiz ergibt sich daraus, über eine rein rechtliche Zulassung hinauszudenken und auch die notwendigen strukturellen Voraussetzungen zu schaffen. Es geht nicht zwingend um direkte Kooperationen mit Sterbehilfeorganisationen, sondern um eine akzeptierende Koexistenz, in der sich beide Konzepte ergänzen können. Voraussetzung ist, dass Fachpersonen ausreichend geschult, begleitet und entlastet werden.

Diese Arbeit basiert auf einer theoretischen Literaturanalyse und kann die Perspektiven von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen nicht empirisch abbilden. Zukünftige Forschung sollte hier ansetzen und vor allem qualitative Studien durchführen, die die Deutung

geäußelter Sterbewünsche, Unterstützungsbedarfe und interkulturelle Unterschiede beleuchten. Auch die Möglichkeit der Integration des Themas in pflegerische und medizinische Ausbildungscurricula bleibt eine Frage, die es zukünftig zu untersuchen und zu klären gilt. Trotz dieser Begrenzungen konnte die Arbeit aufzeigen, dass eine reflektierte Koexistenz von Palliativversorgung und assistiertem Suizid möglich ist, vorausgesetzt, Spannungsfelder werden ernst genommen, aufgearbeitet und Kommunikationsräume geschaffen, um ein professionelles Handeln auf einer ethischen Grundlage möglich zu machen. Dies setzt jedoch eine Aufklärung auf professioneller und gesellschaftlicher Ebene voraus, um den hohen Wissensdefiziten entgegenzuwirken.

6 Fazit

Die vorliegende Arbeit hat sich mit den Spannungsfeldern zwischen Palliativversorgung und assistiertem Suizid befasst und untersucht, ob und wie beide Konzepte nebeneinander bestehen können. Anhand einer Analyse aus verschiedenen Perspektiven wurde deutlich, dass es sich dabei um ein vielschichtiges und sensibles Themenfeld handelt. Die Ergebnisse zeigen: Eine Koexistenz ist grundsätzlich möglich, erfordert jedoch eine reflektierte und differenzierte Auseinandersetzung, sowohl auf individueller als auch auf institutioneller und vor allem gesellschaftlicher Ebene.

Im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge wurde deutlich, dass diese Prinzipien nicht zwangsläufig im Widerspruch stehen, sondern sich gegenseitig bedingen können. Ein sensibler Umgang mit geäußerten Sterbewünschen setzt voraus, dass Fachpersonen nicht nur Leiden lindern, sondern auch Entscheidungsräume eröffnen und Unsicherheiten aushalten.

Auch die gesellschaftliche Wahrnehmung stellt eine Herausforderung dar: Trotz der rechtlichen Zulässigkeit des assistierten Suizids in Deutschland besteht sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch bei Fachpersonen weiterhin große Unsicherheit oder gar Unwissenheit.

Professionelle Spannungsfelder zeigen sich unter anderem durch Überforderung, ethische Dilemmata und fehlende Orientierung in der Praxis. Die Analyse internationaler Studien, insbesondere aus Kanada belegt: Eine Integration von Suizidassistenz in bestehende Versorgungsmodelle kann gelingen, vorausgesetzt, es werden strukturelle Ressourcen geschaffen, Rollen klar definiert und Teams gezielt unterstützt.

Insgesamt zeigt sich, dass Lösungswege nur komplex möglich sind. Vielmehr sind diese Spannungsfelder eine herausfordernde Dynamik, die ständige ethische Reflexion, fachliche Weiterentwicklung sowie gesellschaftliche Kommunikation erfordert. Die Autorin dieser Arbeit sieht in der Auseinandersetzung mit assistiertem Suizid keine rein medizinethische Frage, sondern auch eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung. Um Menschen am Lebensende mit Würde, Respekt und professioneller Haltung zu begegnen, braucht es den Mut, schwierige Fragen zuzulassen und die Bereitschaft, ihnen mit Ernsthaftigkeit und Offenheit zu begegnen.

7 Literaturverzeichnis

- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2019). *Principles of biomedical ethics*. (8. Auflage)
Oxford University Press: New York.
- Beauchamp, T. L. (2021). Der ‚Vier-Prinzipien‘-Ansatz in der Medizinethik. In N. Biller-Andorno, S. Monteverde, T. Krones, & T. Eichinger (Hrsg.), *Medizinethik*, 71–89.
Springer Fachmedien Wiesbaden. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_4
- Batzler, Y.N., Melching, H., Schallenburger, M., Schwartz, J., Neukirchen, M., Bausewein, C. (2023). *Reasons for wanting assisted suicide - a retrospective evaluation of telephone inquiries*. In *Deutsches Ärzteblatt*, 120, Zugriff am 05.06.2025. Verfügbar unter DOI 10.3238/arztebl.m2023.0178
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C., Maurer, J., & Jox, R. J. (2025). *Preparing for the end-of-life: Public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland*. *BMC Palliative Care*, 24(1), 118. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01758-7>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025). *Versorgung für Schwerstkranke und Sterbende*. Zugriff am 24.05.2025. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/leistungen-der-pflegeversicherung/schwerstkranke-und-sterbende.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2022). *Sterblichkeit und Todesursachen – Suizide und assistierte Suizide 1969–2022* [Datenblatt]. Neuchâtel. Zugriff am 28.06.2025. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/23446122>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2023). *Todesursachenstatistik 2023: Suizide in der Schweiz*. Neuchâtel. Zugriff am 28.06.2025. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/health/state-health/mortality-causes-death/specific.html>
- Bundesverfassungsgericht. (2020). *Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15*. Zugriff am 12.05.2025. Verfügbar unter

https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html

Braun, E. (2024). Fürsorge und Autonomie als normative Grundlagen von assistiertem Suizid. In C. Bozzaro, G., & C. Rehmann-Sutter (Hrsg.), *Ethik des assistierten Suizids: Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen* (1. Aufl., Bd. 5). transcript Verlag. Verfügbar unter <https://doi.org/10.14361/9783839467923>

Deutscher Bundestag. (2017). *Historische Debatten (18): Kontroverse über die Sterbehilfe*. Datum der Veröffentlichung: 23.10.2017. Zugriff am 15.05.2025. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/sterbehilfe-529962>

Deutscher Bundestag. (2023). *Kurzinformation: Zur rechtlichen Einordnung ärztlich assistierter Sterbehilfe*. Wissenschaftliche Dienste, Deutscher Bundestag. Zugriff am 14.05.2024. Verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/967164/1f15d898225f337ebfa048cd468abef7/WD-9-059-23-pdf.pdf>

Deutscher Ethikrat. (2022). *Suizid- Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit- Stellungnahme*. Zugriff am 27.05.2024. Verfügbar unter <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2016). Definitionen zur Hospiz- und Palliativversorgung. In *DGP Glossar*. Zugriff am 13.05.2025. Verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stellungnahmen/DGP_GLOSSAR.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. (2020). *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung – Langversion 2.2*. Zugriff am 12.05.2025. Verfügbar unter <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). (2021). *Hospiz- und Palliativversorgung und der assistierte Suizid. Eine Positionierung der DGP*. Berlin. Zugriff am 12.05.2025. Verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230509_Broschuere_Suizidassistenz_v2.pdf

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). (2023). *Der Suizid darf nicht zur gesell-*

schaftlichen Normalität werden. Pressemitteilung. Zugriff am 19.06.2025. Verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/presse-medien/pressemitteilungen/2023.html>

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). (k. D.). *Informationen für Patienten und Angehörige. Zugriff am 24.05.2025. Verfügbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/neuigkeiten/informationen-fuer-patienten-und-angehoerige.html>*

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS). (2024). *Humanes Leben – Humanes Sterben. Mitgliederzeitschrift 4/2024. Zugriff am 22.05.2025. Verfügbar unter https://www.dghs.de/fileadmin/content/05_aktuelles/magazin/pdfs/HLS_2024-04_gesamt.pdf*

DIGNITAS. (2014). *Die umfassende und ergebnisoffene Beratung von DIGNITAS zur Wahrung der Lebensqualität. Referat FATE – Friends At The End, Projekttag «Doctors and Death», Université de Fribourg, 5. April 2014. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/diginpublic/referat-umfassendeberatung-unifribourg-05042014.pdf>*

DIGNITAS-Deutschland e.V. (o. D.). *Über uns. Zugriff am 23.05.2025. Verfügbar unter <https://www.dignitas.de/>*

DIGNITAS. (o.D.-a). *Begriffe rund um das Thema Suizid und Suizidbegleitung. DIGNITAS - Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben. Zugriff am 22.05.2025. Verfügbar unter: Verfügbar unter http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=31&Itemid=71&lang=de*

DIGNITAS. (o. D.-b). *Vereinsinformationen. DIGNITAS - Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben. Zugriff am 16.05.2025. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/>*

DIGNITAS (2023). *Informationsbroschüre DIGNITAS Schweiz. Zürich: DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben. Zugriff am 22.05.2025. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-d.pdf>*

DIGNITAS. (2024a). *Mitglieder am 31.12.2024 nach Wohnsitzstaat. DIGNITAS - Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben*. Zugriff am 16.05.2025. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2024.pdf>

DIGNITAS. (2024b). *Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitzstaat 1998–2024. DIGNITAS - Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben*. Zugriff am 16.05.2025. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2024.pdf>

DIGNITAS Deutschland e. V. (2020). *Informationsbroschüre DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben (Sektion Deutschland)* (9. Aufl.). Hannover. Zugriff am 18.05.2025. Verfügbar unter <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/digde/digde-informations-broschuere-dignitas-deutschland.pdf>

DIGNITAS - Deutschland e.V. (2023): *Klarstellung der Fakten im Bereich Sterbehilfe*. Berlin, 19.07.2023. Zugriff am 12.05.2025. Verfügbar unter https://www.dignitas.de/uploads/images/PDF/2023-07-20_Klarstellung_der_Fakten_im_Bereich_Sterbehilfe.pdf

Duden (2023). *Palliativ (Adjektiv)*. Zugriff am 14.05.2025. Verfügbar unter <https://www.duden.de/rechtschreibung/palliativ>

Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen. (2024). *Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen oder Bitten um assistierten Suizid. Wahrnehmungs- und Verhaltenshilfen*. Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen, Göttingen. Zugriff am 28.05.2025. Verfügbar unter https://www.pflegeethikkommission-nds.de/wp-content/uploads/2024/08/Empfehlung_PEK-NDS_2024_1-Lang.pdf

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) (2023). *Sterbewünsche: Erkennen – Verstehen – Begleiten*. Geriatriisch-palliative Empfehlungen für Deutschland, Österreich, die Schweiz und Luxemburg. Zugriff am 27.05.2025. Verfügbar unter https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2023/05/GSP-05_Sterbewuensche

Druck.pdf

- Flügge, K., Kirchner, C., Seeger, Y., & Meyer, G. (2024). *Einstellungen von Pflegenden zum assistierten Suizid in der stationären Langzeitpflege: Eine qualitative Interview-Studie*. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 25(02), 85–93. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1055/a-2205-8841>
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu sterben. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S.3-10). Springer. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Feichtner, A., & Wasl, M. (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen*, 263–268. Springer. Verfügbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. (2024). *Assistierter Suizid: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung für die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.* [PDF]. Zugriff am 21.05.2025. Verfügbar unter https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/Forsa_Ergebnisbericht_Assistierter_Suizid.pdf
- Gamondi, C., Borasio, G. D., Oliver, P., Preston, N., & Payne, S. (2017). *Responses to assisted suicide requests: An interview study with Swiss palliative care physicians*. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 9(1), e7–e7. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001291>
- Gómez-Vírveda, C., De Maeseneer, Y., & Gastmans, C. (2020). *Relational autonomy in end-of-life care ethics: A contextualized approach to real-life complexities*. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 50. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00495-1>
- Gladstone, J. J., Jachimowicz, J. M., Greenberg, A. E., & Galinsky, A. D. (2021). *Financial shame spirals: How shame intensifies financial hardship*. *Organizational Behavior*

- case studies of terminally ill cancer patients in palliative care*. BMC Palliative Care, 13(1), 38. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
- Pesut, B., Thorne, S., Greig, M., Fulton, A., Janke, R., & Vis-Dunbar, M. (2019). *Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses' Experiences With Assisted Death: A Synthesis*. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 216–230. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000276>
- Steffen-Bürgi, B. (2017). Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care. In B. Steffen Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde(Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., 40-49. Bern: Hogrefe. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1024/85354-000>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024). *Suizidzahlen für Deutschland 2023* (vorläufige Daten). Wiesbaden. Zugriff am 27.06.2025. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html?templateQueryString=suizide>
- Schwartz, J., Batzler, Y.-N., Schallenburger, M., Scherg, A., Jansen, J., Meier, S., Küppers, R., Melching, H., Grabenhorst, U., Nehls, W., Bausewein, C., & Neukirchen, M. (2024). *Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 68(2), 141–149. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03960-z>
- Thöns, M. (Hrsg.). (2025). *Assistierter Suizid: Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht* (1. Aufl.). W. Kohlhammer. Verfügbar unter <https://doi.org/10.17433/978-3-17-043070-9>
- Wege-Rost, T. (2023). *Medizinisch-ethische Entscheidungsfindung – Beitrag des Klinischen Ethik-Komitees durch Ethikberatung und Erstellung ethischer Leitlinien*. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 118(3), 175–179. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00063-022-00974-w>

World Health Organization. (2002). *WHO Definition of Palliative Care. Übersetzung: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*. Zugriff am 13.05.2025. Verfügbar unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

van Bruchem-van de Scheur, G. G., van der Arend, A. J. G., Abu-Saad, H. H., van Wijmen, F. C. B., Spreeuwenberg, C., & ter Meulen, R. H. J. (2008). *Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses*. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618–1626. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x>

Vilpert, S., Borasio, G. D., & Maurer, J. (2022). *Knowledge Gaps in End-of-Life Care and Planning Options Among Older Adults in Switzerland*. *International Journal of Public Health*, 67, 1604676. Verfügbar unter <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604676>

Anhang

Anhang A: Eidesstattliche Versicherung.....55

Anhang A: Eidesstattliche Versicherung

Eidesstattliche Versicherung gem. § 63 Abs. 5 Hochschulgesetz NRW zu schriftlichen Prüfungsleistungen

1a) Einzelarbeit

Hiermit versichere ich _____ Neele Bergmann _____ an Eides Statt, dass ich die vorliegende Prüfungsleistung selbstständig und ohne fremde Hilfe Dritter angefertigt habe.

Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche kenntlich gemacht. Soweit Software mit generativer Künstlicher Intelligenz für text- oder sonstige Inhalte (Berechnungen in Excel, Bilder, Abbildungen, etc.) genutzt wurden, ist dies kenntlich gemacht und ein entsprechender Verwendungsnachweis (welche Software, welches Anwendungsziel, welche Textstellen, etc.) eingefügt (z. B. im Anhang, Methodenteil)

Des Weiteren erkläre ich, dass die Prüfungsleistung in dieser oder ähnlicher Form noch nicht als Prüfungsleistung eingereicht wurde.

Mir ist bekannt, dass vorsätzliche Verstöße gem. § 63 Abs. 5 Hochschulgesetz NRW als Ordnungswidrigkeit gelten und mit einer Geldbuße bis zu 50.000 Euro geahndet werden können. Im Falle eines mehrfachen oder sonstigen schwerwiegenden Täuschungsversuches kann der Prüfling zudem exmatrikuliert werden.

_____ Münster, 09.07.2025 _____ N. Bergmann

Ort, Datum und Unterschrift:

1b) Ergänzende Erklärung für Gruppenarbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich unter Beachtung der Regelungen in 1a) meinen Beitrag zur vorliegenden Gruppenarbeit (Kapitel)** selbstständig angefertigt und die Bewertung dieser Teile ausschließlich mir zuzurechnen ist.

Ort, Datum und Unterschrift:

* gem. § 12 Abs. 8 und § 15 Abs. 3 des Allgemeinen Teils der Prüfungsordnung der FH-Münster muss der zu bewertende Beitrag der einzelnen Kandidatin oder des einzelnen Kandidaten eindeutig abgrenzbar sein.