

## **Positionspapier „Die pflegerische Begleitung von Personen mit Todeswunsch“**

### **Zusammenfassung**

*Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Februar 2020, wonach die in 2015 eingeführte Strafbarkeit einer geschäftsmäßigen Förderung von Selbsttötungen für verfassungswidrig erklärt wurde, war die Bundesregierung aufgefordert, Neuregelungen zu finden. Da die Begleitung Sterbender eine Aufgabe von Pflegefachpersonen ist, erarbeitete der DPR eine entsprechende Position zum assistierten Suizid. Demnach ist auch die Suizidprävention eine Aufgabe von Pflegefachpersonen, die darin besteht, im interdisziplinären Team bedarfsbezogene, lebensbejahende Alternativen für Menschen mit Todeswunsch zu finden. Eine nationale Suizidstrategie liefert dazu Grundlagen. Gesetzliche Regelungen zu der Möglichkeit einen assistierten Suizid durchzuführen, darf auch vor dem Hintergrund knapper werdender Ressourcen und ökonomischer Restriktionen nicht zu einer Normenverschiebung in der Gesellschaft führen. Bleibt der assistierte Suizid die freie Willensentscheidung einer Person und ist eine Pflegefachperson gefragt, dabei mit Handlungen im gesetzlichen Rahmen zu unterstützen, muss die Durchführung dieser Handlungen ihre freie und unabhängige Entscheidung sein. Fort- und Weiterbildung wie auch pflegewissenschaftliche Forschung sind erforderlich, um Pflegefachpersonen Kompetenzen und Entscheidungsgrundlagen bereitzustellen.*

### **1 Gesetzlicher Hintergrund**

Ziel der im Jahr 2015 eingeführten Strafbarkeit einer geschäftsmäßigen Förderung von Selbsttötungen (§ 217 Strafgesetzbuch) war es, besonders vulnerable Personen mit Todeswunsch zu schützen. In der Debatte ging es insbesondere um die Feststellung eines verfassungswidrigen Strafbestandes der Förderung von Selbsttötung durch gewinnorientierte Unternehmen und Einzelpersonen, die im Bereich der Suizidbeihilfe tätig waren. In der Begründung des Gesetzes wurde ausgeführt, dass die Suizidassistenz als solche nicht unter Strafe zu stellen sei. Vielmehr solle verhindert werden, dass die geschäftsmäßige Förderung durch z. B. Sterbehilfvereine als „Dienstleistungsangebot der gesundheitlichen Versorgung“ fehlinterpretiert und das eigentliche Anliegen verfehlt werde, das gesellschaftliche Bewusstsein für Angebote der Palliativversorgung und Hospizarbeit zu schärfen (Deutscher Bundestag, 2015).

Fünf Jahre später, am 26. Februar 2020, erklärte das Bundesverfassungsgericht eben jenes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe für nichtig und verfassungswidrig. Es begründete seine Entscheidung damit, dass dieses Verbot nicht mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Gemäß dem Urteil bestehe für jeden Menschen ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben und die private oder geschäftsmäßige Mithilfe Dritter. Eine Verpflichtung zur Suizidbeihilfe oder der Anspruch darauf erwachsen jedoch aus diesem Gerichtsurteil nicht.

2023 reagierte der Deutsche Bundestag mit einer neuen Gesetzesinitiative auf das Verfassungsurteil und brachte zwei Gesetzesentwürfe zur Neuregelung ein, die allerdings scheiterten. Gleichzeitig sprach sich die Mehrheit der Abgeordneten für die Stärkung der Suizidprävention aus. Seither geht das Ringen um eine angemessene gesetzliche Regelung weiter.

### *1.1 Häufigkeit von Suiziden*

In Deutschland starben 2023 insgesamt 10.300 Personen durch einen vollendeten Suizid (Destatis, 2024). Im Vergleich zu 2021 (9.215 Suizide) ist demnach die Suizidrate um 9,8 Prozent angestiegen (Destatis, 2023). Dieser Anstieg kann allerdings nicht nur auf die Streichung des § 217 Strafgesetzbuch zurückgeführt werden, sondern geht auf unterschiedliche Ursachen zurück. Nicht erfasst sind bei diesen Zahlen die „nicht gelungenen Suizide“ und die assistierten Suizide, die in Nachbarländern durchgeführt wurden.

### *1.2 Institutionelle Assistenz beim Suizid*

Die Assistenz beim Suizid ist in manchen Ländern Europas und weltweit gesetzlich geregelt. Auch deutsche Staatsangehörige nehmen eine entsprechende Dienstleistung, z. B. in der Schweiz in Anspruch.

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) führte im Jahre 2023 419 Freitodbegleitungen, d. h. entsprechende Suizidassistenzen, unter Beachtung von festgelegten Sorgfaltskriterien durch. Die Anzahl stieg um mehr als ein Dreifaches, verglichen mit 120 Begleitungen im Jahr 2022. Von 563 Anträgen wurden 34 abgelehnt, weil es Zweifel an der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit gab. Neben dem Mitgliedsbeitrag von 60 Euro pro Jahr, liegen die Kosten für eine Freitodbegleitung bei der DGHS bei ca. 4.000 Euro (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS e.V., 2024).

## **2 Respekt vor der Autonomie von Personen mit Selbsttötungsabsicht**

Bei der Entscheidung einer Person, ihr Leben zu beenden, spielen die Freiverantwortlichkeit und der autonome Wille eine entscheidende Rolle. Mit der Freiverantwortlichkeit hängt auch zusammen, ob eine Person mit Selbsttötungsabsicht weiß, welche Gesichtspunkte bei der Entscheidung für einen Suizid relevant sind, ob sie zu einer selbstbestimmten Entscheidung fähig ist und diese Entscheidung ernsthaft und hinreichend überlegt hat (Deutscher Ethikrat, 2022).

Ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium, um die Freiverantwortlichkeit und den autonomen Willen der sterbewilligen Person zu beurteilen, existiert derzeit nicht (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., 2021). Gleichzeitig ist die Klärung dieser Frage für den weiteren Umgang mit der Selbsttötungsabsicht eines Menschen zentral. Sie ist Gegenstand von Gerichtsverhandlungen, bei denen sich Ärzt:innen, die einen assistierten Suizid möglich gemacht haben, verantworten müssen.

## **3 Unterschiedliche Ursachen für Todeswunsch und Selbsttötungsabsicht**

Der Todeswunsch einer Person ist ein „komplexes individuelles und soziales Phänomen“ mit unterschiedlichen Ursachen. Der Todeswunsch kann durch erfahrenes Leid entstehen. Er kann Ausdruck des Bedürfnisses nach Aufmerksamkeit und Wahrnehmung sein, aber auch eine tatsächliche und ernstgemeinte Bestrebung, das Leben beenden zu wollen, beinhalten (Feichtner, 2022). Er kann sich allerdings auch ändern und bleibt nur selten anhaltend und unverändert bestehen (Feichtner, 2022). Der Todeswunsch muss nicht notwendig zur Selbsttötungsabsicht werden.

### *3.1 Kinder und Jugendliche*

Depressive Verstimmungen bis zu schweren depressiven Störungen gehören bei Kindern und Jugendlichen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2022), wobei an Depression erkrankte Jugendliche ein bis zu 20-fach erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten zeigen. Insgesamt treten Suizide bei Kindern und Jugendlichen zwar seltener auf, sie stellen jedoch die zweithäufigste Todesursache nach

Unfällen bei unter 18-Jährigen dar (Bingert et al., 2023). Während der globalen COVID-19-Pandemie wurde weltweit ein Anstieg der Prävalenz von depressiven Erkrankungen im Jugendalter nachgewiesen. Jede:r vierte Jugendliche entwickelte vermehrt Symptome einer Depression (Racine et al., 2021). Eine Freiverantwortlichkeit des Willens liegt in einem solchen Fall nicht vor.

### *3.2 Personen mit psychiatrischen Erkrankungen*

Psychische und psychiatrische Erkrankungen, insbesondere Depression und Schizophrenie, sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Schätzungen zufolge hatten 90 Prozent der Personen, die einen Suizid durchgeführt haben, eine psychische Erkrankung, und mehr als 50 Prozent dieser Personengruppe litt an einer Depression (Spießl et al., 2009; Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2024). Eine Depression korrekt zu diagnostizieren, ist kompliziert, sodass es oft zu Fehldiagnosen kommt (Spießl et al., 2009; Thom et al., 2017). Die „**erfolgreiche Behandlung** der psychiatrischen Erkrankung [stellt] [...] somit die beste Suizidprävention dar!“ (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2024), die allerdings erst nach der Diagnosestellung eingeleitet werden kann. Eine Freiverantwortlichkeit des Willens ist in solchen Fällen der womöglich größte Diskussionspunkt in der Debatte bei der Gesetzesfindung.

### *3.3 Personen mit schweren, schwersten und lebenslimitierenden Erkrankungen*

Die Symptomlast kann bei Personen mit schweren, schwersten und lebenslimitierenden Erkrankungen sehr hoch und mit intensiven leidbringenden Phasen verbunden sein. Die Behandlungsmöglichkeiten zur Symptomreduktion wurden im Rahmen der Palliativversorgung der letzten zwei Jahrzehnte in Deutschland erheblich weiterentwickelt und deutlich verbessert. Durch dieses Angebot kann bei solchen Personen das Leiden erheblich verringert und die Lebensqualität gefördert werden, damit sie ihren restlichen Lebensweg gemeinsam mit ihren An- und Zugehörigen würdevoll gestalten können.

Allerdings gibt es Personen mit schweren, schwersten und lebenslimitierenden Erkrankungen, bei denen es selbst bei sehr guter palliativer Versorgung und Behandlung in seltenen Fällen dazu kommt, dass die therapeutischen Möglichkeiten nicht befriedigend greifen und der Todeswunsch als einziger Ausweg aus unerträglichem Leid gesehen wird (Stanze et al., 2024). Die Freiverantwortlichkeit wäre in diesen Fällen vermutlich feststellbar.

### *Trauernde nach dem Verlust Nahestehender*

Auch gibt es Personen, die nach dem Tod eines nahestehenden Menschen nicht mehr weiterleben wollen. Dieser Verlust kann zum Beweggrund für einen assistierten Suizid werden.

### *„So will ich nicht mehr leben“*

Kritische äußere Ereignisse, wie Partnerschaftskonflikte, Schulden, Arbeitslosigkeit, chronische Erkrankungen oder Trennungen können suizidale Handlungen begünstigen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention, 2022).

Ein wichtiges Augenmerk gilt darüber hinaus den Personen mit einem zunehmenden umfangreichen Hilfe- und Pflegebedarf, die erleben, dass sie ihr Leben unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr würdevoll leben können.

## **4 Erkennen einer Suizidgefährdung**

Die Äußerung eines Todeswunsches im allgemeinen sozialen Kontext und im Besonderen in der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen muss ernst genommen und im letzteren Fall in einem interprofessionellen Gesprächsprozess aufgegriffen werden, der

insbesondere zwischen Pflegefachpersonen, Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen stattfindet. Todeswünsche werden häufig nicht als solche erkannt (Flügge et al., 2024; Voltz et al., 2021). Entsprechend kann ein spezialisiertes kommunikatives Training zum Umgang mit Todeswünschen für betroffene An- und Zugehörige und involvierte Berufsgruppen hilfreich sein (Uniklinik Köln, 2022; Voltz et al., 2021).

## **5 Entwicklung geeigneter Suizidpräventionsstrategien**

Steigende Suizidzahlen, die Zunahme psychischer Erkrankungen, das Angebot der Suizidassistenz sowie zunehmende nationale und internationale Krisen machen einen weiteren Auf- und Ausbau suizidpräventiver Maßnahmen erforderlich. Die Erarbeitung einer nationalen Suizidpräventionsstrategie für Deutschland und ihre stetige Fortschreibung sind notwendige Schritte, um diesen Herausforderungen zu begegnen, auch als Grundlage für entsprechende gesetzliche Regelungen. Dabei müssen die beschriebenen unterschiedlichen Gruppen von Personen mit Todeswunsch genauso in den Blick genommen werden, wie auch Pflegefachpersonen, die häufig in engem Kontakt mit diesen Personen stehen. Daher ist eine Suizidpräventionsstrategie unabdingbar, die neben entsprechenden Angeboten für Menschen mit Todeswunsch, Unterstützungsangebote für Pflegefachpersonen bereithält. Dazu gehören etwa Fort- und Weiterbildungen sowie gesicherte Strukturen in den Einrichtungen, wie Anlaufstellen, Supervision und Teamgespräche, damit sie ihrer begleitenden Rolle im gegebenen Kontext gerecht werden können.

Mit Blick auf die verschiedenen Beweggründe für den Todeswunsch gilt es, unterschiedliche Strategien zu entwickeln, um den Personen spezifische Präventionsangebote bereitzustellen zu können. Allem voran ist bei den Beteiligten eine unvoreingenommene Aufmerksamkeit erforderlich, um auf hilfreiche Wege verweisen zu können:

Für Kinder und Jugendliche in Notlagen (Mobbing, Übergriffe), bedarf es niedrigschwelliger Anlaufstellen und nachhaltiger Unterstützungsstrukturen, die dauerhaft finanziert werden.

Personen mit psychiatrischen Erkrankungen benötigen niedrigschwellige therapeutische Angebote sowie Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Für Personen mit schweren, schwersten und lebenslimitierenden Erkrankungen sind die Kenntnis und der Zugang zu Angeboten spezialisierter Therapien sowie der Hospiz- und Palliativversorgung von entscheidender Bedeutung. Die Angebote werden derzeit nicht voll ausgeschöpft, weil sie z. T. nicht bekannt sind, sodass Menschen mit palliativen Behandlungs- und Versorgungsbedarf diese zu spät oder gar nicht in Anspruch nehmen können.

Für Trauernde nach dem Verlust Nahestehender bedarf es der begleitenden Aufmerksamkeit und Anteilnahme anderer Personen, wie auch niedrigschwelliger Anlaufstellen.

Personen, die „so nicht mehr leben wollen“ benötigen ebenso Aufmerksamkeit sowie gesicherte Beratungsstrukturen und Hilfeangebote. Darüber hinaus benötigen diejenigen unter ihnen, die bei einem zunehmenden umfangreichen Hilfe- und Pflegebedarf unter den aktuell erlebten Bedingungen in Pflegeeinrichtungen ihr Leben als würdelos empfinden, eine dem Bedarf entsprechende finanziell gesicherte pflegerische Versorgung.

## **6 Pflegerische Begleitung von Personen mit Todeswunsch**

Der Umgang mit Tod und Sterben gehört zu den elementaren beruflichen Anforderungen von Pflegefachpersonen. Dem Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) entsprechend fördern Pflegefachpersonen Gesundheit, verhüten Krankheit, stellen Gesundheit wieder her, lindern Leiden und unterstützen ein würdiges Sterben (International Council of Nurses (ICN), 2021). Auch die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ verweist auf die Rechte von Patient:innen, in Würde sterben zu können (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Bundesärztekammer, 2010).

Vor diesem Hintergrund gehört auch die Begleitung von Personen mit Todeswunsch und Todesabsicht zu den Aufgaben von Pflegefachpersonen. Eine einheitliche Haltung der beruflich Pflegenden zur ethischen Bewertung eines Todeswunsches oder assistierten Suizids, lässt sich daraus nicht ableiten (Riedel et al., 2022). Unverzichtbar für die Begleitung von Sterbenden sind Rahmenbedingungen im Pflegeprozess, die maßgeblich von Pflegefachpersonen geplant, gesteuert und/oder umgesetzt werden, wie bspw. eine kontinuierliche psychosoziale Begleitung, die adäquate Symptom- und Schmerzbeobachtung und -behandlung sowie eine fachkompetente interprofessionelle Abstimmung und Zusammenarbeit (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V., 2021).

Menschen mit suizidalen Absichten äußern ihren Todeswunsch insbesondere im Zusammenhang mit schwerer Krankheit, Beeinträchtigungen und/oder körperlichen und seelischen Leiderschaften. Durch die enge Begleitung von zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen und dem daraus resultierenden Vertrauensverhältnis, sind Pflegenden oft unmittelbar in pflegerischen Alltagssituationen mit den Todeswünschen suizidaler Personen konfrontiert. Oberstes Ziel pflegerischer Begleitung ist es, allen Menschen mit suizidalen Absichten eine würdevolle und lebensqualitätserhaltende Unterstützung anzubieten.

Ob die Assistenz bei der Tötung von Patienten mit Todeswunsch oder Selbsttötungsabsicht den Kriterien einer würdevollen Pflege genügt, bleibt Gegenstand des berufsethischen Diskurses. Dessen ungeachtet gehört es wohl zu den ethischen Grundüberzeugungen der Pflegeprofession, Personen mit Todeswunsch und Todesabsicht zu respektieren und eine professionelle Akzeptanz zu entwickeln. Dazu gehört es, den Personen aktiv zuzuhören und sie mit ihrem Wunsch ernst zu nehmen, sich einfühlsam und wertschätzend zu verhalten, Gespräche anzubieten, im Team zu kommunizieren sowie unterstützende Netzwerke zu aktivieren. Pflegefachpersonen können dabei durch gezielte Fragestellungen ermitteln, durch welche Umstände der Todeswunsch entstanden ist und ob professionelle Hilfen wie Beratung, Begleitung, Symptomkontrolle, Behandlung und Unterstützung bereits vorhanden sind (Uniklinik Köln Zentrum für Palliativmedizin, 2022).

Dabei gibt es dann auch Personen, deren Leid in seltenen Fällen nicht gelindert werden kann oder die aus anderen Gründen von ihrem als drängend erlebten Todeswunsch keinen Abstand nehmen. In solchen Fällen kann die Frage nach einem assistierten Suizid trotz unterschiedlicher Hilfsangebote bestehen bleiben.

Um diesen Suizid ausführen zu können, äußern Personen mit Selbsttötungsabsicht den Wunsch nach Unterstützung, um etwa die todbringende Substanz zur Verfügung gestellt zu bekommen. *„Unter einem assistierten Suizid versteht man die „Beihilfe zur Selbsttötung“. Der Sterbewillige nimmt selbstständig eine Substanz zur Selbsttötung ein. Eine andere Person, das heißt ein Angehöriger oder nahestehender Mensch, ein Arzt oder Sterbehelfer hat hierzu einen Beitrag geleistet, z. B. die tödliche Substanz zur Verfügung gestellt. In Deutschland ist die Selbsttötung nicht strafbar, also auch die Beihilfe zur Selbsttötung nicht.“* (Deutsche Stiftung Patientenschutz, o.J.).

Der Gesetzgeber lässt es offen, ob Pflegefachpersonen in Ausübung ihres Berufes Beihilfe zum Suizid leisten sollen, und betont die Freiwilligkeit der Beteiligung aller Professionen. Die Begleitung einer solchen Person muss der Freiheit des Gewissens überlassen bleiben (Riedel et al., 2022).

Wenn alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, gemeinsam mit der betroffenen Person eine lebensbejahende Alternative zu entwickeln, könnte das Recht auf Selbstbestimmung Pflegefachpersonen veranlassen, eine Assistenz beim Suizid zu übernehmen. Pflegefachpersonen sollten dem vorausgehend für sich abwägen, ob Sterbehilfe eine Verletzung ihrer Moral bedeutet, ob religiöse oder weltanschauliche Gründe dagegensprechen oder berufliche Erfahrungen die Suizidassistenz als Handlungsoption ausschließen (Kowalski, 1996; Pesut et al., 2020).

Wurde bei einer zu pflegenden Person ein assistierter Suizid eingeleitet und befindet sie sich im Sterbeprozess, gehört es allerdings zu den Aufgaben von Pflegefachpersonen, diese

Person und ihre Angehörigen im Sterbeprozess nicht allein zu lassen und den Möglichkeiten entsprechend zu begleiten (International Council of Nurses (ICN), 2021). Dies kann auch durch eine Aufgabenverteilung im pflegerischen Team erfolgen, denn nicht jede Person verfügt über die erforderlichen Kompetenzen für eine solche Begleitung. Vielmehr ist es die Aufgabe der Institutionen und Organisationen, entsprechende Weiterbildungen und Begleitung der Pflegefachpersonen sicherzustellen.

Internationale Studien zeigen, dass, obwohl die Suizidassistenz als rein ärztliche Tätigkeit gilt, Pflegefachpersonen den assistierten Suizid selbständig begleiten und das Medikament zur Verfügung stellen und Ärzt:innen nicht immer dabei anwesend sind (Bruchem-van de Scheur et al., 2008; Ozcelik et al., 2014; Schiller et al., 2019 ). Vor diesem Hintergrund muss die Unterstützung von Personen beim assistierten Suizid durch Pflegefachpersonen thematisiert werden, darf nur auf Freiwilligkeit basieren und nicht von Ärzt:innen an Pflegefachpersonen delegiert werden. Es muss darüber hinaus sichergestellt sein, dass Pflegefachpersonen durch die Abwesenheit von Ärzt:innen oder anderen Personen, die Beihilfe zum Suizid leisten, nicht genötigt werden den Suizid zu begleiten. Wenn Pflegefachpersonen eine intensive Begleitung beim assistierten Suizid leisten, muss gewährleistet sein, dass sie über entsprechende fachliche Qualifikationen verfügen und bei Bedarf eine Begleitung erhalten (Dörmann et al., 2023; Stanze et al., 2024).

Bereits vorliegende Erkenntnisse zur Suizidprävention aus Forschung und Praxis müssen auch in die pflegewissenschaftliche Forschung einfließen. Ein besonderes Augenmerk sollte auf den Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gelegt werden. Die Ergebnisse weiterführender pflegewissenschaftlicher Forschungsaktivitäten müssen für die Weiterentwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildungen auf verschiedenen Qualifikationsniveaus in der Pflege genutzt werden und in der pflegerischen Praxis Anwendung finden (Schloss Hofener Thesen, 2023).

Die Suizidprävention wird vermutlich nicht alle Suizide verhindern können, denn das Verhalten einer erkrankten oder verzweifelten Person ist nicht in allen Fällen vorauszusehen. Daraus abzuleiten, ab wann präventive Bemühungen aufgegeben werden sollen, und ab wann eine Suizidassistenz geboten erscheint, ist wohl ebenso wenig standardisierbar. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber für den Einzelfall die Assistenz beim Suizid als Ultima Ratio für nicht strafwürdig erklärt. Zugleich betont das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Freiwilligkeit der Durchführung einer Suizidassistenz. Eine Verständigung mit anderen Medizinfachberufen und Interessensverbänden zu ethischen und moralischen Implikationen und Indikationen für die Suizidassistenz könnte zur Beantwortung der schwierigen berufsethischen und gesellschaftlichen Frage beitragen.

## 7 Literatur

- Bingert, R., Kolbe, V., Boy, D., & Büttner, A. (2023). Suizide von Minderjährigen – retrospektive 22-Jahres-Analyse des Leichenschau- und Obduktionsgutes des Instituts für Rechtsmedizin Rostock. *Zeitschrift Rechtsmedizin*, 33, 396–402  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00194-023-00633-0> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Bruchem-van de Scheur, G., van der Arend, A., Spreeuwenberg, C., Abu-Saad, H., & ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *JCN Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618-1626.
- Destatis. (2023). Zahl der Todesfälle aufgrund von Suizid ist 2023 leicht gestiegen, blieb aber unter dem Durchschnitt der vergangenen zehn Jahre.  
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/suizid.html> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e. V. (2024). Pressekonferenz "DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2023, das richtige Medikament und die Rolle der Ärzt:innen".

- [https://www.dghs.de/fileadmin/content/06\\_presse/pressematerialien\\_fuer\\_pk/27\\_02\\_2024/Pressemappe\\_DGHS\\_27.2.2024.pdf](https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/27_02_2024/Pressemappe_DGHS_27.2.2024.pdf) (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224\\_DGP\\_Eckpunkte\\_Suizidassistenz\\_Suizidpr%C3%A4vention.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf) (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer(2010) Die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. [https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020\\_Charta%20Broschuere\\_Stand\\_Jan2020.pdf](https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta%20Broschuere_Stand_Jan2020.pdf)
- Deutsche Stiftung Patientenschutz. (o.J.). Assistierter Suizid <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/assistierter-suizid> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Deutscher Bundestag. (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 18/5373. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Deutscher Ethikrat. (2022). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Dörmann, L., Nauck, F., Wolf-Ostermann, K., & H., S. (2023). "I Should at Least Have the Feeling That It [...] Really Comes from Within": Professional Nursing Views on Assisted Suicide. *Palliat Med Rep.*, 4(1), 175-184. <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0019> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu sterben. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke, & D. e. Weixler (Eds.), *Assistierter Suizid*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_1) (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Flügge, K., Kirchner, C., Seeger, Y., & Meyer, G. (2024). Einstellungen von Pflegenden zum assistierten Suizid in der stationären Langzeitpflege: Eine qualitative Interview-Studie., 25(2), 85-93.
- International Council of Nurses (ICN). (2021). Der ICN\_Ethikkodex für Pflegefachpersonen. [https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN\\_Code-of-Ethics\\_DE\\_WEB.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf) (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Kowalski, S. (1996). Assisted suicide: is there a future? Ethical and nursing considerations. *Crit Care Nurs Q.*, 19(1), 45-54.
- Ozcelik, H., Tekir, O.-., Samancioglu, S., Fadiloglu, C., & Ozkara, E. (2014). Nursing students' approaches toward euthanasia *Omega (Westport)*, 69(1), 93-103.
- Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., & Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics.*, 27(1), 152-167. .
- Racine, N., McArthur, B., Cooke, J., & Sheri, M. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19. A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.*, 175(11), 1142–1150.
- Riedel, A., Giese, C., Rabe, M., & Böck, S. (2022). Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft (15. August 2022). *Ethik in der Medizin*, 34, 709-714.
- Schloss Hofener Thesen. (2023). Veröffentlichte Ergebnisse des Experten-Workshops "Assistierter Suizid und Suizidprävention in Deutschland, Österreich und der Schweiz" vom 25. bis 27. 08.2023 in Schloss Hofen. <https://www.palliativ.at/aktuelles/nachrichten/news-detailseite/schloss-hofener-thesen-2023-zu-suizidpraevention-und-assistiertem-suizid> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Assistierter Suizid und Suizidprävention in Deutschland, Österreich und der Schweiz" vom 25. bis 27. 08.2023 in Schloss Hofen
- Spießl, H., Hübner-Liebermann, E., T., N., U., H., Klein, H. E., & Hajak, G. (2009). Senkung der Suizide durch das „Bündnis gegen Depression“. 28(4), 205-210.

- Stanze, H., Radbruch, L., Kern, M., Castellanos-Herr, N.-R., & Sandt, R. (2024). „Ich kann und will nicht mehr“: Curriculum für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Sterbewünschen und Suizidassistenz in Deutschland. Pallia Med Verlag.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. (2024). Suizidalität. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/suizidalitaet> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Thom, J., Kuhnert, R., Born, S., & U., H. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Robert Koch-Institut*, 2, 3.
- Uniklinik Köln Zentrum für Palliativmedizin. (2022). Leitfaden Umgang mit Todeswünschen. <https://webstatic.uk-koeln.de/im/dwn/pboxx-pixelboxx-218613> (letzter Zugriff 28.10.2024)
- Voltz, R., Boström, K., Dojan, T., Rosendahl, C., Gehrke, L., Shah-Hosseini, K., & Kreimeike, K. (2021). Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. 36(3), 489-497.

Empfehlungen zur Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen oder Bitten um assistierten Suizid von der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen finden Sie unter <http://www.pflegeethikkommission-nds.de/empfehlungen>

Berlin, Januar 2025

**Deutscher Pflegerat e.V. – DPR**

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30/ 398 77 303

E-Mail: [info@deutscher-pflegerat.de](mailto:info@deutscher-pflegerat.de)

[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)