

DEGAM
E
D

Der Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in hausärztlichen Praxen

DEGAM S1-
Handlungsempfehlung

AWMF-Register-Nr. 053-063

Deutsche Gesellschaft
für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin e.V.





© DEGAM 2024

Autor:innen

Sandra Blumenthal

Luise Farr

Stephan Fuchs

Claudia Kahle

Ilja Karl

Laura Lunden

Leitlinien-Paten/Patinnen

Manja Dannenberg

Norbert Donner-Banzhoff

Günther Egidi

Meike Gerber

Olaf Reddemann

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion

Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung der DEGAM

Kontakt

DEGAM-Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen
Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

leitlinien@degam.de

Stand 05/2024

Gültig bis 05/2027

Autorisiert durch das DEGAM-Präsidium.

Für die Aktualisierung sind die Autoren verantwortlich.

Inhalt

0	Zusammenfassung der Empfehlungen und Statements	4
1	Ziele / Adressaten / Zielgruppe	7
1.1	Zielorientierung der Leitlinie	7
1.2	Zielpopulation	7
1.3	Versorgungsbereich	7
1.4	Anwenderzielgruppe/Adressat:innen	7
		7
2	Hintergrund	8
3	Rechtliche Aspekte	9
3.1	Begriffe	9
3.2	Rechtlicher Rahmen	10
4	Ethische Aspekte	13
4.1	Prinzipienethik	13
4.2	Individuelle Haltung von Ärzt:innen	13
5	Kommunikation mit Sterbewilligen	15
5.1	Graduierung von Suizidalität	16
5.2	Motive für die Bitte um Suizidassistenz	17
6	Optionen der Suizidassistenz	21
6.1	Medikamentöse Optionen	21
6.2	Nichtmedikamentöse Optionen	22
7	Nachbereitung einer Suizidassistenz	23
9	Quellenverzeichnis	27
10	Anhang	30

0 Zusammenfassung der Empfehlungen und Statements

3 Rechtliche Aspekte

Statement

Die ärztliche Assistenz bei einem freiverantwortlichen Suizid ist straflos. Es besteht keine Verpflichtung zur Suizidassistenz.

3.2 Rechtlicher Rahmen

Empfehlung

Die Klärung von Freiverantwortlichkeit bedarf mehrerer Gespräche. Diese sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Im Zweifelsfall soll psychiatrische Expertise einbezogen werden.

4 Ethische Aspekte

4.2 Individuelle Haltung von Ärzt:innen

Empfehlung

Vor der Beratung zum assistierten Suizid sollten Ärzt:innen ihre Haltung zu dem Thema reflektieren, um Patient:innen unbeeinflusst hiervon beraten zu können.

5 Kommunikation mit Sterbewilligen

Empfehlung

Die Gespräche mit Sterbewilligen sollen ergebnisoffen sein.

Empfehlung

Äußerungen seitens des Arztes/der Ärztin zur Nachvollziehbarkeit, Bewertung oder Beurteilung des Wunsches nach Suizidassistenz sollen vermieden werden.

Empfehlung

Sind der angefragte Arzt/die angefragte Ärztin grundsätzlich nicht zu einer Suizidassistenz bereit, soll dies frühzeitig nach der Graduierung von Suizidalität kommuniziert werden. Es sollen durch den Arzt/die Ärztin alternative Hilfsmöglichkeiten eröffnet und die Bereitschaft zu weiteren Gesprächen signalisiert und aufrechterhalten werden.

Empfehlung

Mit den Patient:innen soll frühzeitig besprochen werden, ob Zu- und Angehörige einbezogen werden sollen.

Empfehlung

Es bedarf einer offenen und wertschätzenden Gesprächsatmosphäre. Es sollten mehrere Folgetermine vereinbart werden. Dabei ist auf einen angemessenen Zeitrahmen zu achten.

5.1 Graduierung von Suizidalität

Empfehlung

Bei Konfrontation mit dem Wunsch nach Suizidassistenz sollte im ersten Schritt eine Graduierung von Suizidalität vorgenommen werden.

Empfehlung

Im Rahmen der Graduierung von Suizidalität sollen auch Risiko- und protektive Faktoren erfasst werden.

5.2 Motive für die Bitte um Suizidassistenz

Empfehlung

Im Gespräch sollen die Motive und Intentionen hinter der Bitte nach einer Suizidassistenz erfragt und dokumentiert werden.

Empfehlung

Bei somatischen oder psychischen Ursachen für den Sterbewunsch soll ermittelt werden, ob es kurative oder palliative Behandlungsoptionen gibt.

Statement

Hinter der Anfrage nach Suizidassistenz können andere Bedürfnisse als die tatsächliche Unterstützung beim Suizid verborgen sein. Die Bitte um Suizidassistenz ist nicht mit einem Handlungsauftrag gleichzusetzen.

6 Optionen der Suizidassistenz

6.1 Medikamentöse Optionen

Empfehlung

Betäubungsmittel nach Anlage III BtMG sollen zum assistierten Suizid nicht verordnet werden.

Statement

Beim assistierten Suizid ist die Applikation/Einnahme des Medikamentes durch die Sterbewilligen selbst vorzunehmen.

7 Nachbereitung einer Suizidassistenz

Statement

Eine Nachbereitung richtet sich gleichermaßen an das Praxisteam und an die Hinterbliebenen.

Statement

Ressourcen zur Nachbereitung sind Teambesprechungen, Qualitätszirkel, Ambulante Ethikberatung, Angebote von Hospizdiensten und Trauerbegleitern.

Empfehlung

Die Angehörigen sollten frühzeitig über das notwendige Procedere nach dem Eintreten des Todes sowie über die obligate Hinzuziehung der Polizei informiert werden.

1 Ziele / Adressaten / Zielgruppe

1.1 Zielorientierung der Leitlinie

Die Leitlinie soll vermitteln:

1. ethische und rechtliche Rahmenbedingungen der ärztlichen Suizidassistenz,
2. Struktur und Inhalte einer angemessenen Kommunikation,
3. Hinweise und Empfehlungen zur Begleitung Sterbewilliger.

1.2 Zielpopulation

Patient:innen hausärztlicher Praxen, die den Wunsch nach Assistenz beim Suizid äußern.

1.3 Versorgungsbereich

ambulant / hausärztlich

1.4 Anwenderzielgruppe/Adressat:innen

In der hausärztlichen Versorgung tätige Ärzt:innen

2 Hintergrund

Die Suizidassistenz war in Deutschland für Ärzt:innen nach dem Strafgesetzbuch (StGB) stets straffrei. In den Berufsordnungen der Landesärztekammern dagegen variierte je nach Bundesland der Umgang mit diesem herausfordernden Thema. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 26. Februar 2020 zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung änderten nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages im Mai 2021 die Mehrzahl der Landesärztekammern ihre Berufsordnung und untersagten Ärzt:innen die Suizidassistenz nicht mehr. Die Ärztekammern Berlin und Saarland haben diese Änderungen der Muster-Berufsordnung bisher nicht umgesetzt.

Initiativen zu einer weitergehenden Regelung auf gesetzgebender Ebene scheiterten bisher. Eine Regelung ist jedoch erwartbar; in der Öffentlichkeit wird die Suizidassistenz verstärkt diskutiert.

Erfahrungen aus den Beneluxstaaten legen nahe, dass mit einer gesetzlichen Regelung und den damit einhergehenden öffentlichen Diskussionen vermehrt Patient:innen mit dem impliziten oder expliziten Wunsch nach Assistenz zum Suizid ihre Hausärzt:innen konsultieren [1].

Studien zur Suizidassistenz zeigen, dass es sich hierbei auch um Patient:innen aus dem klassischen hausärztlichen Setting handelt, deren Wunsch nach Selbsttötung beispielsweise aus der Angst vor Autonomieverlust resultiert [2]. Dies wird zukünftig besondere Anforderungen an die Arzt-Patienten-Kommunikation mit sich bringen. Erforderlich sind Grundkenntnisse zur ethischen und juristischen Einordnung der Suizidassistenz. Darüber hinaus müssen sich Hausärzt:innen sich der eigenen Haltung zur Suizidassistenz bewusst werden.

Die Leitlinie adressiert den Umgang der Hausärzt:innen mit der Nachfrage nach Suizidassistenz.

3 Rechtliche Aspekte

Statement

Die ärztliche Assistenz bei einem freiverantwortlichen Suizid ist straflos. Es besteht keine Verpflichtung zur Suizidassistenz.

3.1 Begriffe

Der Begriff „Sterbehilfe“ umfasst viele Begrifflichkeiten unterschiedlicher Bedeutung. Diese werden nachfolgend erklärt.

Die früher verwendeten Begriffe „aktive“ oder „passive“ Sterbehilfe gelten als obsolet.

Indirekte Sterbehilfe

Der Tod ist hierbei eine unvermeidbare Nebenfolge einer symptomlindernden Medikation, die dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. [3] Die indirekte Sterbehilfe ist in Deutschland straffrei.

Therapiezieländerung / Therapiebegrenzung / Behandlungsabbruch

Als Behandlungsabbruch gilt jede aktive oder passive Begrenzung oder Beendigung einer lebenserhaltenden oder lebensverlängernden medizinischen Maßnahme im Einklang mit dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen. Sie führt dazu, einem ohne Behandlung zum Tod führenden Prozess seinen Lauf zu lassen [4]. Ein Behandlungsabbruch ist auch eine Therapiezieländerung, bzw. Therapiebegrenzung weg vom kurativen Ansatz hin zur palliativen Versorgung. Therapiezieländerung, Therapiebegrenzung und Behandlungsabbruch sind straffrei.

Suizidbeihilfe, Suizidassistenz (synonym „Beihilfe zur Selbsttötung“)

„Suizidbeihilfe“, „Beihilfe zur Selbsttötung“, „Assistierter Suizid“ sind gleichwertige Synonyme zum in der Handlungsempfehlung verwendeten Begriff „Suizidassistenz“ und bezeichnen die Ermöglichung und die Nichtverhinderung eines freiverantwortlichen Suizides. Die Suizidassistenz bei einem freiverantwortlichen Suizid ist nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahre 2020 für Ärzt:innen straffrei [5]. Das Verbot der Suizidassistenz in der Berufsordnung vieler Landesärztekammern wurde nach einem Beschluss des Deutschen Ärztetages 2021 aufgehoben [6]. Ein Gesetz zur Regulierung der Suizidassistenz in Deutschland existiert trotz mehrerer Gesetzesentwürfe bisher nicht.

Tötung auf Verlangen

Tötung auf Verlangen gilt als Fremdtötung und ist strafbar [7]. Hier wird der Tod auf Wunsch oder mutmaßlichem Willen einer Person durch Handeln einer anderen Person herbeigeführt. Demnach ist die Verabreichung einer tödlichen Substanz durch eine andere Person als den Sterbewilligen selbst eine strafbare Tötung auf Verlangen. Die straffreie Suizidassistenz ist demgegenüber durch die Einnahme des tödlichen Mittels durch den Sterbewilligen selbst gekennzeichnet.

3.2 Rechtlicher Rahmen

Ärzt:innen können weder zur Suizidassistenz verpflichtet werden, noch können sie bestraft werden, wenn sie den offensichtlichen Wunsch nach Selbsttötung von freiverantwortlich Handelnden nicht verhindern [8,9].

Aus der tatsächlichen Behandlungsübernahme gegenüber Patient:innen ergibt sich die Garantenstellung von Ärzt:innen. Als Beschützergarant übernehmen der Arzt/die Ärztin die Pflicht, Schaden von dem Patienten/der Patientin abzuwenden.

Diese Garantenstellung entfällt, wenn Patient:innen freiverantwortlich auf Behandlung verzichten. Im Falle eines freiverantwortlichen Suizids erlischt diese Garantenstellung von Ärzt:innen für das Leben von Patient:innen [8]. In diesem Falle besteht damit keine Verpflichtung zur medizinischen Hilfeleistung z. B. in Form einer Wiederbelebung.

Freiverantwortlichkeit

Empfehlung

Die Klärung von Freiverantwortlichkeit bedarf mehrerer Gespräche. Diese sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Im Zweifelsfall soll psychiatrische Expertise einbezogen werden.

Die Suizidassistenz bleibt nur straffrei, wenn der Suizidwunsch freiverantwortlich zustande kommt.

In der aktuellen Rechtsprechung finden sich zwei Entscheidungen zur Bewertung von Freiverantwortlichkeit bei Sterbewilligen. In beiden Verfahren wurden die angeklagten Ärzte wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu Freiheitsstrafen verurteilt. Ausschlaggebend waren jeweils Bewertungen der Gerichte, dass die Freiverantwortlichkeit bei beiden Sterbewilligen nicht gegeben war. Beide Urteile sind zum Zeitpunkt der Leitlinien-Erstellung noch nicht rechtskräftig. Die Angeklagten kündigten Rechtsmittel an. [10,11]

Vor diesem Hintergrund spielt im Gespräch mit Sterbewilligen die Klärung der Frage, ob der geäußerte Sterbewunsch tatsächlich freiverantwortlich ist, eine zentrale Rolle. Unabhängig von der Bereitschaft des Arztes/der Ärztin zur Suizidassistenz, dient das Gespräch nach der Graduierung von Suizidalität der Klärung der Freiverantwortlichkeit. Zweifel an der Freiverantwortlichkeit sind beispielsweise gegeben bei dem Verdacht auf eine akute psychische Störung, die die Entscheidung zu Sterben krankheitsbedingt beeinflussen könnte. Zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit gehört eine umfassende Information über die Situation des Patienten/der Patientin und seine möglichen Handlungsalternativen. Der Wunsch des Sterbewilligen sollte zudem dauerhaft und innerlich fest, sowie frei von äußerem Druck sein. [5]

Zu beachten ist, dass es eine konkrete Vorgabe zum Zeitrahmen der Dauerhaftigkeit aktuell nicht gibt.

→ [Abbildung 1](#) kann Hausärzt:innen hier bei einer ersten Einschätzung unterstützen.

Steht die Freiverantwortlichkeit in Frage oder ist diese sicher nicht gegeben, sind Ärzte/Ärztinnen gemäß ihrer Garantenstellung in der Pflicht, für eine angemessene Behandlung zu sorgen. Ärztliche Suizidassistenz bei einem Sterbewunsch, der z. B. ausschließlich auf Symptomen im Rahmen einer akuten depressiven Störung beruht, setzt sich einer strafrechtlichen Verfolgung wegen Totschlages in mittelbarer Täterschaft aus [10,11].

Das Bundesverfassungsgericht formuliert als erste Voraussetzung von Freiverantwortlichkeit das Vorliegen einer „frei gebildeten, autonomen Entscheidung“ [5]. Diese umfasst:

1. Fähigkeit zur freien und unbeeinflussten Willensbildung,
2. Kenntnis aller entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte
3. Ausschluss unzulässiger Einflussnahme oder Druckausübung als die Willensfreiheit ausschließende Elemente,
4. Dauerhaftigkeit und innere Freiheit des Entschlusses
5. Ausschluss psychischer Erkrankungen als Grund für den Sterbewunsch und vorübergehender Lebenskrisen
6. Umfassende Aufklärung über relevante Umstände und über alternative Handlungsoptionen [5]

Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit ist schwierig. Lässt sich Freiverantwortlichkeit nicht zweifelsfrei attestieren, soll psychiatrische Expertise einbezogen werden.

Folgende drei Ebenen gilt es zu berücksichtigen:

- Einsichts- und Urteilsfähigkeit,
- Wohlerwogenheit und
- Dauerhaftigkeit des Wunsches.

Einwilligungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit und Urteilsfähigkeit sind rechtliche Begriffe, die die Fähigkeit eines Betroffenen beschreiben, in ärztliche Eingriffe, Untersuchungen und die Verabreichung von Medikamenten rechtswirksam einzuwilligen. Einwilligungsfähig ist, wer Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme erfassen kann. [12]

Einwilligungsfähigkeit bezieht sich auf eine konkrete Entscheidung und setzt Einsichts- und Urteilsfähigkeit voraus. [13]

Die Wohlerwogenheit setzt einen Prozess der Reflexion und Abwägung verschiedener Handlungsalternativen voraus.

Ein weiteres Kriterium ist die Dauerhaftigkeit des Wunsches. Patient:innen sollen über einen Zeitraum frei ihren Wunsch nach Suizidassistenz benennen.

Eine mögliche Handlungshilfe bei Konfrontation mit einem Sterbewunsch und der Einschätzung von Freiverantwortlichkeit bietet → [Abbildung 1](#).

4 Ethische Aspekte

Die Bitte um ärztliche Suizidassistenz geht für Ärzt:innen mit einem Konflikt zwischen primär auf Lebenserhalt gerichteten ärztlichem Rollenverständnis einerseits und autonomem Sterbenwollen des Patienten andererseits einher. Dieser Konflikt bedarf einer ethischen Betrachtung sowie der Reflexion der eigenen Haltung.

4.1 Prinzipienethik

Tom Beauchamp und James Childress veröffentlichten in „Principles of Biomedical Ethics“ [14] die auch heute noch in der Medizinethik angewandten vier mittleren Prinzipien, um sich herausfordernden medizinethischen Fragestellungen zu nähern. Bei ethischen Konflikten werden folgende Prinzipien abgewogen:

- Respekt vor der Autonomie von Patient:innen,
- das Prinzip des Nichtschadens,
- das Prinzip der ärztlichen Fürsorge und des Wohltuns und
- Gerechtigkeit.

Bei der Bitte um ärztliche Suizidassistenz stehen sich insbesondere die Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns einerseits mit dem Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie gegenüber.

Das ethische Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie wird auf der juristischen Ebene durch die Forderung nach Freiverantwortlichkeit umgesetzt. Eine Beeinträchtigung der oder ein Mangel an Freiverantwortlichkeit liefe der Patientenautonomie zuwider. Die Abwägung der weiteren Prinzipien orientiert sich an den Handlungsoptionen und ist für jede Option einzeln anzustellen: Welchen Nutzen/welchen Schaden hätte jede einzelne Option aus Patient:innen-Sicht?

4.2 Individuelle Haltung von Ärzt:innen

Empfehlung

Vor der Beratung zum assistierten Suizid sollten Ärzt:innen ihre Haltung zu dem Thema reflektieren, um Patient:innen unbeeinflusst hiervon beraten zu können.

Wegen des unumkehrbaren Charakters der Suizidassistenz ist es besonders wichtig, sorgfältig abzuwägen, ob und inwieweit man die Durchführung des Suizids begleiten möchte.

Insbesondere für Hausärzt:innen, die oft langjährige und sehr persönliche Beziehungen zu ihren Patient:innen und deren Familien haben, kann es sowohl entlastende als auch belastende Aspekte beinhalten, die eigenen Patient:innen bis zur Durchführung des Suizids zu begleiten.

Die Trennung persönlicher Einstellungen vom professionellen Handeln ist eine Herausforderung für Ärzt:innen.

Jeder Arzt/jede Ärztin hat als professionelle und als Privatperson bewusst oder unbewusst und beeinflusst durch bisherige Erfahrungen und eigene Werte eine Haltung zu Leben und Tod sowie zum (ärztlich assistierten) Suizid/Suizidassistenz. Diese Haltung darf mit Blick auf das Autonomieprinzip bei der Suizidassistenz jedoch nicht handlungsleitend sein. Dies stünde einer ergebnisoffenen Beratung des Sterbewilligen entgegen.

Selbstreflexion und eine kontinuierliche Überprüfung der eigenen Einstellungen sind für eine ergebnisoffene Beratung essentiell. Hierzu können Gespräche im Kollegenkreis oder auch Verfahren wie z. B. das „Reflektierende Schreiben“ beitragen.

5 Kommunikation mit Sterbewilligen

Empfehlung

Die Gespräche mit Sterbewilligen sollen ergebnisoffen sein.

Empfehlung

Äußerungen seitens des Arztes/der Ärztin zur Nachvollziehbarkeit, Wertung oder Beurteilung des Wunsches nach Suizidassistenz sollen vermieden werden.

Empfehlung

Sind der angefragte Arzt/die angefragte Ärztin grundsätzlich nicht zu einer Suizidassistenz bereit, soll dies frühzeitig nach der Graduierung von Suizidalität kommuniziert werden. Es sollen durch den Arzt/die Ärztin alternative Hilfsmöglichkeiten eröffnet und die Bereitschaft zu weiteren Gesprächen signalisiert und aufrechterhalten werden.

Empfehlung

Mit den Patient:innen soll frühzeitig besprochen werden, ob Zu- und Angehörige einbezogen werden sollen.

Empfehlung

Es bedarf einer offenen und wertschätzenden Gesprächsatmosphäre. Es sollten mehrere Folgetermine vereinbart werden. Dabei ist auf einen angemessenen Zeitrahmen zu achten.

Ein Gespräch über den Wunsch nach Suizidassistenz zu führen kann sich als herausfordernd darstellen, insbesondere wenn das Gespräch unerwartet eröffnet wird. Daher ist es umso wichtiger, sich sowohl über die inhaltlichen Ziele eines solchen Gesprächs im Klaren zu sein, die der Konsultation eine Struktur geben können, als auch bewusst auf einige kommunikative Aspekte zu achten.

Lehnt der angefragte Arzt/die angefragte Ärztin Suizidassistenz grundsätzlich ab, endet die Arzt-Patienten-Beziehung nicht automatisch. Die Ablehnung sollte kommuniziert werden, wenn die Graduierung der Suizidalität abgeschlossen ist. Entsprechend der Rolle des Hausarztes/der Hausärztin als erster Ansprechpartner sollte die Beziehung aufrechterhalten werden. Dies kann einerseits durch Aufrechterhalten des Gesprächsangebotes erfolgen und andererseits durch die Vermittlung alternativer Hilfen. Dies können Kolleg:innen sein, die zur Suizidassistenz bereit sind oder Suizidhilfevereine (Dignitas Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, Verein für Sterbehilfe).

Bei Patient:innen, die explizit den Wunsch nach Suizidassistenz äußern, sowie Patient:innen, bei denen implizite Hinweise auf diesen Wunsch wahrgenommen werden, muss in einem ersten Schritt die Suizidalität graduiert werden, da sich an diesem Punkt das weitere Vorgehen entscheidet.

Der Ablauf der Kommunikation mit Sterbewilligen ist schematisch in → [Abbildung 2](#) dargestellt.

5.1 Graduierung von Suizidalität

Empfehlung

Bei Konfrontation mit dem Wunsch nach Suizidassistenz sollte im ersten Schritt eine Graduierung von Suizidalität vorgenommen werden.

Empfehlung

Im Rahmen der Graduierung von Suizidalität sollen auch Risiko- und protektive Faktoren erfasst werden.

Die Äußerung eines Sterbewunsches kann Ausdruck akuter Suizidalität sein. Daher ist die Graduierung der Suizidalität essenziell für die Weichenstellung zwischen sofortigem Interventionsbedarf (Unterbringung, Einweisung) und weniger zeitkritischer Maßnahmen (Gespräche, Folgetermine). Die Einschätzung von Suizidalität sollte in ruhiger Umgebung, wertschätzend und in einer offenen Atmosphäre vorgenommen werden. Zum einen kann hiermit eine Einschätzung der akuten Gefährdungslage vorgenommen werden, zum anderen ist die Graduierung auch Teil professionellen Handelns in einer oftmals für den einzelnen Arzt, die einzelne Ärztin unübersichtlichen, unerwarteten oder verunsichernden Situation.

Nach dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung ist bei akuter Suizidalität zuallererst zu prüfen, ob der Sterbewunsch durch einen Medikamenten- oder Substanzgebrauch, eine akute psychische oder eine andere behandelbare Erkrankung bedingt ist.

Die Graduierung von Suizidalität hat in der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) „Unipolare Depression“ 2022 eine Überarbeitung erfahren. Auf die Begriffe „aktive“ und „passive“ Suizidgedanken wird fortan verzichtet [15]

■ Stufe 1:

Lebensüberdruß, Wunsch nach Ruhe oder Pause („passiver Todeswunsch“)

■ Stufe 2:

Suizidgedanken ohne konkrete Planungen

- **Stufe 3:**
konkrete Suizidpläne oder -vorbereitungen
(z. B. Abschiedsbrief, Methodenerwerb, Probehandlungen)
- **Stufe 4:**
suizidale Handlungen

Die Graduierung von Suizidalität kann durch empathisches Nachfragen erfolgen. Hierzu können eingangs Formulierungen gewählt werden wie:

„Danke, dass Sie mit mir über ihren Sterbewunsch gesprochen haben. Manche Patienten, die mir von solchen Wünschen oder Überlegungen berichtet haben, hatten bereits Pläne oder haben erste Vorbereitungen getroffen. Manche haben es sogar versucht und sind im letzten Moment zurückgeschreckt. Wie ist es bei Ihnen?“

Bei einer Erhebung der akuten Gefährdung sollten sowohl protektive als auch Risikofaktoren für Suizidalität erfasst werden. In der NVL „Unipolare Depression“ werden als Risikofaktoren für einen Suizid beispielsweise vorbestehende psychische oder Abhängigkeitserkrankungen genannt. Akute Lebenskrisen, Isolation, chronische Schmerzen, vorbestehende Suizidgedanken, eigene Suizide und solche in der Umgebung oder in der Familiengeschichte sind weitere Risikofaktoren. Dagegen können Religiosität, Zugehörigkeit, Selbstwirksamkeit oder ein hoher Selbstwert und Gründe zu leben protektiv wirken. [15]

Es sollen mehrere, zeitlich voneinander getrennte Gespräche mit dem/der anfragenden Patienten/Patientin geführt werden. Dies dient u. a. der Klärung von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit des Sterbewunsches.

5.2 Motive für die Bitte um Suizidassistenz

Empfehlung

Im Gespräch sollen die Motive und Intentionen hinter der Bitte nach einer Suizidassistenz erfragt und dokumentiert werden.

Empfehlung

Bei somatischen oder psychischen Ursachen für den Sterbewunsch soll ermittelt werden, ob es kurative oder palliative Behandlungsoptionen gibt.

Statement

Hinter der Anfrage nach Suizidassistenz können andere Bedürfnisse als die tatsächliche Unterstützung beim Suizid verborgen sein. Die Bitte um Suizidassistenz ist nicht mit einem Handlungsauftrag gleichzusetzen.

Zentrales Anliegen der Arzt-Patienten-Kommunikation beim Wunsch nach Suizidassistenz ist die Exploration der Motive für den Suizidwunsch.

In einer Auswertung von 118 Fallbeschreibungen assistierter Suizide wurden verschiedene Motive für den Sterbewunsch herausgearbeitet. Am häufigsten genannt wurde fehlende Lebensperspektive bei schwerer Erkrankung (29,1 %). Es folgten Angst vor Pflegebedürftigkeit (23,9 %) und Lebensmüdigkeit ohne Vorliegen einer schweren Erkrankung (20,5 %). Darüber hinaus wurden aus Sicht des Sterbewilligen nicht behandelbare Symptome im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung sowie unerträgliche körperliche Symptome im Rahmen einer schweren Erkrankung genannt. [2]

Der Wunsch nach Suizidassistenz ist häufig multifaktoriell bedingt und tief in der eigenen Biografie verwurzelt [16,17]. Im Einzelfall stellen die hinter der Anfrage zur Suizidassistenz stehenden Motive einen Behandlungsauftrag für den Hausarzt/die Hausärztin oder andere medizinische/therapeutische Fachdisziplinen dar. Die Motivation für die Bitte um Suizidassistenz kann verschiedene Dimensionen haben: Gründe, Bedeutungen und Funktionen [18].

Naheliegender Fragestellung für das Gespräch sind die Gründe, die für den Wunsch nach Suizidassistenz als kausal von Patient:innen empfunden werden. Diese können unterteilt werden in

- Somatische (z. B. Schmerzen, Luftnot, Übelkeit/Erbrechen, ulzerierende Wunden, Inkontinenz),
- Psychische (z. B. innere Unruhe, Unbehagen, Traurigkeit, Angst – etwa vor Pflegebedürftigkeit oder Abhängigkeit),
- Soziale (z. B. Einsamkeit, Verlust der sozialen Rolle, finanzielle Schwierigkeiten, Gefühl der Vernachlässigung),
- Existenzielle oder spirituelle (z. B. Verlust der Würde, Gefühl der Handlungsunfähigkeit, Hoffnungslosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens) Gründe [16,19].

Besonders ältere, möglicherweise bereits pflegebedürftige Personen stellen eine vulnerable Gruppe im Hinblick auf den Wunsch nach Suizidassistenz dar [2,20].

Bei adäquater Symptomkontrolle, wozu häufig auch die Therapie einer bis dahin möglicherweise nicht diagnostizierten Depression gehört [21], nehmen viele Personen Abstand von ihrem Wunsch, ihr Leben zu beenden [17]. Auch bei sozialen, existenziellen oder spirituellen Gründen kann im ärztlichen Gespräch reagiert werden. Allein das Erkennen und Anerkennen der Leidenssituation kann lindernd wirken. Ggf. kann die Teilhabe am sozialen Leben durch eine geeignete funktionelle Therapie (z. B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) verbessert, die Wohn- und/oder Pflegesituation angepasst oder die Weitervermittlung an fachspezifische oder soziale Stellen initiiert werden.

Weitere Dimensionen sind Bedeutung und Funktion des Wunsches nach Suizidassistenz [18]. Hinter der Bedeutung kann das individuelle Narrativ des/der anfragenden Patienten/Patientin stehen, in dem sich seine/ihre persönlichen Werte und Vorstellungen widerspiegeln. Mögliche Bedeutungen der Bitte um Suizidassistenz können z. B. sein, das eigene schwere Leiden oder das als wertlos empfundene Leben zu beenden, in eine andere Realität überzutreten oder andere vor der eigenen Last zu verschonen [18]. Einige dieser Motive sind ärztlicherseits beeinflussbar, andere nicht. Im gemeinsamen Gespräch sollten Patient:innen jedoch auch diese „unbeeinflussbaren“ Gedanken und Überlegungen in wertschätzender und offener Umgebung äußern können.

Mitunter hat die Bitte um Suizidassistenz im hausärztlichen Setting eine spezifische Funktion, jenseits des Sterbenwollens. Diese könnte z. B. darin bestehen einmal über das Thema Sterben mit ausreichender Zeit zu sprechen zu können. Andere Funktionen wären, die Angst vor dem Tod, das Bedürfnis nach Hilfe und Affirmation zu äußern, ein Gefühl der Handlungsfähigkeit zu reetablieren oder den, bzw. die Andere zu provozieren oder manipulieren zu wollen [18].

Der Sterbewunsch, sein Zustandekommen und die dahinter liegende Motivation sollten im gemeinsamen Gespräch reflektiert werden [18].

Bei Vorliegen einer akuten Krise kann die BELLA-Intervention hilfreich sein → [Abbildung 1](#). Da die Exploration oft Zeit und eine ruhige Gesprächsatmosphäre voraussetzt, kann sie bei Bedarf auf einen zeitnahen Termin verlegt werden. Insgesamt empfiehlt es sich, mehrere verbindliche Termine zu vereinbaren, um die Dynamik des Wunsches nach Suizidassistenz bzw. der Einfluss etwaiger eingeleiteter Maßnahmen zu beobachten. Die Sorge davor, in Gesprächen über Sterbewünsche solche erst zu erwecken, ist unbegründet [22].

Die Möglichkeit zu einem offenen Gespräch hat in vielen Fällen eine entlastende Wirkung [23,24]. Weiterhin trägt ein solches Gespräch häufig zur Stärkung der Vertrauensbeziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen bei. Vermutete Sterbewünsche sollten von Hausärzt:innen daher immer aktiv angesprochen werden [17]. Insbesondere älterer Patient:innen äußern diese häufig nicht direkt [20]. Bei der weiteren Exploration des Wunsches nach Suizidassistenz sollte der/die Arzt/Ärztin sich bewusst machen, dass hinter diesem Wunsch nicht zwangsläufig ein (Be-)Handlungsauftrag stehen muss. Das gilt sowohl im Hinblick auf die Durchführung der Suizidassistenz als auch auf die Einleitung therapeutischer, sozialer oder organisatorischer Maßnahmen. Die Motivation hinter der Äußerung eines solchen Wunsches kann viele Dimensionen haben [18].

Nicht allen kann mit ärztlichem Handeln begegnet werden.

Um diese Dimensionen zu explorieren und darauf eingehen zu können, sollte in der Kommunikation auf größtmögliche Offenheit geachtet werden. Konkret bedeutet das:

- Offenheit für Gespräche über das Sterben, Sterbe- und Suizidwünsche zu formulieren;
- Offene Fragen zu stellen;
- Offen gegenüber anderen Positionen und Perspektiven zu sein (die eigene Haltung zu kennen und von einer anderen abgrenzen zu können, hilft dabei)
- Das Gespräch non-direktiv und ergebnisoffen zu gestalten; es sollte weder das pauschale Ziel sein, Patient:innen beim Suizid zu unterstützen noch ihn/sie davon abzubringen (auch hierbei ist es entscheidend, sich der eigenen Haltung bewusst zu sein, da diese sich bewusst oder unbewusst in der Kommunikation widerspiegeln wird).

Neben Offenheit ist Empathie besonders wichtig für das Gelingen der Kommunikation in diesem Beratungsanlass. Hierbei sollten jedoch verbale wie nonverbale Äußerungen von Wertungen, Beurteilungen sowie Nachvollziehbarkeit des Wunsches nach Suizidassistenz aktiv vermieden werden. Diese bergen die Gefahr, dass Patient:innen in ihnen eine rechtfertigende Bestätigung ihrer persönlichen Einschätzung erkennen, dass ihr Leben nicht mehr lebenswert ist und eine ärztliche Indikation zur Suizidassistenz besteht. Weiterhin steht es laut dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 keinem Dritten zu, den Wunsch, das eigene Leben zu beenden, zu beurteilen. [5] Einer ärztlichen Beurteilung bedarf es lediglich in den Fragen,

- ob akute Suizidalität und/oder eine Indikation zur sofortigen stationären Behandlung besteht,
- ob dem Wunsch nach Suizidassistenz eine behandlungsbedürftige Erkrankung zugrunde liegt,
- ob der Wunsch auf Leiden beruht, die mit anderen Mitteln oder Maßnahmen gelindert werden können (wobei der/die Patient:in nicht verpflichtet ist, diese auszuprobieren; er/sie sollte jedoch darüber informiert werden und bei Bedarf Zugang dazu erhalten).
- Bei Bestehenbleiben des Wunsches nach Suizidassistenz, ob dieser freiverantwortlich zustande gekommen ist.

Zur besseren Einschätzung dieser Fragen bzw. zur Erleichterung der Exploration des Wunsches nach Suizidassistenz kann es hilfreich sein, weitere Personen zu den Gesprächen hinzuziehen – z. B. Menschen, die dem/der Patienten/Patientin nahestehen wie Familienangehörige, Freund:innen, aber auch z. B. Pflegepersonen, Seelsorgende oder Pfarrpersonen. Dies soll jedoch nur mit dem Einverständnis der Patient:in erfolgen.

6 Optionen der Suizidassistenz

6.1 Medikamentöse Optionen

Empfehlung

Betäubungsmittel nach Anlage III BtMG sollen zum assistierten Suizid nicht verordnet werden.

Empfehlung

Beim assistierten Suizid ist die Applikation/Einnahme des Medikamentes durch den Sterbewilligen selbst vorzunehmen.

Das im Ausland als Suizidmittel genutzte Pentobarbital, das per os zu applizieren ist, steht in Deutschland nicht zur Verfügung [25]. Nach einem Urteil des OVG NRW ist auch eine Einfuhr zum Zwecke der Suizidassistenz nicht möglich. [26]

Der Applikationsweg für das Suizidmittel ist nicht unerheblich. Bei der Abgrenzung der straffreien Suizidassistenz von der strafbaren Tötung auf Verlangen ist für die juristische Beurteilung der Tatherrschaft entscheidend, ob sich der Sterbewillige das Suizidmittel selbst zuführt oder dies durch den Assistenten geschieht. Im letzteren Fall setzt sich der Suizidassistent der Gefahr einer Strafverfolgung wegen des Verstoßes gegen den § 216 StGB (Tötung auf Verlangen) aus. Per os zu verabreichende Suizidmittel ermöglichen dem Suizidwilligen mit intakter Motorik und erhaltenem Schluckakt die eigenständige Einnahme. Dies ist bei intravenös zu applizierenden Substanzen schwieriger. Hier kommt zum Beispiel das Narkotikum Thiopental in Betracht, das nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Die Verwendung dieses Mittels wurde vom OVG Münster in einer Entscheidung als Alternative zur Anwendung von Pentobarbital beschrieben. [26]

Zu beachten ist hier die Nebenwirkung einer Gewebsnekrose bei Paravasat. Thiopental ist einerseits nicht zur Suizidassistenz zugelassen, andererseits ist eine Anwendung außerhalb der Zulassung grundsätzlich möglich.

Zur Verwendung von Betäubungsmitteln zum Zwecke des Suizides führt das Oberverwaltungsgericht NRW aus, dass „...die Verwendung eines Betäubungsmittels zum Zweck der Selbsttötung nicht mit dem Zweck des Gesetzes vereinbar sei, Gesundheit und Leben der Bevölkerung zu schützen“. [27] Eine Verordnung von Substanzen, die in der Anlage III des BtMG aufgeführt sind, zum Zwecke der Suizidassistenz soll vor diesem Hintergrund nicht erfolgen. [28]

Mit den Patient:innen ist zu besprechen, dass es zwar begrenzte Erfahrungen mit verschiedenen Mitteln gibt, jedoch keine systematische Forschung zu diesem Anwendungsgebiet. Dies führt dazu, dass der Verlauf und unerwünschte Wirkungen des assistierten Suizides nicht vorher-

gesagt werden können. Mit Patient:innen und Angehörigen ist ein Prozedere zu vereinbaren, sollte der beabsichtigte Tod unter der Medikation nicht eintreten.

6.2 Nichtmedikamentöse Optionen

Bei Patient:innen mit Sterbewunsch wegen fehlender Lebensperspektive im Rahmen einer schweren, unter Umständen progredienten somatischen Erkrankung oder in palliativer Situation kommt ein Behandlungsabbruch in Frage. Über die zu erwartende Verschlechterung von Symptomen sowie über Möglichkeiten der Linderung ist der Patient /die Patientin aufzuklären. Hier ist die Einbeziehung von Hospizdiensten und Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung zu prüfen.

Der freiwillige Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung, auch bekannt als „Voluntary Stop Eating and Drinking“ (VSED), ist eine Entscheidung von Patient:innen, die bewusst auf die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit verzichten, um den Todeseintritt zu beschleunigen oder herbeizuführen.

Zu diesem Thema wird auf das Positionspapier der deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin aus dem Jahre 2019 verwiesen. [29]

Die hausärztliche Perspektive auf den freiwilligen Verzicht findet sich in der Handreichung niederländischer Kolleg:innen. [30]

Ein Mensch, der Essen und Trinken einstellt, stirbt eines natürlichen Todes.

7 Nachbereitung einer Suizidassistenz

Statement

Eine Nachbereitung richtet sich gleichermaßen an das Praxisteam und an die Hinterbliebenen.

Statement

Ressourcen zur Nachbereitung sind Teambesprechungen, Qualitätszirkel, Ambulante Ethikberatung, Angebote von Hospizdiensten und Trauerbegleitern.

Empfehlung

Die Angehörigen sollten frühzeitig über das notwendige Procedere nach dem Eintreten des Todes sowie über die obligate Hinzuziehung der Polizei informiert werden.

Jeder assistierte Suizid stellt einen Einzelfall dar, der einerseits zu persönlicher Belastung und ggf. zu Herausforderungen im Praxisteam führen kann, aus dem andererseits zur Qualitätssicherung Schlussfolgerungen für folgende Fälle gezogen werden können. Die Beteiligung am ärztlich assistierten Suizid kann eine intensive und belastende Erfahrung darstellen und so zu emotionalen Herausforderungen führen. Eine besondere Rolle spielt dabei, dass das Team oft langjährige und sehr persönliche Beziehungen zu ihren Patient:innen und deren Familien hatte. Insbesondere wenn ein Teammitglied gegen seine eigenen moralischen Vorstellungen verstoßen hat, kann moral distress als psychologische Reaktion auf das subjektive Erleben eines eingeschränkten moralischen Handlungsvermögens entstehen, der zu schwerwiegenden Problemen führen kann.[31] Dies kann insbesondere auftreten, wenn Strukturen zur Bearbeitung solcher Situationen fehlen.[32] Die offene Diskussion über die Erfahrungen und die Verarbeitung im Team kann dazu beitragen, Emotionen zu bewältigen. Es ist wichtig, Möglichkeiten für Gespräche im Team, Austausch mit Kolleg:innen oder Supervision zeitnah anzubieten, um die Verarbeitung zu ermöglichen und das Team zu stärken.

Außerdem ist entscheidend, dass jeder Beteiligte Raum für Selbstreflexion und Weiterentwicklung seiner persönlichen Haltung hat. Bei entsprechenden Warnsymptomen ist auch über das Hinzuziehen einer externen Supervision oder psychologischer Unterstützung nachzudenken.

Der assistierte Suizid/die Suizidassistenz sind ungewohnt für alle Beteiligten (Praxisteam, Angehörige). Daher erscheint es wichtig, die Angehörigen frühzeitig auf die Suizidbegleitung vorzubereiten. Unter anderem ist zu besprechen, in welcher Form die Angehörigen nach dem Eintreten des Todes betreut werden möchten, wenngleich die Situation zu gegebener Zeit neu zu bewerten ist. Dazu gehören auch Informationen über das Procedere incl. der Todesfeststellung. Angehörige sollten vorab informiert werden, dass ein assistierter Suizid ein nicht-

natürlicher Todesfall ist und nach Todesfeststellung die Polizei gerufen wird. Im Ergebnis kann es zu einem Todesermittlungsverfahren durch die Staatsanwaltschaft kommen.

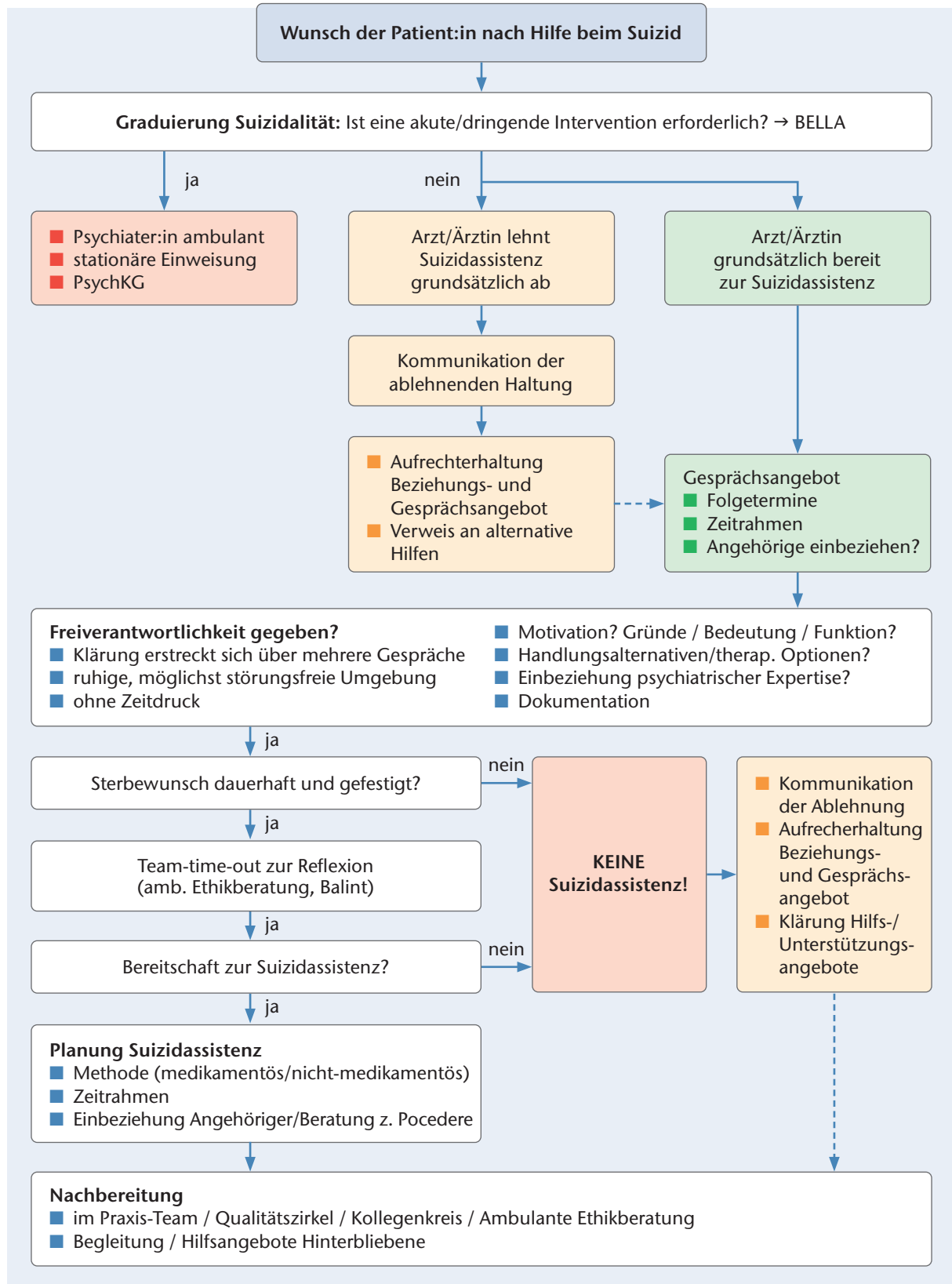
Gleichzeitig gilt es auch nach dem durchgeführten Suizid, eine Betreuung der Hinterbliebenen zu gewährleisten. Auch wenn die Hinterbliebenen ebenfalls Patient:innen der Praxis sind, ist es wichtig, die Beziehung nicht abbrechen zu lassen. Ein Vertrauensverlust der Angehörigen gegenüber dem betreuenden Team konnte in mehreren Studien widerlegt werden [33,34]. Pathologische Trauer oder Depressionen sind bei Hinterbliebenen nach ärztlich assistiertem Suizid nicht häufiger als nach natürlichem Tod. [35]

Unterstützungsangebote wie Trauerbegleitung für die Hinterbliebenen (z. B. ambulante Hospizdienste) sollten vermittelt werden, um sie in der Bewältigung ihrer Trauer und Emotionen zu unterstützen.

Abbildung 1: Hilfen für die erste Einschätzung

<p>BELLA nach [15]</p> <p>Beziehungsaufbau/Gesprächsangebot</p> <p>Erfassen der Situation inkl. Graduierung der Suizidalität</p> <p>Linderung der Symptome</p> <p>Leute einbeziehen</p> <p>Ansatz zur Problembewältigung finden</p>	<p>Fragen zur Freiverantwortlichkeit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ist der Sterbewunsch bedingt durch eine akute psychische Erkrankung und Ausdruck krankheitsbedingten Verhaltens? 2. Begründet sich der Sterbewunsch vorrangig auf nicht ausreichend behandelte Symptome einer Erkrankung oder ist anderweitig Ausdruck einer akuten Notlage? 3. Ist der Sterbewunsch Ausdruck einer Nebenwirkung von Medikamenten oder anderen iatrogenen Interventionen? 4. Basiert der Sterbewunsch auf einer Beeinflussung Dritter und ist nicht Ausdruck des freien Willens des Patienten oder der Patientin? 5. Kann der Patient oder die Patientin ihren Wunsch zu Sterben und die Motive hierfür plausibel formulieren? 6. Ist der Sterbewunsch reproduzierbar und nicht nur Ausdruck einer akuten, schweren Lebensmüdigkeit? <p>fragliche Freiverantwortlichkeit bei mind 1x „ja“ bei Fragen 1-4 oder mind 1x „nein“ bei Fragen 5 und 6</p>
<p>Graduierung Suizidalität gemäß NVL Unipolare Depression [15]</p> <p>Stufe 1: Lebensüberdruß, Wunsch nach Ruhe und Pause</p> <p>Stufe 2: aktive Suizidgedanken ohne konkrete Planungen</p> <p>Stufe 3: konkrete Suizidpläne und/oder -vorbereitungen (Abschiedsbrief, Methodenerwerb, Probehandlungen)</p> <p>Stufe 4: suizidale Handlung</p>	

Abbildung 2: Schematischer Ablauf Kommunikation Suizidassistenz



Legende: fakultativer Weg

9 Quellenverzeichnis

1. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. JAMA [Internet]. 5. Juli 2016;316(1):79. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
2. Bruns F, Blumenthal SJ, Hohendorf G. Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift [Internet]. 17. Februar 2016;141(04):e32–7. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1055/s-0041-111182>
3. BGH 3 StR 79/96 - Urteil vom 15. November 1996 (LG Kiel)
4. BGH 2 StR 454/09 - Urteil vom 25. Juni 2010 (LG Fulda)
5. Bundesverfassungsgericht. Bundesverfassungsgericht – Entscheidungen – Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig [Internet]. Verfügbar unter: https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html
6. Deutsches Ärzteblatt. Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe. 05.05. 2021. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539/Aerztetag-streicht-berufsrechtliches-Verbot-der-aerztlichen-Suizidbeihilfe> [Letzter Zugriff: 07.01.2024]
7. § 216 StGB - Einzelnorm [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html
8. Urteil des 5. Strafsenats vom 3.7.2019 - 5 StR 132/18 - [Internet]. Verfügbar unter: <https://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&sid=a0fd709eddb170fa94517f390760e00c&nr=101282&pos=0&anz=3>
9. persönliche Mitteilung von Prof. H. Rosenau, Martin-Luther-Universität Halle, Mail vom 10.01.2024
10. Lto. LG Berlin verurteilt Arzt wegen Sterbehilfe [Internet]. Legal Tribune Online. 2024. Verfügbar unter: <https://www.lto.de/recht/nachrichten/n/540ks223-ig-berlin-i-sterbehilfe-medizinstrafrecht-ethik/>
11. Landgericht Essen, 32 KS-70 JS 354/20-5/23 [Internet]. Verfügbar unter: http://www.justiz.nrw.de/nrwe/lgs/essen/lg_essen/j2024/32_Ks_70 Js_354_20_5_23_Urteil_20240201.html
12. Bundesärztekammer. Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten [Internet]. Bd. Jg. 116, Deutsches Ärzteblatt. 2019 Mai. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Einwilligungsfahigkeit.pdf
13. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Dtsch Arztebl International. 2021;20(8):[379].
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, USA; 2001.
15. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. 2022. Online verfügbar: www.leitlinien.de/depression. [Letzter Zugriff: 09.01.2023]. DOI: 10.6101/AZQ/000493.
16. Dransart DAC, Lapierre S, Erlangsen A, Canetto SS, Heisel MJ, Draper B, u. a. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. Aging & Mental Health [Internet]. 10. Dezember 2019;25(3):420–30. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1697201> (S. 428)
17. Sprung CL, Somerville M, Radbruch L, Collet NS, Duttge G, Piva JP, u. a. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. Journal of Palliative Care [Internet]. 1. Juni 2018;33(4):197–203. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/0825859718777325> (S. 199)

18. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C. What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care* [Internet]. 31. Juli 2014;13(1). Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/1472-684x-13-38>
19. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, u. a. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLOS ONE* [Internet]. 4. Januar 2016;11(1):e0146184. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184> (S. 8) (im Kapitel „Ziele“ S. 2)
20. Lindner R, Drinkmann A, Schneider B, Sperling U, Supprian T. Suizidalität im Alter *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [Internet]. 25. Februar 2022;55(2):157–64. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00391-022-02030-w> (S. 157)
21. Macleod S. Assisted Dying in Liberalised Jurisdictions and the Role of Psychiatry: A Clinician’s View. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [Internet]. 16. Januar 2012;46(10):936–45. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1177/0004867411434714>
22. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine* [Internet]. 7. Juli 2014;44(16):3361–3. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1017/s0033291714001299>
23. Working Group of the Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour. *Clinical Practice Guideline for the Prevention and Treatment of Suicidal Behaviour*. Ministry of Health, Social Policy and Equality National Health System Quality Plan. Galician Agency for Health Technology Assessment (avalia-t), 2012, SNS Clinical Practice Guidelines: Avalia-t 2010/02. [Internet] Verfügbar unter <http://content.guidelinecentral.com/guideline/get/pdf/2934> (S. 77)
24. Bertolote JM, World Health Organization, Dr Jean-Pierre Soubrier, Dr Sergio Pérez Barrero, Dr Annette Beau-trais, Professor Diego de Leo, u. a. PREVENTING SUICIDE [Internet]. A RESOURCE FOR GENERAL PHYSICIANS. 2000. Verfügbar unter: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67165/WHO_MNH_MBD_00.1.pdf?sequence=1
25. BVerwG 3 C 8.22, Urteil vom 07. November 2023 | Bundesverwaltungsgericht [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/071123U3C8.22.0>
26. gUG openJur. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 08.08.2023 - 9 B 194/23 [Internet]. openJur. Verfügbar unter: <https://openjur.de/u/2473669.html>
27. gUG openJur. OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 02.02.2022 - 9 A 146/21 [Internet]. openJur. Verfügbar unter: <https://openjur.de/u/2387682.html> Rn21
28. Anlage III BTMG - Einzelnorm [Internet]. Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/anlage_iii.html
29. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken [Internet]. Positionspapier. 2019. Verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf
30. Stoppen met eten en drinken [Internet]. KNMG. 2024. Verfügbar unter: <https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/levenseinde-2/zelfbeschikking/stoppen-met-eten-en-drinken-1>
31. Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall;1984:6
32. Monteverde, S. Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik Med* 31, 345–360 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>
33. Dobscha SK, Heintz RA, Press N, Ganzini L. Oregon Physicians’ Responses to Requests for Assisted Suicide: A Qualitative Study. *Journal Of Palliative Medicine* [Internet]. 1. Juni 2004;7(3):451–61. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1089/1096621041349374>
34. Wiesing U. Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein! *Ethik in der Medizin* [Internet]. 21. Juni 2012;25(1):67–71. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0205-9>

35. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK, Prigerson HG. Mental Health Outcomes of Family Members of Oregonians Who Request Physician Aid in Dying. *Journal Of Pain And Symptom Management* [Internet]. 1. Dezember 2009;38(6):807–15. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.04.026>

10 Anhang

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Derdem koordinierenden Autor:in liegen keine Hinweise auf relevante Interessenkonflikte der Beteiligten vor. Im Rahmen des Updates wurden von allen an der Leitlinie beteiligten Autor:innen und Pat:innen die AWMF-Interessenkonflikterklärungen über das AWMF-Onlineportal eingeholt (s. Website www.awmf.de). Die Erklärungen der Interessenkonflikte wurden von Dr. rer. Biol. Hum. Cathleen Muche-Borowski (DEGAM-Leitliniengeschäfts-/entwicklungsstelle) hinsichtlich Befangenheiten in der Abstufung gering – moderat – hoch bewertet. Als geringe Interessenkonflikte wurden einmalige Tätigkeiten mit Bezug zur Leitlinie (z. B. Vorträge, einmalige Begutachtung) < 5.000 € pro performance bewertet. Längerfristige, extern finanzierte Tätigkeiten (z. B. regelmäßige Mitarbeit in Advisory boards von Unternehmen zu Themen mit Leitlinienbezug) > 10.000 € pro Jahr wurden als moderate Konflikte eingestuft. Als hohe Interessenkonflikte haben wir einerseits Eigentumsinteressen (Patente, erheblicher Aktienbesitz an Unternehmen, Firmenbesitz) oder höher finanzierte Tätigkeiten > 50.000 € p.a., die auf eine enge Anbindung an Industrie/Unternehmen hinweist, eingestuft. In der Konsequenz würde ein geringer Interessenkonflikt zum Ausschluss von Leitungsfunktionen bei der Leitlinie, ein moderater Konflikt zur Enthaltung bei Abstimmungen und ein hoher Interessenkonflikt zum Ausschluss der Leitlinienmitarbeit führen. Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung dargestellt.

Es wurden keine von Interessenkonflikten betroffenen Themen der Leitlinie festgestellt. Für die zentralen Aussagen der Leitlinie besteht ein Konsens unter den Beteiligten.

Zusammenfassende Tabelle (Anhang 1, Export aus AWMF-online)

Kommentare aus der SLQ-Kommentierung und deren Umgang (Anhang 2)

Rückmeldungen und Kommentare wurden zwischen dem dem 17.06.2024 und dem 02.07.2024 eingeholt und überwiegend berücksichtigt.

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen/oder Co-autor:innen-schaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Egidi, Günther	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Keine	Mitglied: Deutscher Hausärzterverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Diabetes, KHK, kardiovaskuläre Prävention, Klinische Tätigkeit: Hausarzt, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitglied der DEGAM-Sektion Fortbildung und der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen, Persönliche Beziehung: keine	COI: keine
Dr. med. Farr, Luise	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein.	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Mitgliedschaft), Mitglied: Marburger Bund (Mitgliedschaft), Mitglied: Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Mitgliedschaft), Wissenschaftliche Tätigkeit: PEBB - Patient:innen evidenzbasiert beraten und behandeln, Wissenschaftliche Tätigkeit: HAPASS - Hausärztliche Perspektiven auf den assistierten Suizid, Klinische Tätigkeit: Klinik für Innere Medizin III, Funktionsbereich Endokrinologie - Diabetes/Stoffwechselerkrankungen, Universitätsklinikum Jena, Klinische Tätigkeit: Klinik für Innere Medizin III, Funktionsbereich Rheumatologie/Osteologie, Universitätsklinikum Jena, Klinische Tätigkeit: Klinik für Innere Medizin II, Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Jena, Klinische Tätigkeit: Gemeinschaftspraxis Müller/Gärtner (Allgemeinmedizin), Jena, Klinische Tätigkeit: Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena, Klinische Tätigkeit: Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena	COI: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen/oder Co-autor:innen-schaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Fuchs, Stephan	Gutachter beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg für §12 SGB V	Nein	pharma-unabhängigen Fortbildungsinstituten/Einrichtungen	Nein	Nein	Nein, Mitglied in der Fachgesellschaft DEGAM; sowie Deutscher Hausärzteverband, Mezis	Mitglied: keine Mitgliedschaft in Interessensverbänden i. Bezug auf das Leitlinienthema Mitglied in der Fachgesellschaft DEGAM; sowie Deutscher Hausärzteverband, Mezis, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Tätigkeit mit den Teilbereichen Geriatrie, Palliativmedizin, Suchtmedizin, Außer-klinische Intensivpflege	COI: keine
Gerber, Meike	Nein	Nein	Nein	Nein	Stiftung Gesundheitswissen, BMBF	Nein	Mitglied: Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Autonomie und Suizidassistenten, empirische Forschung zu Einstellungen zur Suizidassistenten bei klinischem Personal im Rahmen wiss. Qualifizierung (Promotion)	COI: keine
Kahle, Claudia	Nein	Nein	Kompetenz Zentrum Niedersachsen MAAEF Allgemein-medizinkompakt IHF Mentorin KANN Braunschweig	Der Allgemeinarzt	Nein	Nein	Mitglied: Hausärzte und Hausärztinnen Verband, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, deutsche Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie Vorstand Hospizstiftung Niedersachsen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: unsere Praxis hat die Weiterbildungs-ermächtigung für FÄ Allgemeinmedizin und wir bilden ÄIWs aus	COI: keine
Dr. med. Karl, Ilja	Nein	Nein	Hausärzteverband Brandenburg, Kassen-ärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Institut für hausärztliche Fortbildung, Kompetenzzentrum Weiterbildung Charite	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM Mitglied Sektion Fortbildung, Klinische Tätigkeit: Primärversorgung als allgemein-medizinischer Hausarzt	COI: keine

	Tätigkeit als Berater:in und/oder Gutachter:in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor:innen/oder Co-autor:innen-schaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer:inneninteressen (Patent, Urheber:innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Lunden, Laura	Nein	Nein	Dozentin der DESAM Nachwuchsakademie der Deutschen Stiftung für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	Nein	Hevert-Arzneimittel	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Mitglied: Hausärztinnen- und Hausärzteverband, Wissenschaftliche Tätigkeit: Post-COVID, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mitarbeit an verschiedenen Leitlinien, Wissenschaftliche Tätigkeit: Junge Allgemeinmedizin Deutschland, Klinische Tätigkeit: Allgemeinmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Überregionales Treffen der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Tag der Allgemeinmedizin des Instituts für Allgemeinmedizin Kiel	COI: keine
Reddemann, Olaf	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Mitglied SLQ, Sprecher bzw. Co-Sprecher der AG Psychosomatik Deutscher Hausärzteverband, DGPM, Balintgesellschaft, DZvhÄ jeweils ohne besondere Funktion Carus-Stiftung, Stiftungsbeirat, Wissenschaftliche Tätigkeit: Rauchstoppperatung in der Hausarztpraxis, Psychotraumatologie und hausärztliche Versorgung, somatisches Kranksein von Menschen mit schweren psychischen Störungen, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Versorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kurse der psychosomatischen Grundversorgung für das IhF (Institut für hausärztliche Fortbildung) und die Ärztliche Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Nordrhein	COI: keine

Anhang 2

SLQ Abstimmung und Kommentierung vom 02.07.2024

Abstimmungsergebnis: 25 x ja, 2 x nein, 6 x Enthaltung

	Kommentare	Anmerkung nach Bearbeitung
Unbekannte	Es wäre eine Möglichkeit ein deutsch-österreichisches Gemeinschaftsprojekt zu machen. In A gibt es seit 2022 das Sterbeverfügungsgesetz und Hausärzt:innen haben eine wichtige Beratungsrolle in diesem strukturierten Prozess der Sterbeverfügung in A.	<ol style="list-style-type: none"> 1. In Deutschland gibt es keinerlei Gesetzgebung. In Österreich ist mit dem Sterbeverfügungsgesetz die Suizidassistenz in bestimmten Fällen geregelt. 2. Das Sterbeverfügungsgesetz in Österreich adressiert unheilbar Kranke. Dies entspräche allenfalls einer Teilpopulation dessen, was wir mit unserer Leitlinie adressieren wollen. 3. Unter diesen Umständen erscheint mir ein Austausch sinnvoll, eine gemeinsame Leitlinie nicht.
	Alle weiteren Kommentare waren rein redaktionell und wurden im Layout umgesetzt.	Danke