

publiziert bei:	 AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin
-----------------	---

AWMF-Register Nr. 096-001	Klasse: S2k
----------------------------------	--------------------

Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz

S2k-Leitlinie

der

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

und

Anmeldende Fachgesellschaften

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO), Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Weitere Fachgesellschaften und Organisationen

BAG Patient*innenvertretung (BAG), Berufsverband deutscher Fachärzte für Psychiatrie & Berufsverband deutscher Nervenärzte (BVDP/BVDN), Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BAPK), Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP), Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB), Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), Deutsche

Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM), Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (DKG – ASO), Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie/Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (DKG – DEGRO/ARO), Deutsche Krebsgesellschaft, Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (DKG – GPOH), Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (DKG – PRIO), Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (DKG – PSO), Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (DKG – AIO), Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (DKG – APM), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro), Pandora Selbsthilfe (Pandora)

Version: 1.0

Datum der Fertigstellung: 22.10.2026

Herausgebende

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Prof. Dr. Alfred Simon

Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Telefon: 0551/39-35344

E-Mail: simon@aem-online.de

Leitliniensekretariat

Leonie Kupsch, Dr. Sabine Sommerlatte, Prof. Dr. Jan Schildmann

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Profilzentrum Gesundheitswissenschaften

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)

Telefon: 0345/557-3550

E-Mail: jan.schildmann@medizin.uni-halle.de

Bitte wie folgt zitieren:

Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (Hrsg.). *S2k-Leitlinie Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz*, Version 1.0, 22.10.2026, AWMF-Registernummer 096-001, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/096-001>

Inhaltsverzeichnis

Herausgebende	3
Inhaltsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
1. Geltungsbereich und Zweck	9
1.1 Zielsetzung und Fragestellung	9
1.2 Versorgungsbereich	9
1.3 Patient:innenzielgruppe	9
1.4 Adressat:innen	10
1.5 Suizidassistenz bei Minderjährigen	10
2. Terminologie	12
2.1 Suizidalität	12
2.2 Suizid (Selbsttötung)	12
2.3 Suizidversuch	12
2.4 Suizidpläne	13
2.5 Suizidgedanken	13
2.6 Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)	13
2.7 Todeswünsche	13
2.8 Assistierter Suizid	13
2.9 Tötung auf Verlangen	14
2.10 An- und Zugehörige	14
3. Rechtlicher Rahmen in Deutschland	15
4. Empfehlungen und Statements zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz	16
4.1 Vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	17
4.1.1 Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen für vertiefte Gespräche zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	17
4.1.2 Dimensionen eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	24
4.1.3 Ziel eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	27
4.1.4 Setting eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	29
4.1.5 Inhalte eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	31

4.2	Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid	40
4.2.1	Ziel von Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid	41
4.2.2	Informations- und Beratungsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid	42
4.2.3	Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die nach assistiertem Suizid angefragt werden und bei Anfragen nach assistiertem Suizid informieren und beraten	48
4.2.4	Qualifizierung für Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid	52
4.2.5	Vorgehensweise für Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid	54
4.2.6	Anforderungen an Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid informieren und beraten	56
4.3	Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung	57
4.3.1	Rechtliche Kriterien für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung	57
4.3.2	Gestaltung des Prozesses der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung	59
4.3.3	Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit	64
4.3.4	Beurteilung der Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen	67
4.3.5	Beurteilung der Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck	68
4.3.6	Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit	70
4.4	Auswirkungen auf und Unterstützung für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen bei Anfragen nach assistiertem Suizid	73
4.4.1	Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf einzelne Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen	73
4.4.2	Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf Teams im Gesundheits- und Sozialwesen	75
4.4.3	Unterstützungsmöglichkeiten für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen für den Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid	77
4.5	Auswirkungen auf und Unterstützung für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid	81
4.5.1	Einbeziehung von An- und Zugehörigen von Anfragenden nach assistiertem Suizid in den Entscheidungs- und Begleitprozess	81
4.5.2	Unterstützungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid	84
4.5.3	Feststellung von Belastungen und Bedarfen von An- und Zugehörigen im Kontext des assistierten Suizids	87
4.5.4	Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid beraten und begleiten	90
4.5.5	Kinder und Jugendliche als An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid	95
5.	Wichtige Forschungsfragen	97
6.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe	98
6.1	Leitlinienkoordinator:innen/Ansprechpartner:innen	98
6.2	Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	99
6.3	Koordinator:innen und Mitwirkende an der Gestaltung der Kapitel dieser Leitlinie	103
6.4	Patient:innen-/Bürger:innenbeteiligung	104
6.5	Methodische Begleitung	104
7.	Informationen zu dieser Leitlinie	105

7.1	Methodische Grundlagen	105
7.2	Systematische Recherche, Auswahl und kritische Bewertung der Evidenz	105
7.3	Strukturierte Konsensfindung	105
7.4	Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke	108
8.	<i>Redaktionelle Unabhängigkeit</i>	109
8.1	Finanzierung der Leitlinie	109
8.2	Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	109
9.	<i>Verabschiedung</i>	110
10.	<i>Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren</i>	111
11.	<i>Verwendete Abkürzungen</i>	112
12.	<i>Literaturverzeichnis</i>	114
13.	<i>Anhang</i>	137
13.1	Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	137
13.2	Sondervoten	164

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: GRUNDHALTUNG IM RAHMEN EINES VERTIEFTEN GESPRÄCHS ZU TODESWÜNSCHEN UND SUIZIDALITÄT IM KONTEXT VON ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID	19
TABELLE 2: ÜBERSICHT ÜBER AFFEKTIVE, KOGNITIVE UND BEHAVIORALE GESPRÄCHSFÜHRUNGSKOMPETENZEN [56]	21
TABELLE 3: ÜBERSICHT ÜBER ASPEKTE PERSONENZENTRIERTER KOMMUNIKATION [64]	22
TABELLE 4: ÜBERSICHT ÜBER STRATEGIEN UND TECHNIKEN ZUR PERSONENZENTRIERTEN KOMMUNIKATION	23
TABELLE 5: MÖGLICHE ASPEKTE, DIE IM RAHMEN DES VERTIEFTEN GESPRÄCHS AUF UNTERSCHIEDLICHEN DIMENSIONEN THEMATISIERT UND ERFASST WERDEN KÖNNEN.....	25
TABELLE 6: MÖGLICHE ANSATZPUNKTE ZUR ERKUNDUNG VON KONTEXT, HINTERGRÜNDEN, MOTIVEN UND SUBJEKTIVER BEDEUTUNG EINER ANFRAGE NACH SUIZIDASSISTENZ IN EINEM VERTIEFTEN GESPRÄCH ZU TODESWÜNSCHEN UND SUIZIDALITÄT	28
TABELLE 7: WICHTIGE ASPEKTE FÜR DAS SETTING EINES VERTIEFTEN GESPRÄCHS ZU TODESWÜNSCHEN UND SUIZIDALITÄT.....	30
TABELLE 8: ÜBERBLICK ÜBER RELEVANTE ASPEKTE BEDÜRFTNISORIENTIERTER UNTERSTÜTZUNGS- UND BERATUNGSANGEBOTE	32
TABELLE 9: MÖGLICHER LEITFADEN/RELEVANTE ASPEKTE ZUM GESPRÄCH ZU ANFRAGEN ZUR SUIZIDASSISTENZ.....	33
TABELLE 10: HILFREICHE FRAGEN FÜR DAS VERTIEFTE GESPRÄCH ZU ANFRAGEN ZUR SUIZIDASSISTENZ	35
TABELLE 11: REFLEXIONSFRAGEN FÜR MITARBEITENDE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN	39
TABELLE 12: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESPRÄCHEN BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID IM KONTEXT VON LEBENSBEGRENZENDEN ERKRANKUNGEN.....	44
TABELLE 13: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID IM KONTEXT PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN.....	45
TABELLE 14: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID IM KONTEXT HOHER SYMPTOMLAST.....	45
TABELLE 15: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID IM KONTEXT VULNERABLER SITUATIONEN.....	46
TABELLE 16: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID IM KONTEXT VON CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN	46
TABELLE 17: MÖGLICHE SPEZIFISCHE INFORMATIONSBEDARFE BEI INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESPRÄCHEN MIT HOCHALTRIGEN PERSONEN	47
TABELLE 18: KENNTNISSE ALS ANFORDERUNG AN MITARBEITENDE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN, DIE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESPRÄCHE DURCHFÜHREN	49
TABELLE 19: FERTIGKEITEN ALS ANFORDERUNG AN MITARBEITENDE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN, DIE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESPRÄCHE DURCHFÜHREN	50
TABELLE 20: HALTUNGEN ALS ANFORDERUNG AN MITARBEITENDE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN, DIE BEI ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID INFORMATIONS- UND BERATUNGSGESPRÄCHE DURCHFÜHREN	51
TABELLE 21: ÜBERBLICK ZU INTERNEN UND EXTERNEN UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN IM KONTEXT DER QUALIFIZIERUNG, FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR INFORMATION UND BERATUNG	52
TABELLE 22: BEURTEILUNG DER EINSICHTS- UND URTEILSFÄHIGKEIT IM KONTEXT VON ASSISTIERTEM SUIZID NACH DEM VIER-FÄHIGKEITEN-MODELL VON GRISSE UND APPELBAUM [157, 158]	65
TABELLE 23: MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN VON ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID AUF MITARBEITENDE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN	74
TABELLE 24: MÖGLICHE AUSWIRKUNGEN VON ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID AUF IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN ARBEITENDE TEAMS	76
TABELLE 25: INFORMATIONEN, DIE EINRICHTUNGEN IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN IHREN MITARBEITENDEN ZUGÄNLICH MACHEN SOLLEN.....	78
TABELLE 26: MÖGLICHE EXTERNE UNTERSTÜTZUNGS-, GESPRÄCHS- UND BERATUNGSANGEBOTE.....	79
TABELLE 27: MÖGLICHE KOLLEAGIALE UNTERSTÜTZUNGS-, GESPRÄCHS- UND BERATUNGSANGEBOTE.....	80
TABELLE 28: AUSGEWÄHLTE, GEEIGNETE UND IN DEUTSCHEN VERSIONEN VERFÜGBARE SKALEN UND RATINGINSTRUMENTE.....	87
TABELLE 29: ÜBERSICHT ÜBER ANFORDERUNGEN AN BERATENDE FÜR AN- UND ZUGEHÖRIGE IM KONTEXT VON ANFRAGEN NACH ASSISTIERTEM SUIZID	93
TABELLE 30: MITGLIEDER DER LEITLINIENGRUPPE.....	99
TABELLE 31: EINGELADENE EXPERT:INNEN.....	102
TABELLE 32: KOORDINATOR:INNEN UND MITWIRKENDE AN DER GESTALTUNG DER KAPITEL DIESER LEITLINIE.....	103
TABELLE 33: ÜBERBLICK ÜBER DIE STRUKTURIERTE KONSENSFINDUNG.....	105
TABELLE 34: KLASSEIFIKATION DER KONSENSUSSTÄRKE.....	108
TABELLE 35: SPRACHLICHE GRADUIERUNG DER EMPFEHLUNGEN.....	108

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: PROZESSMODELL	16
----------------------------------	----

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zur Verfassungswidrigkeit des Verbotes der geschäftsmäßigen Förderung des assistierten Suizids hat klargestellt, dass Menschen in Deutschland rechtlich die Möglichkeit haben, rechtlich zulässig Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen, sofern die Entscheidung über den assistierten Suizid freiverantwortlich erfolgt. Niemand darf zur Suizidassistenz verpflichtet werden [1]. Die Anzahl der assistierten Suizide in Deutschland ist seit 2020 gestiegen. Die drei als e.V. organisierten sogenannten Sterbehilfeorganisationen „Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben“, „Sterbehilfe Deutschland“ und „Dignitas Deutschland“ meldeten für 2025 1.288 Fälle von assistiertem Suizid [2–4]. Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen berichten über unterschiedliche Erfahrungen und Herausforderungen beim Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz [5–10]. Dies betrifft unter anderem das Vorgehen bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit sowie bei der Beratung bezüglich bestehender alternativer Handlungsoptionen. Die vorliegende S2k-Leitlinie bietet erstmals für Deutschland formal konsentiertere Empfehlungen zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz.

1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie gilt für alle Versorgungsbereiche im Gesundheits- und Sozialwesen, in denen Anfragen nach assistiertem Suizid gestellt werden können. Etwaige Einschränkungen für spezifische Empfehlungen oder Statements werden in den jeweiligen Texten kenntlich gemacht. Die vorliegende Leitlinie befasst sich nicht mit Aspekten des *Freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET)*. Informationen zu diesem Thema finden sich unter [11–13]. Für das Thema *Suizidalität* wurde 2026 eine S3-Leitlinie [14] veröffentlicht, die unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028> zu finden ist. Für den hausärztlichen Bereich wurde 2024 eine S1-Leitlinie zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) veröffentlicht [15].

1.3 Patient:innenzielgruppe

Alle volljährigen Personen, die sich an Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialwesens mit einer Anfrage nach assistiertem Suizid wenden. Da das Vorliegen einer Erkrankung gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts keine Voraussetzung für die rechtliche Zulässigkeit einer Assistenz beim Suizid darstellt, gelten die Ausführungen in dieser Leitlinie auch für gesunde Personen, die Hilfe beim Suizid suchen.

1.4 Adressat:innen

Die Leitlinie richtet sich an Ärzt:innen, Pflegende, Psycholog:innen, Sozialarbeitende und weitere Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens der an dieser Leitlinie beteiligten Fachrichtungen, die mit einer Anfrage nach assistiertem Suizid konfrontiert werden und dient zur Information für alle weiteren Mitarbeitenden aus dem Gesundheits- und Sozialwesen für entsprechende Anfragen.

1.5 Suizidassistent bei Minderjährigen

Das Bundesverfassungsgericht hat sich zur Zulässigkeit der Suizidassistent bei Minderjährigen in seinem Grundsatzurteil nicht explizit geäußert. Allerdings verweist das Gericht in dem Kapitel über das ausländische Recht auf die Situation in den Niederlanden und Belgien. Dort ist die ärztliche Sterbehilfe unter bestimmten Bedingungen auch für Minderjährige rechtlich zulässig [16].

Ob Minderjährige selbst über die Durchführung einer medizinischen Behandlung entscheiden dürfen, hängt von ihrer jeweiligen Einwilligungsfähigkeit ab. Diese bemisst sich nach der Einsichts- und Urteilsfähigkeit der betroffenen Person hinsichtlich der aktuellen Entscheidung. Wie der Gesetzgeber in der Begründung zum Patientenrechtegesetz betont, existiert hierfür keine starre Altersgrenze. Vielmehr entscheidet der Einzelfall, ob die Einwilligung durch die Eltern, den Minderjährigen selbst oder gemeinschaftlich erfolgen muss [17].

Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahrzehnten die Rechtsverbindlichkeit der Willensäußerungen einwilligungsfähiger Minderjähriger zunehmend gestärkt, auch in Fällen der Ablehnung potenziell lebenserhaltender Maßnahmen [18]. Auch die Bundesärztekammer schreibt in ihren „Grundsätze[n] zur ärztlichen Sterbebegleitung“ [19]: „Dabei ist anzuerkennen, dass schwerstkranken Kinder und Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess durchmachen [...] Soweit der Minderjährige aufgrund seines Entwicklungsstandes selbst in der Lage ist, Bedeutung und Tragweite der ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, steht ihm ein Vetorecht gegen ihre Durchführung zu, selbst wenn die Sorgeberechtigten einwilligen. Davon wird bei einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen.“

Demgegenüber sahen beide 2023 im Bundestag eingebrachten und abgelehnten Gesetzentwürfe zur Regelung der Suizidhilfe den Ausschluss Minderjähriger vor. Es bleibt abzuwarten, ob und gegebenenfalls wie die derzeitigen Bemühungen einer interfraktionellen Arbeitsgruppe zur Erstellung eines konsensfähigen Gesetzentwurfes zur Suizidhilfe die Frage des Zugangs Minderjähriger behandeln werden.

Insgesamt sind Anfragen von Minderjährigen zur Suizidassistent in der klinischen Praxis in Deutschland sehr selten [5]. Auch in Belgien und den Niederlanden sind die Zahlen von assistiertem Suizid bzw. Euthanasie bei Minderjährigen seit deren Legalisierung sehr niedrig [20]. In der spezialisierten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen bitten vereinzelt minderjährige Patienten oder ihre Eltern bei schweren, sehr leidvollen Erkrankungen um Hilfe beim Sterben. In den meisten dieser Fälle werden medizinische Maßnahmen zum

Lebenserhalt durchgeführt, die bei fehlender Einwilligung des betroffenen Kindes/Jugendlichen bzw. seiner gesetzlichen Vertreter zu beenden sind. Eine gleichzeitige palliativmedizinische Begleitung kann dem Wunsch nach Leidvermeidung und einem würdevollen Sterben Geltung verschaffen.

Aufgrund der besonderen Entscheidungskonstellation von Minderjährigen und Sorgeberechtigten, der noch ungeklärten Rechtslage und der ausnehmenden Seltenheit solcher Situationen in der klinischen Praxis hat die Leitliniengruppe beschlossen, die Frage der Suizidassistenz bei Minderjährigen in der vorliegenden Leitlinie nicht zu behandeln.

2. Terminologie

Im Folgenden wird die Verwendung der für das Thema dieser S2k-Leitlinie relevanten Begriffe erläutert. Die Begriffsverwendung orientiert sich dabei an den entsprechenden Vorschlägen der Arbeitsgruppe der S3-Leitlinie „Umgang mit Suizidalität“ [14].

2.1 Suizidalität

Erlebens-, Denk- und Verhaltensweisen, die den selbst herbeigeführten Tod beinhalten. Hierzu gehören Suizidgedanken, Suizidimpulse, Suizidpläne, Suizidversuche und der Suizid selbst. Zur Definition von „Todeswunsch“ siehe 2.7.

Hinweis: Bei der Feststellung von Suizidalität ist regelhaft zu prüfen, ob Maßnahmen zum Schutz der suizidalen Person ergriffen werden müssen. Hintergrund ist die Möglichkeit pathologischer und potentiell behandelbarer Ursachen von Suizidalität. „Suizidalität“ als Zustand wie oben definiert trifft allerdings auch auf Situationen zu, in denen eine Person freiverantwortlich den anstehenden assistierten Suizid avisiert. Vor diesem Hintergrund ist die Feststellung von Suizidalität zu trennen von den Hintergründen sowie von daraus abgeleiteten Handlungsaufforderungen wie beispielsweise der Einleitung von Maßnahmen zum Schutz der betreffenden Person.

2.2 Suizid (Selbsttötung)

Die intendierte Herbeiführung des eigenen Todes durch eine von der Person selbst durchgeführte Handlung¹. Der Suizid ist durch drei Merkmale bestimmt: (1) Die Person ist nach der Durchführung tot. (2) Das Verhalten der Person selbst führte zum Tod, das heißt, die Person hat die tödliche Handlung unmittelbar selbst (z. B. Erhängen, Vergiften) oder unter Einbezug Dritter (z. B. Bahnsuizid, Suicide by Cop) durchgeführt. (3) Die Person hatte die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, wobei diese Absicht ambivalent und auch impulsiv gewesen sein kann.

2.3 Suizidversuch

Eine Handlung, welche den selbst herbeigeführten Tod einer Person intendiert. Der Suizidversuch ist durch folgende Merkmale bestimmt: (1) Es wurde ein Verhalten gezeigt, das zumindest im subjektiven Erleben der Person das Potenzial zur Selbsttötung hatte. (2) Die Person hat die Handlung überlebt. Eine körperliche Schädigung kann, muss aber nicht

¹ Da die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, definitionsgemäß Voraussetzung für einen Suizid ist, gelten bestimmte Todesfälle infolge eigenen Verhaltens nicht als Suizid. Dazu gehören zum Beispiel der Tod durch unzureichende Nahrungsaufnahme im Rahmen einer Anorexia nervosa, chronischer Substanzmissbrauch und Drogenkonsum und ggf. (versehentliche) Überdosierung von Drogen oder Medikamenten, Risikoverhalten (inkl. Mutproben) und riskanter Lebensstil (z.B. Extremsportarten), oder sexuell motivierte Strangulationen („Choking games“).

eingetreten sein. (3) Die Person hatte die Absicht, den eigenen Tod herbeizuführen, wobei diese Absicht ambivalent gewesen sein kann. (4) Ein Suizidversuch liegt auch vor, wenn die selbst initiierte Handlung während des Vollzugs selbst abgebrochen oder durch Einflussnahme Dritter unterbrochen wurde.

2.4 Suizidpläne

Alle Vorstellungen und Handlungen zur Vorbereitung eines Suizids. Hierzu gehören unter anderem die Erkundung einer Tötungsmethode oder eines Sterbeortes, die Festlegung eines Sterbedatums sowie das Erlangen des Zugangs zu Suizidmitteln (z. B. der Erwerb einer Waffe oder das Sammeln von Medikamenten).

2.5 Suizidgedanken

Gedanken und Vorstellungen, die eine Person hinsichtlich ihres eigenen Suizids hat². Diese Gedanken und Vorstellungen können, müssen jedoch nicht beständig sein. Im weitesten Sinne können hierunter auch akustische Halluzinationen mit suizidalem Inhalt und suizidassoziierte Zwangsgedanken und -vorstellungen fallen.

2.6 Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

Eine selbst zugefügte Verletzung, die Schmerzen oder körperliche Schädigungen verursacht, aber nicht den Tod beabsichtigt.

2.7 Todeswünsche

Der Wunsch einer Person, tot zu sein. Je nach Lebenssituation, Alter und individuellem Erleben können verschiedene Formen von Todeswünschen unterschieden werden. So kann ein Todeswunsch reichen von der Akzeptanz des eigenen Todes im Sinne von Lebenssattheit, über das Hoffen auf einen baldigen Beginn des Sterbeprozesses mit oder ohne Wunsch nach Beschleunigung und ohne eigene Handlungsvorstellungen bis hin zur Suizidalität mit zunehmendem Handlungsdruck.

2.8 Assistierter Suizid

Eine Selbsttötung mit Unterstützung Dritter. Die Suizident:in besitzt dabei die volle Tatherrschaft, führt die Handlung also selbst durch. Ein Beispiel für die Assistenz beim Suizid ist die Bereitstellung eines tödlichen Mittels.

² Suizidgedanken kommen auch ohne Suizidpläne vor.

2.9 Tötung auf Verlangen

Tötung eines Menschen auf dessen ausdrücklichen Wunsch. Im Unterschied zum (assistierten) Suizid liegt die Tatherrschaft bei einem Dritten. Ein Beispiel ist die Verabreichung einer todbringenden Substanz.

2.10 An- und Zugehörige

Wenn es sich um nahe Bezugspersonen handelt, ist der Begriff „Zugehörige“ im Gegensatz zu dem Begriff „Angehörige“, der sich auf Bezugspersonen im familiären Kontext bezieht, nicht eindeutig definiert. Dennoch nehmen Bezugspersonen, ohne dass ein verwandtschaftliches Verhältnis besteht, eine wichtige Position ein (z. B. Lebensgefährt:innen, enge Freund:innen, Nachbar:innen, Ehrenamtliche). Im Begriff „Bezugspersonen“ steckt schon das Wort „Beziehung“. Diese entfaltet sich zwischen Menschen ungeachtet ihres verwandtschaftlichen Grades. Emotionale Betroffenheit kann sich bei Bezugspersonen ähnlich zeigen, wie sie auch von Angehörigen erlebt wird. Daher werden Zugehörige im Kontext dieser Leitlinie hinsichtlich der Betroffenheit bedeutungsgleich mit Angehörigen betrachtet. Zusammenfassend wird (nach Suizid) im Folgenden auch häufig von Hinterbliebenen gesprochen.

3. Rechtlicher Rahmen in Deutschland

Das Bundesverfassungsgericht [1] hat in seinem Urteil vom 26.02.2020 festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Dieses Recht schließt auch die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Voraussetzung für eine rechtmäßige Suizidassistenz ist die Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches, die sich durch folgenden Kriterien konstituiert: (1) die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, (2) die Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, (3) die Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck und (4) die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidentschlusses.

Von der Suizidassistenz können weitere Handlungen mit Todesfolge abgegrenzt werden. Die Tötung auf Verlangen, bei der die Tatherrschaft bei einer dritten Person liegt, ist nach § 216 StGB strafbar. Die Begrenzung (Verzicht oder Abbruch) lebenserhaltender Maßnahmen ist rechtlich geboten, wenn Patient:innen entsprechende Maßnahmen aktuell oder im Rahmen einer vorausverfügten Entscheidung ablehnen. Die Durchführung von indizierten medizinischen Maßnahmen zur Linderung von Leiden ist unter der Voraussetzung der (mutmaßlichen) Einwilligung auch dann rechtlich geboten, wenn diese möglicherweise mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergehen. Für detaillierte Ausführungen zu den Kriterien der Freiverantwortlichkeit sowie weiteren rechtlichen Aspekten siehe Kapitel 4.3.

4. Empfehlungen und Statements zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz

Im Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz setzt die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eine vorherige Information und Beratung voraus. Im gesamten Prozess muss immer die Möglichkeit bestehen, Anfragenden direkt den Weg ins medizinische Hilfesystem zu eröffnen, falls sich z. B. Hinweise auf Einschränkungen der Freiverantwortlichkeit ergeben. Für die Kriterien der Freiverantwortlichkeit wird auf Kapitel 4.3 verwiesen. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz.

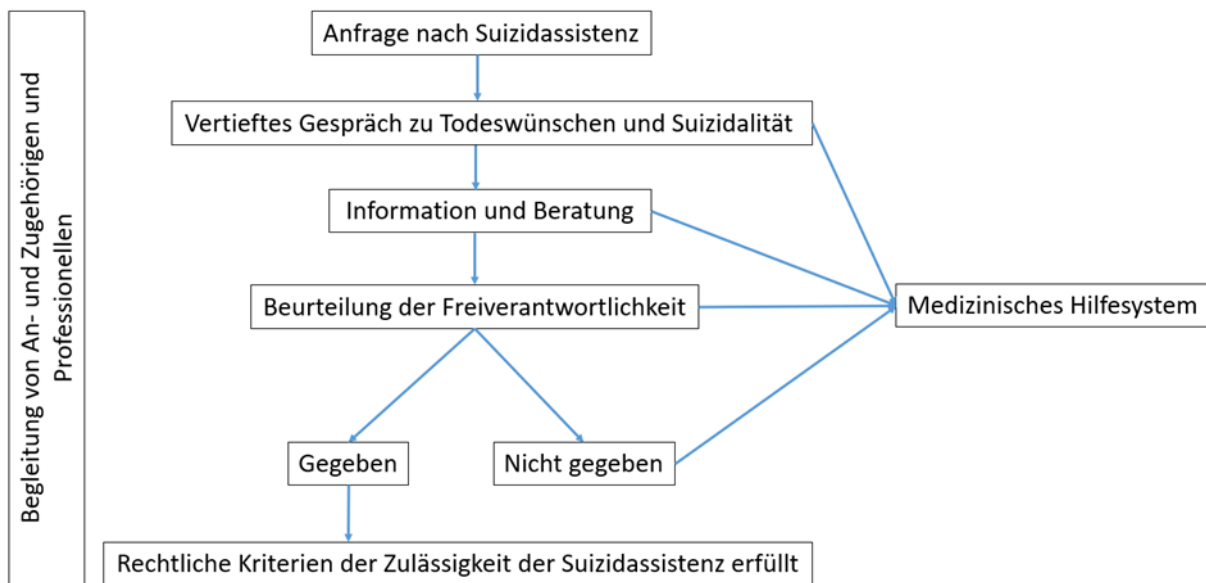


Abbildung 1: Prozessmodell

4.1 Vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

4.1.1 Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen für vertiefte Gespräche zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

1	Empfehlung	Neu Stand 2026
Ein vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität soll im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz nur von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen mit der entsprechenden Kompetenz und Erfahrung durchgeführt werden.		
Konsensstärke: 96 %		

Sondervotum der DEGAM zu Empfehlung 1	Neu Stand 2026
Ein vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität sollte im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen mit der entsprechenden Kompetenz und Erfahrung durchgeführt werden (ausführliches Votum siehe Kapitel 13.2).	

2	Empfehlung	Neu Stand 2026
Bei fehlender Kompetenz zum vertieften Gespräch beziehungsweise wenn ein solches Gespräch aus anderen Gründen nicht geführt werden kann, sollen andere kompetente Gesprächspartner:innen empfohlen werden.		
Konsensstärke: 100 %		

Menschen, die sich mit einer konkreten Anfrage zur Suizidassistenz an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen wenden, unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Lebenssituation, ihrer Beweggründe sowie ihres subjektiven Erlebens von Leid und Belastung. Dabei können existenzielles Leiden, subjektiv erlebter Leidensdruck und die Antizipation zukünftiger Beeinträchtigungen und zukünftigen Leidens eine bedeutsame Rolle spielen [21–23]. Es kann

sich um Fragen wie „Können Sie mir helfen, mein Leben zu beenden?“, „Wohin kann ich mich wenden, um meinem Leben ein Ende zu setzen?“ oder um Aussagen wie „Ich möchte, dass Sie mir ein Medikament geben, damit das alles ein Ende hat!“ oder auch „Das hat doch alles keinen Sinn mehr, ich möchte, dass Sie mir beim Sterben helfen!“ handeln. Das Spektrum möglicher Aussagen, das Sterben beschleunigen zu wollen oder konkreter Anfragen, aktiv etwas dafür zu tun, den Tod herbeizuführen, ist mannigfaltig und kann als Ausdruck der Verzweiflung angesichts der persönlichen Lebenssituation aufgefasst werden. Da Todeswünsche und Suizidalität sehr komplexe, vielschichtige und fluktuierende Phänomene sind, ist die sorgfältige Exploration solcher Anfragen in vertieften Gesprächen von großer Bedeutung. Eine Äußerung dieser Gedanken soll nicht vorschnell als Auftrag zur Handlung verstanden werden [24]. Sie sollte jedoch immer zum Anlass genommen werden, gemeinsam zu ergründen, welche Nöte, Bedürfnisse oder Sorgen bislang noch nicht gesehen oder bedürfnisorientiert angegangen werden konnten [25]. Um auf solche Anfragen angemessen reagieren und diese in einer hilfreichen Art explorieren zu können, benötigen Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen eine reflektierte Haltung sowie entsprechende Grundqualifikationen und Kompetenzen für eine gelingende Gesprächsführung [24, 26–28]. Eine eingehende Erläuterung der erforderlichen Kompetenzen findet sich in Kapitel 4.2.3 und 4.5.4 dieser Leitlinie. Falls sie selbst über diese Kompetenzen nicht verfügen, sind Anfragende nach Suizidassistenz an andere kompetente Gesprächspartner:innen zu vermitteln.

3	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Das vertiefte Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz durch Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen soll wertschätzend, interessiert, ergebnisoffen und nicht-wertend erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Haltung

Das Fundament gelingender Kommunikation zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung wird durch eine innere Grundhaltung von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen gelegt (siehe z. B. auch Kapitel 4.2.3 und 4.5.4), die respektierend, nicht-wertend, wertschätzend, interessiert und ergebnisoffen ist [29, 30]. Auf diese Weise kann ein bedürfnisorientiertes und personenzentriertes Gespräch über existenzielle Themen möglich werden und neue Gestaltungsspielräume sichtbar machen.

In Tabelle 1 werden wichtige Aspekte einer Grundhaltung im Rahmen eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität dargestellt.

Tabelle 1: Grundhaltung im Rahmen eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

Grundhaltung	Fokus	Praxishandeln: DO (Umsetzen)	Praxishandeln: DON'T (Vermeiden)
Respekt & Anerkennung [31]	Den Menschen als Ganzes mit der zugehörigen Biografie, den eigenen Werten und Bewältigungsstrategien achten.	Eigene Werte, Normen und Konzepte im Umgang mit Ohnmacht/ Krankheit bewusst beiseitelassen. Anerkennen, dass das Gegenüber aus ihrer/seiner Sicht „gute Gründe“ für das eigene Verhalten hat.	Die Lebensrealität oder Werte der Anfragenden am eigenen Maßstab messen.
Nicht-Wertung & Akzeptanz [32–34]	Dem Gegenüber das Gefühl geben, dass sein:ihr Erleben im Moment genau so sein darf.	Die Sichtweise der anderen Person annehmen, um innere Bereitschaft für neue Perspektiven/ Hilfen zu schaffen.	Versuchen, das Gegenüber von der eigenen Sichtweise zu überzeugen. In Abwehrhaltung gehen oder eigene Haltung hervorheben.
Wertschätzung [35]	Zwischenmenschliche Würdigung der Person, ihres Würdeempfindens und ihrer Autonomie.	Annehmenden, zugewandten und wohlwollenden Kontakt pflegen. Menschliche Nähe und Wärme auch nonverbal (über das gesprochene Wort hinaus) zeigen.	Das Selbstbild oder das Autonomieverständnis der Anfragenden übergehen.
Aufrichtiges Interesse [36–38]	Kognitive und emotionale Anteilnahme am Denken und Fühlen des Gegenübers.	Sich fragend, offen und mentalisierend auf die andere Person einlassen. Aufmerksamkeit aktiv auf das Gegenüber richten.	Das Gespräch rein mechanisch oder distanziert abarbeiten.
Interessierte Neugier	Akzeptieren, dass man das Erleben der anderen	Sich vergegenwärtigen: Hinter Suizidalität oder einem Todeswunsch steht	Das Gesagte vorschnell interpretieren,

	Person (noch) nicht versteht, aber verstehen will.	häufig eine akute und als ausweglos empfundene Not. Offen und fragend bleiben.	einordnen, bewerten oder glauben, sofort zu wissen, was in der anderen Person vorgeht.
Ergebnisoffenheit [39]	In die Kommunikation gehen, ohne ein bestimmtes Ziel oder Ergebnis verfolgen oder erzwingen zu wollen.	Eigene Impulse zur schnellen Lösung, Bewertung oder Kategorisierung wahrnehmen und zurückstellen. Ambiguitätstoleranz (Widersprüche aushalten) und therapeutische Demut zeigen.	Ein bestimmtes Gesprächsergebnis (z. B. Abkehr vom Todeswunsch) erzwingen wollen. Voreilig Lösungen anbieten oder überstülpen.

Selbstreflexionsfähigkeit und persönliche Kompetenzen

Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist ein Bestandteil von Selbstkompetenz und umfasst die bewusste Auseinandersetzung mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen beziehungsweise Verhaltensimpulsen, um diese zu hinterfragen und auf Angemessenheit, Nützlichkeit beziehungsweise Veränderbarkeit hin zu prüfen [40]. Im Kontext der Suizidassistenz betrifft Selbstreflexionsfähigkeit sowohl die Reflexion der eigenen Haltung gegenüber dem Suizid im Allgemeinen als auch der Erfahrungen mit Suiziden oder Suizidversuchen im eigenen Umfeld. Die Selbstreflexionsfähigkeit ermöglicht eine bewusste Veränderung von Denk-, Gefühls- und Verhaltensmustern und erweitert den Raum der eigenen Wahlmöglichkeiten. Nur wenn man sich der eigenen Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster bewusst wird, diese sozusagen aus einer Beobachter:innenposition betrachten kann, kann man sich dafür entscheiden, bislang automatisiert ablaufende (Kommunikations)Muster zu unterbrechen und Veränderungen einzuführen. In der Interaktion mit Anfragenden nach Suizidassistenz laufen ganz automatisch (meist) unbewusste Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse ab, die einen Einfluss auf das eigene Erleben und daraus resultierende Reaktionen haben [41, 42]. Vor allem bei der Äußerung von unspezifischen Todeswünschen und Anfragen zur Suizidassistenz im Besonderen sind emotionale Reaktionen und damit verbundene Verhaltensimpulse auf Seiten der Gesprächsführenden unvermeidlich. Impulse zur Bewertung von Nachvollziehbarkeit, Angemessenheit oder das Vergleichen mit dem Leiden anderer, Salienz (das „Hervorspringen“) eigener Normen, Werte, Erfahrungen oder Bewältigungsmöglichkeiten lassen sich nicht ohne weiteres unterdrücken. Die eigenen Gedanken und Gefühle während und auch nach solchen Gesprächen durch Introspektion, Intervention, Fallbesprechungen oder

Supervision zu reflektieren (siehe auch Kapitel 4.2.4 und 4.4.3), ermöglicht jedoch das Monitoren und Verändern solcher Reaktionsweisen [43]. Nur mit einem gewissen Maß an Selbstreflexionsfähigkeit können eigene beeinflussende Anteile im Gespräch wahrgenommen und nutzbar gemacht werden. Sich der eigenen Erwartungen an sich selbst und in der professionellen Rolle bewusst zu werden und diese auch kritisch zu hinterfragen, ist ein wichtiger Schritt, um eine therapeutische Demut und Ambiguitätstoleranz entwickeln zu können [39, 44].

Kompetenzen

Affektive, kognitive und behaviorale Gesprächsführungskompetenzen [45]

Hinter Anfragen zur Suizidassistenz liegen sehr unterschiedliche Bedürfnisse, Motivationen oder Befürchtungen [23, 46, 47]. Um diese dahinterliegenden Gedanken, Gefühle und Verhaltensimpulse zum einen besprechbar machen und zum anderen gemeinsam sortieren und einordnen zu können, sind soziale und kommunikative Kompetenzen (siehe auch Kapitel 4.2.3) für eine gelingende Gesprächsführung unverzichtbar [48–51]. Gerade im Umgang mit Unsicherheit im Kontext von Gesundheit und Krankheit spielen affektive, kognitive und behaviorale Kommunikationsfähigkeiten eine zentrale Rolle [51–55].

Ein Überblick über affektive, kognitive und behaviorale Gesprächsführungskompetenzen findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Übersicht über affektive, kognitive und behaviorale Gesprächsführungskompetenzen [56]		
Kompetenzbereich	Beschreibung	Bedeutung für Gespräche zu Suizidalität und Todeswünschen
Affektive Gesprächsführungskompetenz	Fähigkeit, Gefühle und emotionale Themen wahrzunehmen, einzuordnen und wertschätzend zu validieren.	Ermöglicht es, Ängste, Belastungen, Hoffnungslosigkeit oder Ambivalenzen anzusprechen und emotionales Erleben verstehbar zu machen.
Kognitive Gesprächsführungskompetenz	Fähigkeit, Gedanken, Bewertungen, Unsicherheiten und Informationsbedürfnisse zu erkennen und einzuordnen.	Unterstützt die Klärung von Motiven, Erwartungen, Entscheidungsprozessen und individuellen Unsicherheitsfaktoren.
Behaviorale Gesprächsführungskompetenz	Fähigkeit, konkrete Unterstützungsangebote aufzuzeigen, Ressourcen zu	Hilft dabei, Handlungsoptionen zu entwickeln, Bewältigungsstrategien zu stärken und Unterstützungs-

	aktivieren und Selbstwirksamkeit zu fördern.	möglichkeiten zugänglich zu machen.
--	--	-------------------------------------

Kommunikative Kompetenz ist ein wesentlicher Bestandteil sozialer Kompetenz, die mit den Fähigkeiten zur situationsangemessenen Handlungsregulation, Perspektivübernahme, Empathie und Selbstreflexivität einhergeht [57]. Dabei stellt die personenzentrierte Kommunikation mit den Aspekten der Kongruenz, Akzeptanz, Empathie und Mitgefühl eine Grundvoraussetzung für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen und Hilfesuchenden und Anfragenden dar [49, 58–63].

Tabelle 3 gibt einen Überblick über wichtige Aspekte von personenzentrierter Kommunikation.

Tabelle 3: Übersicht über Aspekte personenzentrierter Kommunikation [64]	
Aspekte personenzentrierter Kommunikation	Beschreibung
Kongruenz (Authentizität)	Echtes, transparentes und unverfälschtes Auftreten der Gesprächsführenden. Eigene Gefühle können angemessen wahrgenommen und reflektiert in die Beziehungsgestaltung eingebracht werden [33].
Akzeptanz	Wertfreie Annahme der hilfesuchenden Person mit ihrem aktuellen Erleben und Verhalten, ohne zu urteilen oder Veränderungen erzwingen zu wollen [33].
Empathie	Fähigkeit, das emotionale Erleben einer Person nachzuempfinden (emotionale Empathie) und ihre Sichtweise gedanklich nachzuvollziehen (kognitive Empathie) [31].
Mitgefühl	Zugewandte und unterstützende Haltung gegenüber dem Leiden und den Belastungen der Person. Mitgefühl (Compassion) beinhaltet den Handlungsimpuls, der hilfesuchenden Person unterstützend zur Seite zu stehen [65, 66].

In Tabelle 4 werden Strategien und Techniken der personenzentrierten Kommunikation zusammengefasst.

Tabelle 4: Übersicht über Strategien und Techniken zur personenzentrierten Kommunikation

Aktives Zuhören praktizieren	Spiegeln, Paraphrasieren, Nachfragen, Zusammenfassen, Wiederholen, Warten/Pausen, Ich-Botschaften
Nonverbale und paraverbale Aspekte berücksichtigen	Körperhaltung, Nähe, Distanz, Sprechtempo, Lautstärke, Redeanteil, angemessene Sprache/ Ton anpassen
Fragen gezielt verwenden	vorwiegend offene Fragen, nur zum Fokussieren geschlossene Fragen; systemische Fragen (z. B. zirkuläre Fragen, hypothetische Fragen, ressourcenorientierte Fragen, Skalierungsfragen, Wunderfrage, Verschlimmerungsfrage, etc.)
Gespräch strukturieren	roten Faden sichtbar machen, gibt Orientierung und Sicherheit, Orientierung an Gesprächsmodellen wie WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) [67]
Nur das besprechen/ fragen/ anbieten, was vom Gegenüber auch gewünscht ist	Rückversicherung, dass das Gespräch im Sinne der Anfragenden verläuft, gibt Kontrolle, Autonomie und öffnet für das, was Gesprächsführende einbringen wollen
Metaebene nutzen	durch gezieltes Nachfragen prüfen, was auf der Beziehungsebene passiert (z. B. Übertragung/ Gegenübertragung, etc.) und damit klären, was für die weitere Gesprächsführung hilfreich sein könnte
Bilder, Metaphern oder Geschichten nutzen oder anbieten	häufig lässt sich darüber viel eher zu den dahinterliegenden Motiven (und auch Veränderungsmöglichkeiten) kommen, als wenn man nur auf der rational-analytischen Ebene bleibt
Double Awareness aufgreifen	Todes- und Lebenswunsch können gleichzeitig bestehen [68]; doppelte Bewusstheit stellt eine mögliche Bewältigungsstrategie dar und kann im Gespräch konstruktiv aufgegriffen werden [69, 70]

4.1.2 Dimensionen eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

4	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Das vertiefte Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz soll die physische, psychische, soziale und spirituell-existenzielle Dimension umfassen.	
	Konsensstärke: 100%	

Der Wunsch, das Leben vorzeitig zu beenden, kann durch psychische Erkrankungen, Lebenskrisen, schwere Belastungen oder die Angst vor zukünftigem Leid, z. B. bei schwerer körperlicher Erkrankung, ausgelöst und aufrechterhalten werden. Dies betrifft verschiedene Facetten des Erlebens und umfasst eine physische, psychische, soziale und spirituell-existenzielle Dimension [46, 71–74]. Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sollen für mögliche Hinweise auf psychische Erkrankungen, psychische Krisen und akute Suizidalität sensibilisiert sein. Hierzu zählen beispielsweise eine ausgeprägte gedankliche Einengung, Hinweise auf eine depressive Symptomatik, auffällige Veränderungen von Denken, Wahrnehmung oder Verhalten sowie Anzeichen einer eingeschränkten Freiverantwortlichkeit (siehe auch Kapitel 4.3). In einem vertieften Gespräch sollen darum alle oben genannten Dimensionen (siehe auch Tabelle 5) angesprochen werden, die zum Auftreten und zur Aufrechterhaltung von Todeswünschen und Anfragen zur Suizidassistenz im engeren Sinne, beitragen können.

Grundsätzlich sollte immer dann spezifische Expertise hinzugezogen werden (siehe auch Empfehlung 2), wenn Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sich unsicher fühlen oder bei sich feststellen, dass ihnen die unter Kapitel 4.1.1 aufgeführte Haltung und die dort aufgeführten Kompetenzen fehlen beziehungsweise es ihnen nicht gelingt, diese Haltung beizubehalten oder die Kompetenzen zielfähig einzusetzen. Beispielsweise kann es vorkommen, dass auf der jeweiligen Dimension Probleme sichtbar werden, für die sich die Gesprächsführenden nicht mehr kompetent fühlen [75, 76].

Tabelle 5 gibt einen Überblick zu möglichen Aspekten bestehender oder befürchteter Symptome und/oder leidvollen Erlebens sowie Möglichkeiten zur Weitervermittlung.

Tabelle 5: Mögliche Aspekte, die im Rahmen des vertieften Gesprächs auf unterschiedlichen Dimensionen thematisiert und erfasst werden können

Dimension	Aspekte	Mögliche Weitervermittlung
Physisch	Vorhandene (oder antizipierte) körperliche Symptome wie Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Schwäche, Unruhe, Erschöpfung, Appetitverlust, Abnahme körperlicher und kognitiver Fähigkeiten	Fachpersonen mit medizinischer und/oder pflegerischer Expertise
Psychisch	Niedergeschlagenheit, Demoralisation, Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Angst (vor der Zukunft, vor Behandlungsmaßnahmen, Autonomieverlust etc.), Identitätsverlust, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (wie stark ausgeprägter Wunsch nach Autonomie oder Kontrolle), Verlust von Lebensqualität, innere Leere, herabgesetzte Schwingungsfähigkeit, Schlafstörungen, verminderter Antrieb, Erschöpfung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Zwangsgedanken, Gedankenausbreitungen, Gedankeneinengungen, Grübeln, Gedankenkreisen, Gefühle der Entfremdung, Verlust eines Zugehörigkeitsgefühls, wahnhafte Ideen, Zwänge, Furcht vor körperlichen Symptomen (Schmerzen, Atemnot, etc.)	Fachpersonen mit psychiatrischer oder psychotherapeutischer Expertise
Spirituell/ existenziell	Weltanschauung, spirituelle/existenzielle Einstellung, Verlust von Würdeempfinden, Autonomie, Lebenssinn, Kontrolle (auch über das Sterben), soziale Rollen, Funktionsfähigkeit, Hadern mit dem Schicksal (Glaubenskrise)	Fachpersonen mit psychologischer, seelsorgerlicher oder Spiritual Care-Expertise
Sozial	fehlender sozialer Halt, soziale Isolation, Einsamkeit, fehlende Partizipation an Alltagsaktivitäten, beeinträchtigte Beziehungsqualität zu wichtigen	Fachpersonen mit sozialpädagogischer Expertise/ Expertise für soziale Arbeit, psychologischer oder

	Bezugspersonen, sich als Belastung für andere erleben, anderen nicht zur Last fallen wollen, finanzielle Sorgen	rechtlicher Expertise
--	---	-----------------------

Weitere Gründe für die Hinzuziehung spezifischer Expertise können auch dann gegeben sein, wenn diese explizit von den Anfragenden gewünscht ist oder es um die vertiefte Exploration bestimmter Themen sowie weiterführende Beratungs- oder Unterstützungsmaßnahmen geht.

4.1.3 Ziel eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

5	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Ziel eines vertieften Gesprächs im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz soll es sein, detailliert Kontext, Hintergründe und Motive sowie die subjektive Bedeutung der Anfrage zu verstehen.	
	Konsensstärke: 96 %	

Das übergeordnete Ziel eines vertieften Gesprächs soll nicht das Herbeiführen einer bestimmten Lösung oder Entscheidung sein, sondern besteht darin, alle Belastungen sowie deren subjektive Bedeutung, die zur Anfrage nach Suizidassistenz oder dem Todeswunsch führen, zu erkunden und den aktuellen Informationsstand zu eruieren [77–80]. Es werden verschiedene Formen von Todeswünschen unterschieden, die von der Akzeptanz des Sterbens über den Wunsch zu sterben, auch in Form von Suizidgedanken, bis hin zur Suizidalität reichen [49]. Auch hinter Todeswünschen können sich Wünsche nach Suizidassistenz verbergen.

Im ersten Schritt soll detailliert der Kontext rund um die Anfrage zur Suizidassistenz erfragt werden. Anamnestische Daten zu körperlichen und psychischen Erkrankungen und damit einhergehende Belastungen können erste Hinweise für die Entstehung des Suizidwunsches liefern. Ebenso kann durch biografische Fragen eine mögliche Verortung der Motivlage und des vorhandenen Bewältigungsrepertoires besprechbar werden. Hintergründe und Motivationen für Wünsche nach Beschleunigung des Sterbens können auch dadurch verstehbarer werden, wenn bisherige (negative) Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem erörtert werden und dabei Pessimismus, fehlende Informationen, Resignation oder fehlendes Vertrauen zum Vorschein kommen. Solche Aspekte gilt es zu validieren und einen Raum korrigierender Erfahrungen zu ermöglichen. Durch die gezielte Exploration von vorhandenen oder gewünschten Ressourcen können Aspekte ins Gespräch gebracht werden, die vielleicht für die Anfragenden bislang weniger zugänglich waren (siehe auch Kapitel 4.2.2). Todeswünsche und konkrete Anfragen nach Suizidassistenz können auch eine Form der Vergewisserung bedeuten [81]. Die Vorstellung, dem eigenen Leben (Leiden) ein Ende setzen zu können, wenn es aus subjektiver Sicht unerträglich erscheint, kann ein entlastender Gedanke sein und muss nicht zwangsläufig eine Handlung nach sich ziehen. Auch darüber in aller Offenheit sprechen zu können und solche Gedankengänge zu normalisieren kann dazu führen, dass solche Wünsche wieder in den Hintergrund treten und die Anfragenden selbst dadurch eine Entlastung spüren.

Tabelle 6 gibt einen Überblick über mögliche Ansatzpunkte zur Erkundung von Kontext, Hintergründen, Motiven und subjektiver Bedeutung einer Anfrage nach Suizidassistenz in

einem vertieften Gespräch.

Tabelle 6: Mögliche Ansatzpunkte zur Erkundung von Kontext, Hintergründen, Motiven und subjektiver Bedeutung einer Anfrage nach Suizidassistenz in einem vertieften Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität

- Stellen Sie anamnestische und biografische Fragen: Wie ging die Person mit Belastungen früher im Leben um? Was hat geholfen? Gab es früher bereits Suizidgedanken oder Suizidversuche? Haben Suizide in der Familie oder im näheren Umfeld bereits stattgefunden?
- Fragen Sie nach bisherigen Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem.
- Erkunden Sie bisherige Bewältigungsstrategien im Umgang mit belastenden Symptomen/der Erkrankung/Lebenskrisen und vorhandene und gewünschte Ressourcen.
- Stellen Sie Fragen zur sozialen Situation, zu familiären und außerfamiliären Beziehungen.
- Bringen Sie die subjektive Bedeutung des Wunsches nach Suizidassistenz in Erfahrung – Welche Probleme/welche Befürchtungen sollen damit gelöst werden?

4.1.4 Setting eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

6	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Ein vertieftes Gespräch im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz soll in einer ruhigen, vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre ohne Entscheidungsdruck mit ausreichend Zeit stattfinden. Bei Bedarf sollen mehrere Gespräche angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Vertiefte Gespräche zu Anfragen zur Suizidassistenz und Todeswünschen im Allgemeinen benötigen einen passenden Rahmen [27] und können als verstehensorientierter Dialog aufgefasst werden, um Einstellungen, Werte, Denkweisen, Wirklichkeitskonstruktion, Krankheitskonzepte etc. zu erkunden [82]. Da es sich dabei um ein vertieftes Nachfragen handelt, das Räume öffnen soll, wird eine ruhige, störungsfreie Gesprächsatmosphäre mit genügend Zeit benötigt. Ein solches Gespräch muss von zufälligen Gesprächen im Rahmen von Alltagsinteraktionen im Gesundheitswesen abgegrenzt werden. Auch wenn diese Art von Fragen oder Äußerungen in einer eher ungünstigen (Gesprächs-)Situation auftauchen (wie z. B. während einer Pflege- oder Behandlungsmaßnahme), ist es notwendig, einen angemessenen Rahmen dafür zu schaffen. Dies kann beispielsweise bedeuten, das Gesagte aufzugreifen und mit dem Gegenüber auf der Metaebene die Frage einer tiefergehenden Erörterung zu einem passenden Zeitpunkt fortzuführen und sich dafür miteinander abzustimmen. Die Erkundung des subjektiven Lebensraums mit den dazugehörigen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen eines anderen Menschen kann als Gesprächsprozess aufgefasst werden, der bei Bedarf mehrzeitig stattfinden soll. Je nachdem, welche Themen im Gespräch von Anfragenden benannt werden, kann ein einzelnes Gespräch ausreichend sein oder es zeigt sich die Notwendigkeit von Fortsetzungsgesprächen. Möglicherweise können sich Anfragende erst nach einem zweiten oder dritten Gespräch weit genug öffnen, um ihre Gedanken, Gefühle und Motive ausdrücken zu können. Ebenso kann der Wunsch entstehen, wichtige Personen in ein Folgegespräch miteinzubeziehen. Andere Personen wiederum sind vielleicht nicht in der Lage, mehr als einmal darüber zu sprechen, weil es für sie sehr bewegend ist und/oder sie vielleicht gebrechlich und dem Tod sehr nahe sind.

In Tabelle 7 werden wichtige Aspekte zusammengefasst, die für das Setting eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität bedacht werden sollen.

Tabelle 7: Wichtige Aspekte für das Setting eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität

- Schaffen Sie eine ruhige, vertrauensvolle und störungsfreie Gesprächsatmosphäre.
- Bieten Sie bei ungünstigen Gesprächssituationen an, das Gespräch zu einem günstigeren Zeitpunkt zu führen.
- Nehmen Sie sich Zeit für den Beziehungsaufbau.
- Wenn ein Gespräch nicht ausreicht, vereinbaren Sie einen Folgetermin.

4.1.5 Inhalte eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

7	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Ein vertieftes Gespräch im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz soll spezifische Aspekte von existenziellem Leiden (z. B. Verlust von Würdeempfinden, Verlust von Sinnempfinden, Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit) erheben und verstehbar machen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Existenzielle Verzweiflung, existenzieller Distress oder existenzielles Leiden können insbesondere im Zusammenhang mit schweren körperlichen Erkrankungen auftreten [83, 84], sind jedoch nicht auf diese beschränkt [85–87]. Sie können auch im Kontext psychischer Erkrankungen, gravierender Lebenskrisen, sozialer Isolation, Verlusterfahrungen oder tiefgreifender biografischer Belastungen entstehen. Existenzielles Leiden zeigt sich beispielsweise durch Verlust von Würdeempfinden oder Sinnerleben, Hoffnungslosigkeit, das Gefühl, in einer Situation gefangen zu sein, wichtige Rollen oder Lebensziele nicht mehr verwirklichen zu können, sowie durch den Verlust von Autonomie, Kontrolle, Verbundenheit oder Zukunftsperspektiven [47, 88–90]. Dabei handelt es sich weniger um pathologische Zustände, die primär einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, sondern um individuelle Facetten des Belastungserlebens, die als Reaktion auf schwerwiegende Lebensereignisse oder belastende Lebensumstände auftreten können [90–93]. Dieses Erleben des existenziellen Leids in Worte zu fassen, kann dazu beitragen, die individuelle Bedeutung des Leidens sowie die ihm zugrunde liegenden Ursachen, Auslöser und aufrechterhaltenden Faktoren besser zu verstehen und nachvollziehbar zu machen. Bislang stehen noch keine deutschsprachigen Instrumente zur Verfügung, um solche Aspekte von Distress valide zu erfassen. Für die Formulierung von hilfreichen Fragen und die Thematisierung spirituell-existenzieller Aspekte kann man sich jedoch z. B. an der Demoralisationsskala [94], der deutschen Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) [95], dem Würdefragebogen [96], oder der Psycho-Existential Symptom Assessment Scale (PeSAS) [97] orientieren (siehe auch Beispielfragen in Tabelle 10).

8	Empfehlung	Neu Stand 2026
	In einem vertieften Gespräch im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz können für die Anfragenden passende und an ihren Bedürfnissen orientierte Elemente von Information und Beratung vermittelt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Wenn im Verlauf eines vertieften Gesprächs entsprechende Bedürfnisse wahrgenommen werden und der Bedarf an Informationen und Beratung entsteht, können entsprechende Inhalte vermittelt werden (siehe Kapitel 4.2). Unterstützungsangebote können den Anfragenden immer gemacht werden, auch wenn sie für solche Angebote zunächst nicht offen zu sein scheinen. Ob jemand im Verlauf des vertieften Gesprächs offen dafür ist, weitere Informationen oder Möglichkeiten alternativer Unterstützung anzunehmen, lässt sich durch gezieltes Fragen (siehe Beispielfragen in Tabelle 10) eruieren.

In Tabelle 8 werden relevante Aspekte von bedürfnisorientierten Unterstützungs- und Beratungsangeboten dargestellt.

Tabelle 8: Überblick über relevante Aspekte bedürfnisorientierter Unterstützungs- und Beratungsangebote

- Informationsstand erfragen und erkundigen, ob (schon) weitere Informationen, Unterstützungs- und/oder Beratungsangebote gewünscht sind
- Informationen über weitere Unterstützungs- und Beratungsangebote
- Möglichkeit weiterer Unterstützung und/oder Beratung gemeinsam herausarbeiten und an die Bedürfnisse, Themen, bisherigen Erfahrungen sowie individuelle Bewältigungsart der Anfragenden adaptieren (nicht alle Angebote sind gleichermaßen passend oder hilfreich für jede anfragende Person)
- Angebot weiterführender Gespräche (Mehrzeitigkeit) und der längerfristigen Beratung und Begleitung (Prozessbegleitung)
- Angebot der Vermittlung von psychoedukativen Aspekten im Zusammenhang mit Todeswünschen/Wünschen nach assistiertem Suizid (z. B. Umgang mit Angst oder Stress, Umgang mit schwierigen Gefühlen, Entstehung und Wirkung von existenzieller Verzweiflung, Wirkung und Veränderbarkeit von bisherigen Bewältigungsstrategien, Zusammenhang von körperlichen und psychischen Symptomen, etc.) [98, 99]
- Zusicherung der supportiven Begleitung, unabhängig davon, welche Entscheidung im weiteren Verlauf in Bezug auf Suizidassistenz getroffen wird
- Verbalisierung dessen, dass die eigene Haltung und Entscheidung sich im Verlauf

verändern darf (und kann) und dass dies immer wieder neu bewertet und entschieden werden kann (psychoedukativer Aspekt)

- Angebot, wichtige An- und Zugehörige in den Gesprächsprozess, die Beratung und Unterstützung miteinzubeziehen (siehe auch Kapitel 4.5.1); Angebot der Beratung zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen im Umgang mit schwerer Erkrankung, Sterben und Tod (siehe auch Kapitel 4.5.5)
- Aufzeigen und Erläutern von Unterstützungsangeboten wie psychologische und/oder psychotherapeutische Begleitung/Unterstützung, sozialpädagogische/sozialarbeiterische Hilfsangebote, seelsorgerliche Begleitung, Palliativ- und Hospizversorgung (Symptomkontrolle am Lebensende)

Tabelle 9: Möglicher Leitfaden/relevante Aspekte zum Gespräch zu Anfragen zur Suizidassistenz

Gesprächsrahmen	Setting klären/herstellen (abhängig davon, wie das Gespräch zustande gekommen ist): es sollte ein stimmiger Rahmen und angemessene Gesprächsbedingungen geschaffen (Raum, Zeit, Störungsfreiheit) werden
Transparenz	Mit Anfragenden offen darüber sprechen, wie das Gespräch gestaltet werden kann und was man selbst als Gesprächspartner:in zur Verfügung stellen kann/möchte – genügend Zeit für Beziehungsaufbau lassen
Auftragsklärung	Gemeinsam herausarbeiten, worüber konkret gesprochen werden kann und inwiefern dieser Moment und die Person, die das Gespräch führt von der anfragenden Person als passend empfunden werden → die Wahrscheinlichkeit eines gelungenen Gesprächs erhöht sich, wenn sich die gesprächsführende Person „den Auftrag“ dazu einholt [100].
Einstieg	Thema/Anfrage der anfragenden Person konkretisieren/benennen: entweder indem man die geäußerte Anfrage nach Suizidassistenz nochmal wiederholt und sich vergewissert, das Gesagte richtig verstanden zu haben oder die Person einlädt, den Wunsch nach Suizidassistenz mit einer offenen Frage zu konkretisieren; das aktive Ansprechen von Todeswünschen und Suizidalität trägt eher zur Entlastung der Anfragenden bei und führt NICHT zur Entstehung von Suizidgedanken oder -wünschen [101]!

Fragen und aktiv zuhören	Wünsche nach Suizidassistenz durch offene Fragen und aktives Zuhören (mögliche Fragen unten aufgelistet) explorieren – alternativ zu Beginn die anfragende Person einladen, darüber zu sprechen, was sie im Moment am meisten beschäftigt und welche Gedanken/Gefühle/Fragen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz verbunden sind (z. B. „Sie haben mir gesagt, dass Sie den Wunsch haben, Ihrem Leiden ein Ende zu setzen und dafür Suizidassistenz wünschen. Ich würde gerne besser verstehen, wie Sie sich fühlen und welche Gedanken Sie gerade am meisten beschäftigen...“)
Metaebene	Während des vertieften Gesprächs immer wieder Gesprächstechniken wie WWSZ (Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen) [67] nutzen und in der Metaebene sicherstellen, dass das Gespräch im Sinne der anfragenden Person verläuft.
Zusammenfassung	Zusammenfassung des Gehörten/ der benannten Themen/ Wünsche/Ängste/Sorgen/Befürchtungen und ggf. erneute Auftragsklärung, was jetzt von meiner Seite aus wünschenswert/unterstützend wäre; Wunsch nach Information? Wunsch nach Unterstützung? Wunsch, auch über Alternativen zu sprechen? Wunsch, mit anderen Personen darüber zu sprechen? Ggf. transparent benennen, wo die eigenen Grenzen sind und was man selbst angesichts des Wunsches nach Suizidassistenz leisten kann und was nicht
Nächste Schritte	Miteinander besprechen und vereinbaren, ggf. Folgegespräch vereinbaren oder weitere Gesprächspartner:innen vermitteln (falls weitere Expertise gewünscht/ notwendig)
Gesprächsabschluss	Verbindlichkeit signalisieren und anbieten im Kontakt/Austausch/Gespräch zu bleiben; gemeinsame Reflexion des Gesprächs – was war hilfreich, was weniger? Was wird von der anfragenden Person mitgenommen?
(Selbst)Reflexion	Im Anschluss die Selbstreflexion nutzen, um für sich selbst wichtige Erkenntnisse abzuleiten (war ich die richtige Gesprächspartner:in? Ist es mir gelungen ergebnisoffen zu bleiben? Wenn nein, was hat dazu geführt, dass ich zu lösungsorientiert reagiert habe?)

Tabelle 10: Hilfreiche Fragen für das vertiefte Gespräch zu Anfragen zur Suizidassistenz

Einstiegsfragen	▪ Was kann ich von meiner Seite aus tun, damit Sie sich in unserem Gespräch so wohl wie möglich fühlen? ▪ Was würden Sie sich in diesem Gespräch von mir wünschen? ▪ Was würde dazu führen, dass Sie sich von mir eher unverstanden fühlen?/ Was sollte ich in unserem Gespräch lieber lassen? ▪ Was sollte ich von Ihnen wissen, damit ich im Gespräch Ihre Bedürfnisse bestmöglich berücksichtigen kann?
Auftragsklärung	▪ Was würden Sie sich an dieser Stelle von mir wünschen? ▪ Worüber würden Sie gerne mit mir sprechen? ▪ Was konkret würden Sie im Moment von meiner Seite als unterstützend erleben? ▪ Welche Themen sollen in unserem Gespräch einen Platz finden?
Belastungserleben konkretisieren	▪ Was beschäftigt oder belastet Sie im Moment am meisten? ▪ Welche weiteren Aspekte führen dazu, dass Sie sich im Moment so belastet/verzweifelt fühlen? ▪ Was bewegt Sie momentan dazu, über diese Art des Sterbens nachzudenken? ▪ Was hat bislang bei dem Belastungserleben am ehesten geholfen oder war vielleicht gar nicht hilfreich? ▪ Inwiefern ist vor allem die Vorstellung eines zukünftigen unerträglichen Leidens ausschlaggebend für Ihren Wunsch nach Suizidassistenz? ▪ Wie ist momentan die Belastung durch Ihre körperlichen Symptome/Einschränkungen? ▪ Wie erleben Sie die Belastung in Bezug auf Ihre An- und Zugehörigen?/ Welche Rolle spielen Ihre An- und Zugehörigen in dieser Situation?
Suizidwunsch genauer erkunden	▪ Seit wann beschäftigen Sie sich schon mit diesem Gedanken? ▪ Warum ist dieser Gedanke gerade jetzt so präsent? ▪ Wann ist dieser Wunsch besonders stark ausgeprägt? Wann weniger? ▪ Wann wäre für Sie der „richtige“ Moment, um die

	Suizidassistenz für sich in Anspruch zu nehmen? ▪ Wie stellen Sie sich das Sterben mit einer Sterbehilfeorganisation vor? ▪ Wie sind Sie bislang mit diesen Gedanken umgegangen? ▪ Welche Probleme sollen durch eine Beschleunigung/ein Herbeiführen Ihres Sterbens gelöst werden? ▪ Was wissen Sie über die Möglichkeiten Ihr Sterben zu beschleunigen/Suizidassistenz für sich in Anspruch zu nehmen?
Erkunden von Ressourcen und Bewältigungsstrategien	▪ Was hat Sie in letzter Zeit/seit dem belastenden Ereignis/im Verlauf Ihrer Erkrankung am meisten unterstützt? ▪ Haben Sie bereits psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen? ▪ Woran würden Sie merken können/Was bräuchten Sie, damit Sie spüren können, dass Sie die Kontrolle behalten/Ihr Würdeempfinden intakt ist/Sie niemandem zur Last fallen/...? ▪ Was genau bedeutet für Sie im Moment Lebensqualität? ▪ Wer/Was ist Ihnen im Moment wichtig? ▪ Welche sind Ihre Kraftquellen? ▪ Was hat Sie bislang davon abgehalten, sich selbst etwas anzutun oder Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen? ▪ Was würde Sie davon abhalten, einen assistierten Suizid für sich in Anspruch zu nehmen? ▪ Was hat den Gedanken an eine Beschleunigung Ihres Sterbens an manchen Tagen in den Hintergrund treten lassen? ▪ Möglichkeiten, Double Awareness aufzugreifen: ○ Ich habe herausgehört, dass der Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende nicht jeden Tag gleich ist. Sie sagten, dass Was meinen Sie, was trägt dazu bei, dass dieser Wunsch an manchen Tagen weniger spürbar ist? ○ Ich habe verstanden, dass Sie einerseits darüber nachdenken, Ihr Leben zeitnah selbstbestimmt beenden zu wollen und andererseits den Wunsch verspüren, noch so viel Zeit wie möglich mit Ihrer Familie zu verbringen...

Sinn- und würdezentrierte Fragen	▪ Worauf blicken Sie in Ihrem Leben gerne zurück? ▪ Was bräuchten Sie, um das Gefühl zu haben, dass Sie und Ihr Leben (trotz Ihrer Herausforderungen) wertvoll sind? ▪ Was würde es Ihnen ermöglichen, wieder ein Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmung zurückzugewinnen? ▪ Woran würden Sie merken, dass Ihr Würdeempfinden intakt ist? ▪ Was würde Sie dabei unterstützen, dass Ihr Würdeempfinden intakt bleibt? ▪ Welche Dinge/Menschen/Begebenheiten würden Ihnen das Gefühl von Sinnerleben ermöglichen? ▪ Welche Dinge/Menschen/Begebenheiten sind für Sie in diesen Tagen von Bedeutung? <i>(im Sinne von Lebensbedeutungen, als Operationalisierung von Sinnerleben)</i> ▪ Was hat Ihnen bislang Halt oder Hoffnung gegeben? ▪ Worauf hoffen Sie, wenn Sie über die nächsten Tage/Wochen/an die Zukunft denken?
Fragen auf der Metaebene	▪ Was würde es Ihnen erleichtern, mit mir ganz offen darüber zu sprechen, was gerade in Ihnen vorgeht? ▪ Wie ist das für Sie jetzt im Moment, mit mir über diese Dinge zu sprechen? ▪ Was bemerken Sie jetzt bei sich, während wir gemeinsam über diese Themen/Dinge/Fragen sprechen? ▪ Wie hilfreich ist die Art und Weise für Sie, wie wir beide jetzt über Ihr Anliegen sprechen?
Wünsche erfragen	▪ Welche Art von Informationen wären von meiner Seite für Sie im Moment hilfreich? ▪ Wie kann ich Sie heute gut unterstützen?
Informationsstand erfragen	▪ Was genau wissen Sie über Möglichkeiten der Suizidassistenz? ▪ Wen haben Sie bisher bezüglich Suizidassistenz angefragt? ▪ Welche Vorstellung haben Sie bislang davon, wie der weitere Verlauf mit Ihren Herausforderungen/Ihrer Erkrankung sein wird? ▪ Was haben Sie bislang über weitere

	Behandlungsmöglichkeiten oder Unterstützungsangebote in solchen Situationen gehört? ▪ Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit Unterstützungsmöglichkeiten/medizinischen oder therapeutischen Behandlungen gemacht? ▪ Wie stellen Sie sich den Sterbeprozess vor, wenn Sie den Tod nicht durch Suizidassistenz herbeiführen würden? ▪ Welche Erfahrungen haben Sie bislang mit dem Sterben von anderen Menschen gemacht?
An- und Zugehörige miteinbeziehen	▪ Mit wem haben Sie bisher über diese Gedanken gesprochen? ▪ Was hat Sie bislang davon abgehalten, mit Ihren An- und Zugehörigen dieses Thema zu besprechen? ▪ Was würde es Ihnen erleichtern, mit Ihren An- und Zugehörigen über dieses Thema zu sprechen? ▪ Was würden Sie sich in Bezug auf Ihre An- und Zugehörigen an dieser Stelle von mir wünschen?
Weiterführende Informationen/Unterstützung	▪ Welche Informationen wären für Sie jetzt von meiner Seite aus hilfreich? ▪ Was wissen Sie über alternative Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten? ▪ Wären Sie im Moment schon offen dafür, etwas von mir darüber zu hören, welche alternativen Behandlungs- oder Unterstützungsangebote für Sie hilfreich sein könnten?
Gesprächsabschluss	▪ Jetzt haben wir über diese Themen gesprochen und ich habe verstanden, dass ... (Zusammenfassung der wesentlichen Punkte) ▪ Wie möchten Sie, dass wir für heute verbleiben? ▪ Was nehmen Sie für sich aus unserem heutigen Gespräch mit? ▪ Was wäre Ihnen jetzt im Moment von meiner Seite aus noch wichtig? ▪ Wie sehen Sie nach unserem Gespräch in die kommenden Tage?

Tabelle 11: Reflexionsfragen für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen

- Wie sicher/unsicher fühle ich mich in Gesprächen, in denen ein Wunsch nach Suizidassistenz geäußert wird?
- Wie stehe ich persönlich der Assistenz zum Suizid gegenüber und inwiefern beeinflusst mich meine eigene Haltung in Gesprächen mit Menschen, die eine solche anfragen?
- Inwiefern spielen personenbezogene Faktoren (Sympathie, Erkrankungsbild, Persönlichkeitsfaktoren, Verhalten) eine Rolle bezüglich meiner eigenen Reaktionsweisen in Gesprächen (explizit, wenn es um Anfragen nach Suizidassistenz geht)?
- Wie gut gelingt es mir, in Gesprächen, in denen ein Suizidwunsch geäußert wird, die Art und Weise (Ausdruck, Verhalten) meines Gegenübers als Repertoire seiner Bewältigungsstrategien zu verstehen?
- Wie gut gelingt es mir, meinen eigenen Filter von Normen, Werten oder Bewertungen beiseitezulassen und mit Offenheit und Interesse in solche Gespräche zu gehen?
- Wie gut gelingt es mir, meine eigenen Lösungsimpulse/Lösungsdruck wahrzunehmen und sie zugunsten einer Ergebnisoffenheit und Akzeptanz zurückzustellen?

4.2 Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid

Die Übergänge von „Information“ und „Beratung“ sind in der Praxis fließend. In diesem Kapitel bezieht sich der Begriff „Information“ auf Inhalte, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid vermittelt werden. Unter „Beratung“ wird die Gestaltung des ergebnisoffenen Kommunikationsprozesses verstanden. Darüber hinaus sind die im vorstehenden Kapitel bearbeiteten Aspekte zum vertieften Gespräch und Inhalte dieses Kapitels nicht immer trennscharf abzugrenzen.

9	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Suizidassistenz soll nicht proaktiv als Handlungsoption vorgeschlagen und angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die Suizidassistenz lässt sich nicht aus den Zielen und Aufgaben der Medizin und Pflege im Sinne der Prävention, Heilung oder Linderung von Erkrankungen und Leiden ableiten. Demnach handelt es sich auch nicht um eine etablierte Tätigkeit von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen [102, 103]. Eine unaufgeforderte Thematisierung von assistiertem Suizid seitens der Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen könnte von einzelnen Personen als Druck wahrgenommen werden, sich entsprechend zu entscheiden [104, 105]. Aus diesen Gründen soll eine Suizidassistenz nicht proaktiv als Handlungsoption vorgeschlagen werden. Zudem sollten Information und Beratung erst nach Exploration der Hintergründe der Anfrage erfolgen. Häufiger als konkrete Anfragen nach Informationen zum assistierten Suizid treten in der Praxis allgemeine Äußerungen zu Todeswünschen auf. Diese sollen zunächst im Rahmen eines vertieften Gesprächs exploriert werden (siehe auch Kapitel 4.1 und vgl. [49]).

4.2.1 Ziel von Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid

10	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Information und Beratung im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz sollen einen Prozess unterstützen, an dessen Ende eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung der Anfragenden steht.	
	Konsensstärke: 100 %	

Für die Inanspruchnahme einer Beratung besteht derzeit keine gesetzliche Verpflichtung. Allerdings erfordert die vom Bundesverfassungsgericht [1] als rechtliche Voraussetzung benannte Freiverantwortlichkeit die Kenntnis aller entscheidungserheblichen Gesichtspunkte. In diesem Sinne setzt die freiverantwortliche Entscheidung nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts „zwingend eine umfassende Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen voraus“ ([1], Rn. 246; siehe auch Kapitel 4.3.1 und 4.3.4). Personen, die einen assistierten Suizid erwägen, sollen deshalb umfassend und in verständlicher Form (vgl. hierzu auch Kapitel 4.2.5) sowie angepasst an ihre individuelle Situation zu entscheidungsrelevanten Gesichtspunkten (siehe auch Kapitel 4.3.4) informiert werden. Ziel dieser Information und Beratung ist eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung über das weitere Vorgehen.

4.2.2 Informations- und Beratungsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid

11	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Hintergründe für die Anfrage nach Suizidassistenz sowie Handlungsalternativen, rechtliche Aspekte, Risiken und Auswirkungen auf Dritte sollen grundsätzlich und auf die individuelle Situation angepasst im Rahmen von Information und Beratung thematisiert werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die folgenden Aspekte sowie Hintergründe von Anfragen nach assistiertem Suizid sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der anfragenden Personen in allen Informations- und Beratungsgesprächen bei Anfragen nach assistiertem Suizid thematisiert werden:

1. Die Hintergründe von Anfragen nach assistiertem Suizid beziehungsweise Todeswünschen sind empirisch untersucht (vgl. z. B. [106, 107] sowie [49]). Informationen über die häufig vorhandene Ambivalenz bei Todeswünschen, den Einfluss von Symptomen, sozialen Aspekten, Spiritualität und kritischen Lebensereignissen sollen zumindest in allgemeiner und der Situation der Anfragenden angepassten Form thematisiert werden (vgl. z. B. [108] und siehe auch Kapitel 4.1.1 und 4.1.2).

2. Handlungsalternativen bei Todeswünschen sollen thematisiert und gemeinsam eruiert werden. Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken bietet eine weitere Möglichkeit der Gestaltung des Prozesses des Sterbens, die aufgrund der bis zu einem gewissen Zeitpunkt bestehenden Reversibilität des Sterbeprozesses benannt werden soll [109, 110]. Personen, die lebenserhaltende Maßnahmen wie beispielsweise eine Dialyse erhalten, sollten darüber informiert werden, dass die Begrenzung dieser Maßnahmen im Sinne eines Verzichts oder eines Abbruchs eine rechtlich mögliche Handlungsalternative darstellt.

3. Rechtliche Voraussetzungen für den assistierten Suizid, über die ebenfalls im Rahmen einer allgemeinen Beratung informiert werden soll, umfassen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die Kenntnis aller entscheidungsrelevanten Informationen, die Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck sowie die innere Festigkeit und Dauerhaftigkeit des Entschlusses ([1], Rn. 240ff.; siehe auch Kapitel 4.3.1). Weiterhin muss bekannt sein, dass kein Anspruch auf Suizidassistenz besteht, da Dritte nicht zur Assistenz verpflichtet werden können ([1], Rn. 289).

4. Risiken des assistierten Suizids im Sinne von Ereignissen, die von der anfragenden Person als negativ erachtet werden könnten, sollen im Beratungsgespräch thematisiert werden. Diese umfassen auch unter Berücksichtigung des gewählten Vorgehens unter anderem einen verzögerten oder ausbleibenden Eintritt des Todes, letzteres gegebenenfalls mit gesundheitlichen Schädigungen sowie Erbrechen und Aspiration [111].

5. Auswirkungen auf An- und Zugehörige. Anfragende sollen über mögliche Auswirkungen eines assistierten Suizids auf An- und Zugehörige informiert werden (für eine ausführliche Darstellung möglicher Auswirkungen siehe Kapitel 4.5). Analog zu nicht-assistierten Suiziden werden bei An- und Zugehörigen negative Auswirkungen wie psychische Belastungen, Schuldgefühle und Isolation berichtet (vgl. z. B. [112]). Im Fall des assistierten Suizids gibt es auch einzelne Untersuchungen, in denen An- und Zugehörige positive Wahrnehmungen und Bewertungen angeben (vgl. z. B. [113, 114]). Weiterhin soll darüber informiert werden, dass die Auszahlung einer Risikolebensversicherung in der Regel nur dann erfolgt, wenn die Versicherung wenigstens drei Jahre vor einem assistierten Suizid abgeschlossen wurde (§161 Versicherungsvertragsgesetz).

12	Empfehlung	Neu Stand 2026
Im Rahmen der Information und Beratung bei Anfragen nach Suizidassistenz sollen die aus den Hintergründen für die Anfrage resultierenden Bedarfe (z. B. bezüglich Lebensqualität und Teilhabe, Informationen zu Therapieoptionen, psychosozialen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen und alltagsbegleitenden Unterstützungen) erhoben und multiprofessionell dazu beraten werden.		
Konsensstärke: 100 %		

13	Statement	Neu Stand 2026
Unter den anfragenden Personen sind häufig Personen mit spezifischem Informations- und Beratungsbedarf, wie z. B. Personen mit körperlichen oder psychischen Erkrankungen sowie hochaltrige Menschen.		
Konsensstärke: 95 %		

Ausgehend von den Hintergründen der Anfrage nach assistiertem Suizid und ergänzend zu den beschriebenen Inhalten, die in allen Gesprächen zu Information und Beratung berücksichtigt werden sollen, sollen weitere Informations- und Beratungsbedarfe eruiert werden. Dies soll gegebenenfalls unter Zuhilfenahme eines an die jeweilige Situation individuell anzupassenden Fragenkatalogs erfolgen, um eine multiprofessionelle und bedarfsgerechte Gestaltung der Information und Beratung zu ermöglichen.

Im Folgenden werden ausgewählte typische Konstellationen, in denen eine Anfrage nach

Suizidassistenz erfolgen kann, vorgestellt und damit verbundene Informations- und Beratungsbedarfe, die unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Situation thematisiert werden sollen, ausgeführt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Suizidwunsch nicht notwendigerweise im Zusammenhang mit Erkrankungen entstanden sein muss, beispielsweise bei Anfragen von hochaltrigen Personen. Zu beachten ist weiterhin zum einen, dass auch mehrere Konstellationen in einer Situation anwendbar sein können und dass zum anderen neben den hier erwähnten noch weitere Konstellationen möglich sind.

Anfragen nach assistiertem Suizid werden oft im Kontext von Multimorbidität sowie lebensbegrenzenden Erkrankungen wie beispielsweise neurodegenerativen Erkrankungen und Tumorerkrankungen gestellt (vgl. z. B. [4, 115–117]). Sofern der Suizidwunsch im Kontext einer lebensbegrenzenden Erkrankung geäußert wird, soll zunächst eine medizinisch-sachgerechte Aufklärung über die Erkrankung und ihren voraussehbaren Verlauf sowie die Therapieziele erfolgen. Hierbei ist im Rahmen einer Therapiezielklärung auch zu bedenken, ob eine Therapiezieländerung angezeigt ist. Dann sollen die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten mit ihren Nutzen- und Schadenpotenzialen erläutert werden. Falls es die Komplexität der Erkrankung erfordert, ist gegebenenfalls entsprechende spezialfachärztliche Expertise hinzuzuziehen.

Tabelle 12 gibt einen Überblick zu möglichen spezifischen Informations- und Beratungsbedarfen im Kontext lebensbegrenzender Erkrankungen.

Tabelle 12: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Informations- und Beratungsgesprächen bei Anfragen nach assistiertem Suizid im Kontext von lebensbegrenzenden Erkrankungen

- Informationen zum Verlauf der Erkrankung und Auswirkungen hinsichtlich Lebenszeit und Lebensqualität
- Informationen über den wahrscheinlichen Ablauf des Sterbeprozesses
- Informationen über Behandlungsmöglichkeiten, die gegen den Verlauf der Erkrankung gerichtet sind
- Informationen über supportive beziehungsweise palliative Behandlungsverfahren
- Informationen über Angebote der Hospizversorgung und Palliativmedizin

Psychische Erkrankungen können bei Anfragen nach Suizidassistenz sowohl als Hauptdiagnose als auch als begleitende Diagnose eine Rolle spielen (vgl. z. B. [4, 118–120]). Wenn sich im Verlauf der vorangegangenen Exploration und/oder der Beratung Hinweise ergeben, dass eine mögliche psychische Erkrankung besteht, soll eine psychiatrisch beziehungsweise psychotherapeutisch ausgewiesene Fachperson hinzugezogen werden, um die Betroffenen über die verfügbaren psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsoptionen zu informieren. Zudem ist eine Sensibilisierung für mögliche, aber nicht zwangsläufige Einschränkungen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit [121] erforderlich (siehe

auch Kapitel 4.3.3). In der Diskussion unter den Mandatierten wurde zu bedenken gegeben, dass in Abhängigkeit von der vorliegenden Situation die relevanten Kompetenzen auch in anderen Fachgebieten, zum Beispiel im hausärztlichen Bereich, gegeben sind.

Tabelle 13 fasst mögliche spezifische Informations- und Beratungsbedarfe im Kontext psychischer Erkrankungen bei Anfragen nach Suizidassistenz zusammen.

Tabelle 13: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid im Kontext psychischer Erkrankungen

- Informationen über den Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und die Prognose psychischer Erkrankungen
- Informationen über mögliche Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Einschränkungen freiverantwortlicher Entscheidungen
- Informationen über den Zusammenhang von Suizidalität und psychischen Erkrankungen

Anfragen nach Suizidassistenz können im Kontext hoher Symptomlast auftreten, wobei es sich dabei nicht immer um lebensbegrenzende Erkrankungen handeln muss [122, 123]. Beispiele sind Patient:innen mit chronischen Schmerzen oder Patient:innen mit myalgischer Enzephalomyelitis/chronischem Fatigue-Syndrom (ME/CFS), bei denen die Prognose heterogen sein kann [124, 125]. Bei Patient:innen mit einer aktuell (oder künftig zu erwartenden) hohen Symptomlast beispielsweise durch Schmerzen oder Atemnot soll über die Möglichkeiten einer entsprechenden symptomatischen Behandlung wie zum Beispiel die Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST) sowie bei Bedarf über palliativmedizinische Angebote informiert werden [126]. Diese umfassen bei unerträglichen, nicht anders behandelbaren Symptomen auch die Möglichkeit der gezielten Sedierung [127]. Anfragende mit erheblichen körperlichen Einschränkungen sollen weiterhin über mögliche Hilfsmittel und deren Beschaffung informiert werden.

Tabelle 14 fasst mögliche spezifische Informations- und Beratungsbedarfe im Kontext einer hohen Symptomlast zusammen.

Tabelle 14: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid im Kontext hoher Symptomlast

- Informationen zu Behandlungsoptionen zur Linderung von hoher Symptomlast beziehungsweise des Leidenszustandes und Auswirkungen auf Lebensqualität
- Informationen über mehrdimensionale, multiprofessionelle (spezialisierte) Palliativversorgung
- Informationen über Hilfsmittel und deren Beschaffung sowie weitere mögliche Optionen zur Verbesserung der Teilhabe und Lebensqualität

Anfragen nach assistiertem Suizid können nach Erfahrung von an der Leitlinie beteiligten Expert:innen auch im Rahmen bestimmter Belastungssituationen wie beispielsweise bei psychosozialen Herausforderungen (z. B. Einsamkeit, finanzielle Nöte) oder subjektiv bedeutsamen Lebensereignissen (z. B. Tod von Partner:innen) gestellt werden [123, 128]. Anfragende, die sich in einer potentiell belastenden Situation befinden, sollen zu verschiedenen Unterstützungsangeboten informiert werden. Weiterhin sollte mit Blick auf mögliche Auswirkungen auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit geprüft werden, ob etwa eine anhaltende Trauerstörung Auswirkungen auf die Freiverantwortlichkeit haben kann (siehe auch Kapitel 4.3 und 4.3.3).

Tabelle 15 stellt mögliche spezifische Informations- und Beratungsbedarfe im Kontext existentiellen Leidens und anderer vulnerabler Situationen dar.

Tabelle 15: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid im Kontext vulnerabler Situationen

- Informationen zu psychosozialen Unterstützungsangeboten
- Informationen zu spirituellen und seelsorgerischen Unterstützungsangeboten
- Informationen zu philosophischen Beratungsangeboten

Auch bei Vorliegen von chronischen Erkrankungen können Anfragen nach Suizidassistenz gestellt werden. Anfragende sollen bedarfsorientiert und angepasst an die jeweilige Situation neben Informationen zu möglichen Behandlungsoptionen auch Informationen zu (psycho)therapeutischen sowie Rehabilitations-, Heilmittel- und weiteren Unterstützungsangeboten erhalten.

Einen Überblick über mögliche spezifische Informations- und Beratungsbedarfe im Kontext von chronischen Erkrankungen bietet Tabelle 16.

Tabelle 16: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Anfragen nach assistiertem Suizid im Kontext von chronischen Erkrankungen

- Informationen zu therapeutischen und rehabilitativen Angeboten, z. B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie, ambulante und stationäre Rehabilitation, komplextherapeutische stationäre Angebote
- Informationen zu psychotherapeutischen Angeboten
- Informationen zu Betroffenenverbänden und Selbsthilfegruppen sowie zu sonstigen Angeboten zum Austausch und Kontakt mit anderen Betroffenen
- Informationen zu spezifischen Wohnformen für Menschen mit chronischen Erkrankungen
- Informationen über Angebote zur Verbesserung der Teilhabe und Lebensqualität

Die überwiegende Mehrheit der Personen, die aufgrund eines assistierten Suizids sterben, befindet sich in einem fortgeschrittenen Alter. In der Schweiz lag das mittlere Alter laut der Todesursachenstatistik 2014 bei über 70 Jahren [117]. Auch Daten aus Deutschland zeigen einen Schwerpunkt für assistierten Suizid im höheren Lebensalter [3, 4, 129]. Alleinstehende, insbesondere Verwitwete und Geschiedene, sind nach internationalen Daten überrepräsentiert [130]. Menschen in einem höheren Lebensalter nennen neben dem Verlust an Selbstständigkeit und Autonomie [129, 130] sowie aktuellem oder befürchtetem Leiden auch Einsamkeit und Lebenssattheit als Gründe für einen möglichen assistierten Suizid [131, 132]. Der Tod ist häufig nicht absehbar und es bestehen nicht notwendigerweise Symptome oder Leiden, die im Kontext von Erkrankungen zu sehen sind. In diesem Zusammenhang sind zum einen spezifische Unterstützungsangebote für ältere Personen, die einen assistierten Suizid erwägen, zu bedenken. Exemplarisch hierfür stehen Angebote zur Prävention von Einsamkeit oder auch zur Prävention und Behandlung von Erkrankungen, die mit dem Alter zunehmen. Da sich auch Hinweise finden, dass das Gefühl, anderen Personen zur Last zu fallen (z. B. durch erhöhten Pflegebedarf), eine Rolle im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid spielen kann (vgl. z. B. [133]), sollen bedarfsorientiert auch entsprechende Unterstützungsangebote für An- und Zugehörige thematisiert werden.

In Tabelle 17 werden mögliche spezifische Informations- und Beratungsbedarfe von Personen im höheren Alter zusammengefasst.

Tabelle 17: Mögliche spezifische Informationsbedarfe bei Informations- und Beratungsgesprächen mit hochaltrigen Personen

- Informationen zu Hilfsmitteln zur Verbesserung der Mobilität
- Informationen über Angebote zur Verbesserung der Teilhabe und Lebensqualität
- Informationen zu therapeutischen und rehabilitativen Angeboten, z. B. Physio-, Ergo-, Musiktherapie, Logopädie, Rehasport
- Informationen zu finanziellen Beratungsangeboten
- Informationen zu altersassoziierten Erkrankungen und entsprechenden präventiven und therapeutischen Angeboten
- Informationen zu Unterstützungsangeboten zur Entlastung von An- und Zugehörigen
- Informationen zu spezifischen Wohnformen

4.2.3 Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die nach assistiertem Suizid angefragt werden und bei Anfragen nach assistiertem Suizid informieren und beraten

Unter Anforderungen werden in diesem Text Kompetenzen im Sinne von Kenntnissen, Fertigkeiten und Haltungen von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen verstanden, die allgemein für den Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid sowie insbesondere auch für die Information und Beratung in diesem Kontext als erforderlich erachtet werden. Die vorstehenden Kompetenzen können unterschieden werden in allgemeine Kompetenzen, über die alle Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen, die nach Suizidassistenz angefragt werden können, verfügen sollten und spezifische Kompetenzen, die von einem entsprechend qualifizierten Teil der Mitarbeitenden im Rahmen der Informationen und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid angewendet werden sollen. Zur Durchführung eines vertieften Gesprächs zu Todeswünschen und Suizidalität sowie zur Beratung und Begleitung von An- und Zugehörigen sind zum Teil gleiche oder ähnliche Kompetenzen erforderlich (vgl. hierzu auch Kapitel 4.1.1 und 4.5.4)

14	Empfehlung	Neu Stand 2026
Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die auf das Thema der Suizidassistenz angesprochen werden können, sollen über grundlegende Fähigkeiten im Umgang mit Todeswünschen sowie Kenntnisse bezüglich rechtlicher Aspekte und Unterschieden bei der Genese von Todeswünschen, Strategien zum Umgang mit Suizidalität verfügen. Bei Bedarf sollen die Mitarbeitenden auf kompetente Ansprechpersonen weiterverweisen können.		
Konsensstärke: 100 %		

Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen werden mit Anfragen nach assistiertem Suizid konfrontiert (vgl. z. B. [5, 6, 9, 134]). Die Kenntnis des rechtlichen Rahmens (siehe auch Kapitel 3) ist Voraussetzung für einen professionellen Umgang mit entsprechenden Anfragen. Weiterhin sind Kenntnisse hinsichtlich der unterschiedlichen Genese von Todeswünschen sowie zur Klärung und zum Umgang mit akuter Suizidalität im Sinne von Suizidimpulsen mit großem Handlungsdruck zentral für die Einordnung entsprechender Anfragen.

15	Empfehlung	Neu Stand 2026
Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die über Themen der Suizidassistenz informieren und beraten, sollen über die grundlegenden Fähigkeiten und Kenntnisse hinaus (siehe Empfehlung 14) über weitere umfangreiche Kompetenzen verfügen. Die spezifischen Kenntnisse (Tabelle 18), Fertigkeiten (Tabelle 19) und Haltungen (Tabelle 20) für die Aufgabe werden im Hintergrundtext konkretisiert.		
Konsensstärke: 100 %		

Die kompetente Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid erfordert Kenntnisse, die ganz wesentlich von der Situation der Anfragenden und damit in Zusammenhang stehenden Bedarfen abhängen. So bedarf eine Patient:in mit einer lebensbegrenzenden Tumorerkrankung beispielsweise Informationen über tumorspezifische und palliativmedizinische Handlungsoptionen, wohingegen für eine alleinstehende hochaltrige Person ohne relevante Erkrankung beispielsweise Informationen über psychosoziale Angebote von Bedeutung sein können (siehe auch Kapitel 4.2.2). Vertiefte Kenntnisse sind daher einerseits erforderlich hinsichtlich der Genese von Todeswünschen, möglichen Informations- und Beratungsbedarfen und Handlungsstrategien sowie zu Personen beziehungsweise Organisationen, die eine Expertise für spezifische Informations- und Beratungsbedarfe haben, welche außerhalb der eigenen Fachkompetenz liegen. Dies bezieht sich auf Krankheiten beziehungsweise Krankheitsverläufe, die spezifische Kenntnisse und Kompetenzen erfordern oder zum Beispiel auch auf kulturelle oder religiöse Besonderheiten. Zudem sollten beratende Personen über Informationen bezüglich regional tätiger Vermittler:innen beziehungsweise Anbieter:innen von Suizidassistenz verfügen.

Tabelle 18 fasst Kenntnisse zusammen, die im Rahmen von Informations- und Beratungsgesprächen bei Anfragen nach assistiertem Suizid erforderlich sind.

Tabelle 18: Kenntnisse als Anforderung an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid Informations- und Beratungsgespräche durchführen

- Inhalte von Leitlinien und vergleichbaren Empfehlungen/Vorgaben zum Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid
- Genese von Todeswünschen und mögliche Handlungsstrategien
- Kenntnisse im Bereich der Suizidprävention
- Handlungsalternativen zur Suizidassistenz unter Berücksichtigung der individuellen Situation der anfragenden Person

- Umsetzung des assistierten Suizids und Risiken
- mögliche Auswirkungen von assistiertem Suizid auf Dritte (z. B. An- und Zugehörige)
- Informationen über Personen mit relevanter Expertise für die Beratung, Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und Durchführung des assistierten Suizids
- religiöse/kulturelle Besonderheiten und Ressourcen für diesbezügliche Fragestellungen

Die kompetente Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid erfordert neben kommunikativen Fertigkeiten (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.5.4) auch solche, die die Organisation und Dokumentation entsprechender Beratungen unterstützen.

Tabelle 19 gibt einen Überblick zu verschiedenen erforderlichen Fertigkeiten im Rahmen von Informations- und Beratungsgesprächen bei Anfragen nach assistiertem Suizid. Die Empfehlungen orientieren sich an Empfehlungen zur Beratung in existentiell und ethisch herausfordernden Situationen [135–137].

Tabelle 19: Fertigkeiten als Anforderung an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid Informations- und Beratungsgespräche durchführen

- grundlegende Kommunikationskompetenzen, z. B. aktives, empathisches Zuhören, (Ergebnis-)Offenheit, Paraphrasierungen, Spiegeln, Pausen aushalten [33]
- zielgruppenspezifische Kommunikationsfertigkeiten, u. a. Kommunikation mit Menschen mit psychischen Erkrankungen, mit Menschen, deren Teilhabe aufgrund einer dauerhaften körperlichen Behinderung erheblich eingeschränkt ist, kultursensible Kommunikation [138]
- Aufzeigen von Handlungsalternativen zum assistierten Suizid bezogen auf die konkrete individuelle Situation
- organisatorische Fertigkeiten für die Vor- und Nachbereitung sowie Durchführung der Beratung, wie beispielsweise Zeitplanung, Berücksichtigung ggf. relevanter Akteur:innen
- Dokumentation von Informations- und Beratungsgesprächen
- Recherche relevanter Informationen
- Erkennen von persönlichen oder fachlichen Grenzen und Umgang mit solchen Grenzen im Kontext von Information und Beratung
- Reflexion persönlicher Haltungen und Reaktionen auf Anfragen sowie möglicher Implikationen für die Beratung

Haltungen bei der Information und Beratung im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid beziehen sich unter anderem auf die Offenheit für die Thematisierung sowie die Reflexion

eigener Positionen und Einstellungen, die die Beratung beeinflussen können (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.5.4).

In Tabelle 20 werden erforderliche Haltungen im Rahmen von Informations- und Beratungsgesprächen bei Anfragen nach assistiertem Suizid dargestellt.

Tabelle 20: Haltungen als Anforderung an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid Informations- und Beratungsgespräche durchführen

- Offenheit gegenüber den Anfragenden, den Themen und dem Ergebnis der Beratung
- Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (vgl. z. B. [33])
- selbstreflexive Grundhaltung zum (assistierten) Suizid und zu möglichen Auswirkungen auf eine Beratung
- Kritikfähigkeit und Interesse an Weiterentwicklung der Kompetenzen
- Bereitschaft, Grenzen der eigenen Kenntnisse, Kompetenzen und Belastbarkeit zu erkennen und zu kommunizieren
- Wissen um die Haltung der Institution und deren Einfluss auf die Beratung

4.2.4 Qualifizierung für Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid

16	Empfehlung	Neu Stand 2026
Im Gesundheits- und Sozialwesen tätige Mitarbeitende, die bei Anfragen nach Suizidassistenz informieren und beraten, sollen an Qualifizierungs- und Fortbildungsmaßnahmen zu den in dieser Leitlinie genannten Kenntnissen, Fertigkeiten und Haltungen sowie fallbezogenen Besprechungen (z. B. (Team-)Fallbesprechung, Supervision, Balintarbeit) teilnehmen.		
Konsensstärke: 100 %		

Die eigenen Kompetenzen für die Information und Beratung sollen regelmäßig durch Qualifizierungsmaßnahmen überprüft und (wo erforderlich) weiterentwickelt werden. Die Inhalte der Qualifizierungsmaßnahmen leiten sich im Wesentlichen von den in dieser Leitlinie für die Information und Beratung definierten Kenntnissen, Fertigkeiten und Haltungen ab. Didaktisch müssen die Qualifizierungsmaßnahmen zweckmäßig auf die avisierten Kompetenzen ausgerichtet sein (z. B. Simulationspatient:innen zur Schulung kommunikativer Fertigkeiten). Ergänzend zur thematisch fokussierten inhaltlichen Qualifizierung bieten interne und externe Entlastungs- und Beratungsangebote die Möglichkeit, die eigene Beratung zu reflektieren und Impulse zur Weiterentwicklung der eigenen Kompetenzen zu identifizieren. Exemplarisch hierfür stehen Einzel- oder Gruppensupervision sowie weitere fallbezogene Unterstützungsangebote zum Zweck der Weiterentwicklung von Kompetenzen (siehe auch Kapitel 4.4.3).

In Tabelle 21 werden einige Unterstützungsangebote exemplarisch dargestellt.

Tabelle 21: Überblick zu internen und externen Unterstützungsangeboten im Kontext der Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung für Information und Beratung

Interne Angebote	Fallbesprechungen bei im Folgenden exemplarisch genannten Situationen
	▪ Komplexe, schwierige Beratungskonstellation, z. B.: Anfragende lehnen Information/Beratung ab, mögliche Einflussnahme durch An- und Zugehörige und/oder unklarer Einfluss kultureller Besonderheiten ▪ ethisch besonders belastende Situation, z. B. bei jüngeren Anfragenden ohne lebenslimitierende Erkrankung
	Gruppensupervision ▪ kontinuierlicher Austausch zur Teamförderung

	▪ Weiterentwicklung der kommunikativen Kompetenzen und der Handlungsmöglichkeiten, z. B. bezogen auf schwierige Beratungssituationen
Externe Angebote	Einzelsupervision ▪ Umgang mit individuellen Grenzen der Belastbarkeit, z. B. eigene soziale Situation ▪ Umgang mit isolierter Position innerhalb des Teams, z. B. hinsichtlich Haltung zum assistierten Suizid
	Gruppensupervision ▪ Umgang mit Teamkonflikten

4.2.5 Vorgehensweise für Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid

17	Empfehlung	Neu Stand 2026
Information und Beratung bei einer Anfrage nach Suizidassistenz sollen in persönlichen Gesprächen mit Anfragenden erfolgen.		
Konsensstärke: 100 %		

18	Empfehlung	Neu Stand 2026
Information und Beratung bei Anfragen nach Suizidassistenz sollen in einer für die Anfragenden verständlichen Form (z. B. Verwendung inklusiver Kommunikation, Visualisierung) erfolgen.		
Konsensstärke: 100 %		

Analog zur Aufklärung im medizinischen Kontext sollen Information und Beratung im Rahmen eines Gesprächs erfolgen. Dieses Gespräch sollte möglichst persönlich und in Präsenz stattfinden. Bei der Verwendung von Telefon oder Videotelefonat werden unter Umständen non-verbale Signale nicht oder schlechter rezipiert [139, 140]. Die Fähigkeit, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, hängt maßgeblich mit dem Informationsverständnis zusammen. Die Komplexität von Informationen, psychische und soziale Belastungen sowie kognitive Einschränkungen können das Verständnis von Informationen beeinflussen [141]. Im medizinischen Kontext wurden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Informationsvermittlung entwickelt (vgl. z. B. [142, 143]), die auch für das Informationsverständnis und eine inklusive Kommunikation bei Anfragen nach Suizidassistenz relevant sein können. Exemplarisch hierfür stehen die Verwendung einer vereinfachten beziehungsweise klaren Sprache (z. B. „elaborated plain language“, vgl. z. B. [144]), schriftliche Informationsmaterialien (z. B. zu medizinischen oder psychosozialen Handlungsoptionen) oder auch die teils digital aufbereitete Visualisierung von Informationen.

19	Empfehlung	Neu Stand 2026
Informations- und Beratungsgespräche bei Anfragen nach Suizidassistenz sollen hinsichtlich des Settings, Inhalts und Ablaufs individuell vorbereitet werden.		
Konsensstärke: 100 %		

Informations- und Beratungsgespräche im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz sollen hinsichtlich des Inhalts, Settings und Ablaufs vorbereitet werden (vgl. auch Kapitel 4.1.4). Wichtige inhaltliche Vorbereitungen umfassen die Verifizierung der Identität der zu beratenden Person, die Identifizierung möglicher Informations- und Beratungsbedarfe sowie entsprechende inhaltliche Vorbereitung auf der Grundlage der vorab eingeholten Informationen soweit dies möglich und praktikabel ist. Die Vorbereitung auf das Setting (z. B. räumlicher und zeitlicher Rahmen, anwesende Personen) und die Vorgehensweise bei Informations- und Beratungsgesprächen im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz umfassen viele Elemente, die auch bei der Gestaltung anderer Gespräche im Gesundheits- und Sozialwesen relevant sind (z. B. SPIKES-Protokoll, NURSE-Modell) [145–148]. Hinsichtlich der Vorgehensweise ist der Verlauf entsprechend der in anderen Kontexten auch bereits praktisch erprobten Schritte nicht als lineare Struktur gedacht, sondern soll bei Bedarf iterativ beziehungsweise angepasst an die individuellen Bedürfnisse und die soziale Situation im Gespräch gestaltet werden [149, 150]. Zentral ist der Wechsel von Elementen des aktiven Zuhörens einschließlich der Wahrnehmung nonverbaler Signale, der Vermittlung von Informationen in verständlicher Form sowie der Beurteilung des Informationsverständnisses [151, 152]. Das Beratungsgespräch ist in der Regel Teil eines Prozesses, sodass zu Beginn des Gesprächs der Informationsstand der anfragenden Person sowie bestehende Informations- und Beratungsbedarfe geklärt werden sollen. Abschließend sollen Optionen für das weitere Vorgehen nach dem Beratungsgespräch mit den Anfragenden besprochen werden.

4.2.6 Anforderungen an Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen, die bei Anfragen nach assistiertem Suizid informieren und beraten

20	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen, die Personen bei Anfragen nach Suizidassistenz informieren und beraten, sollen niedrigschwellig erreichbar sein. Einrichtungen sowie die darin arbeitenden Personen sollen finanzielle und nicht-finanzielle Interessen offenlegen. Zwischen Information und Beratung einerseits sowie weiterer Prozessschritte (Beurteilung der Freiverantwortlichkeit, Assistenz beim Suizid) andererseits soll eine personelle, organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit gewährleistet sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

Einrichtungen, die an der Information und Beratung bei Anfragen nach Suizidassistenz beteiligt sind, sollen bestimmte Merkmale erfüllen, die eine möglichst niedrigschwellige, wenig verzerrte und umfassende Information und Beratung ermöglichen. Der Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten soll niedrigschwellig sein, um beispielsweise auch Personen mit Beratungsbedarf, die in weniger dicht besiedelten Regionen wohnen, ausgewogene Informationen zur Verfügung stellen zu können. Mit Blick auf die hohen fachlichen Anforderungen und die mögliche Verzerrung bei Bewertungen eines Todeswunsches sowie zur Vermeidung von Missbrauch sollen beratende Einrichtungen Personen mit fachlich unterschiedlichen Schwerpunkten vorhalten. Zielführend ist dabei die Kombination von Expert:innen aus dem Bereich der Suizidprävention und des assistierten Suizids, um sicherzustellen, dass der Prozess ausgewogen gestaltet wird. Eine Vernetzung über die Sektoren und Fachrichtungen hinweg ist ebenfalls wichtig. Finanzielle und andere Interessen im Kontext der Information und Beratung sollen offengelegt werden und die Einrichtungen sollten über ein angemessenes Interessenkonfliktmanagement verfügen [153, 154].

4.3 Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung

4.3.1 Rechtliche Kriterien für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung

21	Statement	Neu Stand 2026
	Die rechtlichen Kriterien der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung sind die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, die Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck sowie die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Diese sind für die fachliche Beurteilung verbindlich.	
	Konsensstärke: 100 %	

Ein freiverantwortlicher Suizid liegt nach dem Bundesverfassungsgericht ([1], Rn. 240ff.) vor, wenn der Entschluss auf dem freien Willen der anfragenden Person beruht, die zur Selbstbestimmung fähig ist, sowie bewusst und gewollt auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider entschieden hat. Bei der Konkretisierung dieser Anforderungen orientiert sich das Bundesverfassungsgericht an den Grundsätzen zur informierten Einwilligung in medizinische Maßnahmen und geht etwa in Bezug auf die Anforderungen an Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit darüber hinaus. Maßgeblich sind folgende Kriterien [1, 103]:

1. die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, also die Fähigkeit der Person, ihren Willen bezogen auf die Entscheidung zum Suizid frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können;
2. die Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, insbesondere der Handlungsalternativen zum Suizid und der Folgen der möglichen Handlungen, was nach Einschätzung des Bundesverfassungsgerichts eine umfassende Beratung und Aufklärung voraussetzt;
3. die Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck;
4. die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses, um auszuschließen, dass die Entscheidung zum Suizid auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage beruht oder vorschnell und unüberlegt getroffen wird.

Ist eines oder sind gar mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt, liegt keine freiverantwortliche Entscheidung zum Suizid vor. Dann ist jedermann verpflichtet, den Suizid zu verhindern, andernfalls kann eine unterlassene Hilfeleistung (§ 323c StGB) vorliegen. Ärzt:innen sowie andere Personen, die als Garanten für das Leben und gesundheitliche Wohl einer Person verantwortlich sind und ihren nicht freiverantwortlichen Suizid nicht verhindern, können sich unter Umständen wegen eines Tötungsdelikts durch Unterlassen (§§ 211 ff. StGB und § 13

StGB) strafbar machen. Wer bei einem nicht freiverantwortlichen Suizid Assistenz leistet, kann wegen eines Tötungsdelikts in mittelbarer Täterschaft (§§ 211 ff. StGB) strafbar sein.

4.3.2 Gestaltung des Prozesses der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung

22	Empfehlung	Neu Stand 2026
Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll erst nach einer qualifizierten Information und Beratung erfolgen (siehe Kapitel 4.2).		
Konsensstärke: 100 %		

23	Empfehlung	Neu Stand 2026
Vor jeder Suizidassistenz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung mindestens zweimal im Abstand von mindestens vier Wochen beurteilt werden. In begründeten Einzelfällen können ein kürzeres oder längeres Intervall oder weitere Beurteilungen angemessen sein.		
Konsensstärke: 96 %		

Sondervoten der DASP, der DGGG und des NaSPro zu Empfehlung 23		Neu Stand 2026
Vor jeder Suizidassistenz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung mindestens zweimal beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung oder anderen gewichtigen Umständen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Weitere Beurteilungen oder ein längerer Zeitraum können im Einzelfall erforderlich sein (ausführliche Voten siehe Kapitel 13.2).		

24	Empfehlung	Neu Stand 2026
Die Freiverantwortlichkeit soll von mindestens einer entsprechend qualifizierten Fachärzt:in und einer weiteren unabhängigen Person, die Fachärzt:in im Bereich der psychischen Gesundheit oder psychologische Psychotherapeut:in ist, beurteilt werden. Das Ergebnis soll strukturiert und schriftlich dokumentiert werden.		
Konsensstärke: 100 %		

Sondervotum der DEGAM zu Empfehlung 24	Neu Stand 2026
Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll durch mindestens zwei unabhängig voneinander urteilende Fachärzt:innen und/oder psychologische Psychotherapeut:innen erfolgen. Fachpersonen aus dem Gebiet der Psychiatrie/Psychotherapie sollen hinzugezogen werden, wenn Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bestehen. Das Ergebnis soll strukturiert und schriftlich dokumentiert werden (ausführliches Votum siehe Kapitel 13.2).	

25	Empfehlung	Neu Stand 2026
Mindestens eine von diesen Personen soll ausschließlich die Freiverantwortlichkeit beurteilen und nicht an weiteren Prozessschritten beteiligt sein.		
Konsensstärke: 79 %		

Sondervoten der DASP, der DGGG und des NaSPro zu Empfehlung 25	Neu Stand 2026
Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilung unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistenz unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an deren Durchführung mitwirken (ausführliche Voten siehe Kapitel 13.2).	

26	Statement	Neu Stand 2026
	Psychische Erkrankungen schließen die freiverantwortliche Entscheidung zum (assistierten) Suizid nicht notwendigerweise aus. Umgekehrt kann auch bei Fehlen einer psychischen Erkrankung die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung zum (assistierten) Suizid eingeschränkt sein.	
	Konsensstärke: 100 %	

27	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Ergibt die Beurteilung, dass nicht von einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung auszugehen ist, sollen der anfragenden Person bedarfsgerecht Unterstützungsangebote gemacht und ggf. eine Behandlung eingeleitet werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit im Sinne der oben genannten rechtlichen Kriterien (siehe Kapitel 4.3.1) ist die entscheidende Voraussetzung für die Legitimität einer Suizidassistenz [1]. Die unterschiedlichen Elemente der Freiverantwortlichkeit müssen dabei jeweils einzeln betrachtet und beurteilt werden, was unbedingt voraussetzt, dass zuvor eine ausführliche und qualifizierte Information und Beratung der anfragenden Person stattgefunden hat (siehe Empfehlung 22 und Kapitel 4.2, für eine Übersicht zum Ablauf der Beurteilung siehe Abbildung 1).

Die Freiverantwortlichkeit muss wiederholt beurteilt werden, weil nur auf diesem Wege das Kriterium der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit beurteilbar ist (siehe auch Kapitel 4.3.6). Es gibt keine empirischen Erkenntnisse zur Frage, wie häufig und in welchen Abständen beurteilt werden muss, um diejenigen Menschen verlässlich von assistierten Suiziden auszuschließen, deren Entschluss nicht dauerhaft und innerlich fest ist. Es ist auch zu erwarten, dass individuelle Gegebenheiten dabei eine bedeutsame Rolle spielen. Deswegen erscheint es sinnvoll, Mindestvoraussetzungen zu definieren, von denen im Einzelfall mit einer entsprechenden Begründung abgewichen werden kann. Insbesondere in Zweifelsfällen und bei voneinander abweichenden Ergebnissen zweier Beurteilungen können aber auch weitere Beurteilungen notwendig werden.

International liegen die übliche Praxis oder gesetzlichen Vorschriften bei wenigen Wochen bis zu sechs Monaten. Für diese Leitlinie hat sich die überwiegende Mehrheit der

Fachgesellschaften für ein Standardintervall von vier Wochen entschieden, welches abhängig von den Gegebenheiten in Einzelfällen begründet verkürzt oder verlängert werden kann. Eine Verkürzung kommt zum Beispiel bei sehr belastenden Symptomen oder einer kurzen verbleibenden Lebenserwartung in Frage. In anderen Situationen, in denen die Erfahrung zeigt, dass sich die Anfragenden nach einer etwas längeren Zeit häufig noch von ihren Suizidwünschen distanzieren, kann eine längere Zeitspanne (ggf. mit weiteren Gesprächen) angemessen sein.

Die Freiverantwortlichkeit soll nicht nur wiederholt, sondern auch von mindestens zwei unterschiedlichen Personen beurteilt werden. Diese sollen zeitlich und inhaltlich unabhängig voneinander agieren und frei von Interessenskonflikten, insbesondere in Bezug auf die zu beurteilende Person und finanzielle Aspekte sein. Außerdem sollen die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, über die erforderlichen Qualifikationen hinsichtlich der Erhebung und Beurteilung der relevanten medizinischen Befunde, insbesondere des psychopathologischen Befundes verfügen. Weil letzterem in diesem Kontext besondere Bedeutung zukommt, soll eine der beurteilenden Personen Fachärzt:in im Bereich der psychischen Gesundheit (Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt:in für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin oder ältere analoge Fachärzt:innenanerkennung) oder psychologische Psychotherapeut:in sein. Schließlich soll mindestens eine der beurteilenden Personen weder an der Information und Beratung der anfragenden Person noch an der Suizidassistentz beteiligt sein.

Das Ergebnis der Beurteilung ist hinsichtlich sämtlicher vier Kriterien der Freiverantwortlichkeit strukturiert und inhaltlich nachvollziehbar schriftlich zu dokumentieren.

Nur bei Bestätigung durch beide Beurteilende können Defizite bezüglich der Freiverantwortlichkeit mit einem angemessenen Maß an Sicherheit ausgeschlossen werden. Das relativ aufwändige Mehr-Augen-Prinzip ist deshalb zwingend, weil es sich bei einem Suizid um eine irreversible Entscheidung über das Leben der betroffenen Person handelt. Die Unabhängigkeit der die Freiverantwortlichkeit beurteilenden Personen umfasst mehrere Ebenen; sie sollten unabhängig voneinander sein, mindestens eine sollte unabhängig von der zu beurteilenden Person und vom weiteren Prozess der Suizidassistentz sein.

In der Konsensuskonferenz wurde auch vorgeschlagen, dass keine der beiden beurteilenden Personen an weiteren Aspekten des Gesamtprozesses einschließlich der Suizidassistentz beteiligt sein dürfe, um die Validität der Gesamtbeurteilung weiter zu erhöhen. Mehrheitlich wurde dem aber entgegengehalten, dass der Gesamtprozess hierdurch zu personalintensiv würde und deshalb nicht zu gewährleisten sei, dass ein solcher Prozess in der Praxis umsetzbar wäre. Während in der Diskussion Einigkeit bestand, dass eine ausreichende psychiatrisch-psychotherapeutische Kompetenz für die Prüfung der Freiverantwortlichkeit erforderlich ist, wurde es unterschiedlich bewertet, ob immer eine der prüfenden Personen Fachärzt:in für Psychiatrie und Psychotherapie oder ähnliches sein muss.

Psychische Erkrankungen können die Einsichts- und Urteilsfähigkeit erheblich beeinträchtigen

und führen zudem häufig zu Suizidalität unterschiedlicher Form. Sie sind die häufigste Ursache von Suiziden und Suizidversuchen [155]. Deshalb ist bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit besonderes Augenmerk darauf zu richten, ob eine psychische Erkrankung in der Vorgeschichte bestanden hat oder aktuell vorliegt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass psychische Erkrankungen nicht per se die Freiverantwortlichkeit einschränken oder aufheben, sondern dass bestimmte Symptome im Bereich des Affektes und des Denkens relevant sind (siehe auch Kapitel 4.3.3).

Die Formulierung des Bundesverfassungsgerichts [1], dass die Suizidentscheidung nicht „durch eine akute psychische Erkrankung beeinflusst“ sein darf, ist missverständlich und kann in die Irre führen. Denn es ist nicht die Akuität der Erkrankung, sondern ihre aktuelle Ausprägung entscheidend. Nicht jede akute psychische Erkrankung gefährdet also die Freiverantwortlichkeit und eine chronische psychische Erkrankung schließt eine Beeinträchtigung nicht per se aus. Insgesamt betrachtet, und so ist das Statement 26 zu verstehen, müssen bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit psychische Erkrankungen als Hinweis auf eine mögliche Beeinträchtigung der Freiverantwortlichkeit gewertet werden. Umgekehrt darf aber die beurteilende Person beim Fehlen von Hinweisen auf eine psychische Erkrankung nicht davon ausgehen, dass die Freiverantwortlichkeit auf jeden Fall gegeben ist. Denn es gibt natürlich auch akute Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit, die nicht auf einer psychischen Erkrankung beruhen (siehe auch Kapitel 4.3.3).

4.3.3 Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit

28	Statement	Neu Stand 2026
Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit setzt voraus, dass die Suizidassistenz anfragende Person auf der Grundlage der im Rahmen der Beratung erhaltenen Informationen ein angemessenes Verständnis der eigenen Lebenssituation und ggf. der eigenen Erkrankung(en) sowie der verfügbaren (Be-)Handlungsoptionen mit den jeweiligen Folgen entwickelt hat, die unterschiedlichen Handlungsoptionen gegeneinander abwägen sowie eine Entscheidung treffen und diese kommunizieren kann.		
Konsensstärke: 100 %		

29	Empfehlung	Neu Stand 2026
Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit soll in einem strukturierten Prozess zusammen mit den drei anderen Kriterien der Freiverantwortlichkeit beurteilt werden. Die Beurteilung beruht auf den Ergebnissen einer fachgerechten Untersuchung inklusive Erhebung eines psychischen Befundes, dem eine ausführliche Anamnese bezüglich solcher Erkrankungen vorausgegangen ist, die die Einsichts- und Urteilsfähigkeit einschränken können. Strukturierte Interviews, Skalen und Tests können die Exploration unterstützen.		
Konsensstärke: 100 %		

Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit stellt auch nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts eine notwendige Voraussetzung für eine freie Suizidentscheidung dar. Bei einer Anfrage nach einer Suizidassistenz ist deshalb immer (und mehrfach, siehe Kapitel 4.3.2, Empfehlung 23) die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu prüfen. Sie ist dabei bezogen auf die spezifischen Anforderungen der anstehenden Entscheidung hin zu beurteilen, sie ist kontext- und zeitabhängig. Angesichts der großen Tragweite der Entscheidung zum Suizid für die betreffende Person und das soziale Umfeld sind hohe Anforderungen an die Sorgfalt der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu stellen. Sie sollte deshalb in einem strukturierten Prozess zusammen mit den anderen Kriterien der Freiverantwortlichkeit beurteilt werden. Die Evaluation sollte auf eine Art und Weise erfolgen, die die Selbstbestimmungsfähigkeit des Betreffenden unterstützt und fördert [155].

Neben kognitiven Merkmalen spielen auch emotionale, motivationale und volitionale Faktoren eine Rolle. Eine angemessene Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit

erfordert somit eine ganzheitliche Betrachtung der Person und ihrer Situation. Dabei ist, den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts entsprechend, insbesondere auch zu prüfen, ob die Einsichts- und Urteilsfähigkeit der anfragenden Person aktuell von einer psychischen Störung beeinträchtigt ist (siehe auch Kapitel 4.3.2, Statement 26). Diese Prüfung sollte durch eine Fachperson erfolgen, die die hierfür erforderliche fachliche Kompetenz für die Erkennung einer psychischen Störung besitzt (siehe auch Kapitel 4.3.2, Empfehlung 24). Eine psychische Störung schließt allerdings eine freie Willensbildung nicht a priori aus. In vergleichbarer Weise gilt, dass die Einsichts- und Urteilsfähigkeit auch dann beeinträchtigt sein kann, wenn aktuell keine psychische Störung vorliegt. Beispielsweise können kognitive Verzerrungen, wie sie bei zahlreichen psychischen Störungen zu beobachten sind (z. B. Alles-oder-Nichts-Denken, Katastrophisieren, Übergeneralisieren), auch bei psychisch gesunden Personen auftreten. Ferner ist bekannt, dass negative Stimmungen das Auftreten kognitiver Verzerrungen begünstigen, unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Störung. Bei allen Anfragenden sollte eine Einschätzung der emotionalen Verfassung und des Auftretens und der Bedeutung kognitiver Verzerrungen vorgenommen werden, auch wenn sich keine Hinweise auf eine psychische Störung zeigen. Der häufigere Fall sollte jedoch sein, dass die Einsichts- und Urteilsfähigkeit durch pathologische Zustände beeinträchtigt wird. Liegen Hinweise auf eine Einschränkung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit vor, sind der betroffenen Person immer und umgehend diagnostische und therapeutische Hilfsangebote zu machen.

Angesichts der – auch vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich erwähnten – Analogien zur Einwilligungsfähigkeit bei medizinischen Maßnahmen erscheint es sinnvoll, bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei Anfragen nach Suizidassistenz Beurteilungsmethoden zu wählen, die sich bereits in der klinischen Praxis bewährt haben [156]. Nach dem Vier-Fähigkeiten-Modell von Grisso und Appelbaum [157] setzt die Einwilligungsfähigkeit (1) Informationsverständnis, (2) Krankheits- und Behandlungseinsicht, (3) Urteilsvermögen und (4) die Fähigkeit voraus, eine Entscheidung zu treffen und zu kommunizieren ([158], S. 16). Diese vier Fähigkeiten sind bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im vorliegenden Kontext entsprechend anzupassen (siehe Tabelle 22), da es sich bei der Suizidassistenz nicht um eine Behandlungsmaßnahme handelt und die Anfragen nicht immer im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen. Grundsätzlich ist es bei der Beurteilung der Fähigkeiten hilfreich, die anfragende Person selbst berichten zu lassen, wie sie ihre eigene Lebenssituation und die verfügbaren Handlungsoptionen sieht und bewertet.

Tabelle 22 gibt einen Überblick über zu berücksichtigende Aspekte bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid.

Tabelle 22: Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Kontext von assistiertem Suizid nach dem Vier-Fähigkeiten-Modell von Grisso und Appelbaum [157, 158]

Informationsverständnis	Zunächst ist zu beurteilen, ob die anfragende Person für die Suizidentscheidung relevante Informationen erfassen, verstehen und behalten kann. Die Beurteilung des
--------------------------------	--

	Informationsverständnisses sollte an die Inhalte des Informations- und Beratungsgesprächs anknüpfen (siehe Kapitel 4.2.2).
Einsicht in die eigene Lebenssituation	Hier ist die Fähigkeit der anfragenden Person zu prüfen, inwieweit sie in der Lage ist, ihre eigene Lebenssituation und die verfügbaren Handlungsoptionen realistisch einzuschätzen. Sofern die Anfrage im Zusammenhang mit einer Erkrankung erfolgt, sollte insbesondere auch beurteilt werden, ob die anfragende Person in der Lage ist, ihren eigenen Gesundheitszustand und die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten – auch in ihrer Bedeutung für das eigene Leben – realistisch einzuschätzen.
Urteilsvermögen	Zusätzlich ist zu prüfen, ob die anfragende Person die Fähigkeit besitzt, die eigene Lebenssituation und die verfügbaren Handlungsoptionen auf der Grundlage ihrer individuellen Werthaltungen und Überzeugungen zu bewerten und gegeneinander abzuwägen.
Eine Entscheidung treffen und kommunizieren	Schließlich sollte die anfragende Person in der Lage sein, eine Wahl zwischen den verfügbaren Handlungsoptionen zu treffen und zu kommunizieren.

Es liegt eine Reihe an Instrumenten vor, in erster Linie strukturierte Interviews, mit deren Hilfe die Einsichts- und Urteilsfähigkeit erfasst werden kann. Allerdings sind diese Instrumente in der Regel nicht für die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei Anfragen nach Suizidassistenz entwickelt und validiert worden (Übersicht bei [159]). Das bekannteste Instrument ist das MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T, vgl. [157, 158]), vor allem in der Schweiz kommt das Urteilsfähigkeit-Dokument (U-Doc, vgl. [160, 161]) zur Anwendung. Diese können die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit unterstützen, aber die Beurteilung im freien Gespräch nicht ersetzen.

4.3.4 Beurteilung der Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen

30	Empfehlung	Neu Stand 2026
Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung soll beurteilt werden, ob die anfragende Person über alle entscheidungsrelevanten Informationen verfügt und diese auch verstanden hat. Hierzu gehören insbesondere ein angemessenes Verständnis der eigenen Lebenssituation und ggf. der eigenen Erkrankung(en) sowie der verfügbaren Handlungsalternativen mit den jeweiligen Folgen für die anfragende Person selbst und ihr soziales Umfeld.		
Konsensstärke: 96 %		

Die anfragenden Personen können nur dann eine freiverantwortliche Entscheidung über einen assistierten Suizid treffen, wenn sie über alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte informiert sind (siehe auch Kapitel 4.2). Nur so kann gewährleistet werden, dass die Entscheidung der Anfragenden nicht auf Fehleinschätzungen ihrer eigenen Situation und der verfügbaren Handlungsoptionen beruht. Während es bei der Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit darum geht zu prüfen, ob die anfragende Person über die erforderlichen kognitiven Fähigkeiten verfügt, um die für die Entscheidung relevanten Informationen zu verstehen, ist bei der Prüfung der Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte zu beurteilen, ob die anfragende Person tatsächlich alle für die Suizidentscheidung relevanten Informationen erhalten hat. Diese Beurteilung muss jeweils individuell auf die anfragende Person zugeschnitten erfolgen, da diese die Suizidassistenz aus ganz unterschiedlichen Situationen und Erwägungen heraus wünschen kann (vgl. auch Kapitel 4.1.2 und 4.2.2). Die Gründe für den Suizidwunsch müssen folglich bekannt sein, wenn beurteilt werden soll, ob die Person über die entscheidungsrelevanten Informationen verfügt. Kapitel 4.2.2 der vorliegenden Leitlinie bietet Hinweise, welche Informationen jeweils für die anfragenden Personen relevant sind. Es erscheint sinnvoll, zumindest stichwortartig zu dokumentieren, dass die entscheidungsrelevanten Informationen bekannt sind und verstanden wurden.

Personen, die einen Suizid erwägen, können nicht zu einem Informations- und Beratungsgespräch gezwungen werden. Denkbar ist auch, dass die Anfragenden bereits alle erforderlichen Kenntnisse besitzen, um eine wohlinformierte Entscheidung zu treffen. Die Anfragenden müssen sich aber zumindest im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit auf ein Gespräch einlassen, in dem nachvollzogen werden kann, dass sie ausreichend über alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte informiert sind, damit dieser wichtige Aspekt einer freiverantwortlichen Entscheidung zum Suizid erfüllt ist. Nur unter dieser Voraussetzung ist es ethisch und rechtlich vertretbar, eine Assistenz beim Suizid zu leisten.

4.3.5 Beurteilung der Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck

31	Empfehlung	Neu Stand 2026
Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung soll beurteilt werden, ob der Einfluss anderer Personen oder sonstige Formen der Einflussnahme (z. B. strukturelle Rahmenbedingungen, sozioökonomische Verhältnisse) eine freiwillige Entscheidung ausschließen.		
Konsensstärke: 100 %		

Eine weitere Voraussetzung für eine freiverantwortliche Entscheidung stellt die Abwesenheit von unzulässiger Einflussnahme dar. Bei der informierten Einwilligung („informed consent“) entspricht diese Voraussetzung dem Kriterium der „Freiwilligkeit“ ([162], 136ff.; [163]). Bei der Beurteilung dieses Kriteriums ist zunächst zu beachten, dass Menschen in nahezu allen Entscheidungen – mehr oder weniger starken – äußeren Einflüssen unterliegen. Dies können sowohl interpersonale Einflüsse (z. B. durch An- und Zugehörige, Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen) als auch gesellschaftliche oder strukturelle Einflüsse (z. B. „gesellschaftlicher Druck“, „gesellschaftliche Ideale“, Unzulänglichkeiten des Sozialsystems) sein. Die Tatsache, dass eine Entscheidung von sozialen, ökonomischen oder familiären Umständen beeinflusst ist, bedeutet jedoch nicht automatisch, dass die Freiwilligkeit unzulässig beeinflusst ist und macht die Entscheidung nicht automatisch unfrei. Die bei der Beurteilung der Freiwilligkeit zu klärende Frage lautet, ob eine Einflussnahme so stark (und damit unzulässig) ist, dass man nicht mehr von einer freiwilligen Entscheidung sprechen kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei Freiwilligkeit – vergleichbar mit Einsichts- und Urteilsfähigkeit – um ein graduelles Konzept (im Sinne eines *mehr oder weniger*) handelt, am Ende aber die kategoriale Frage beantwortet werden muss, ob es sich im konkreten Fall um eine hinreichend freiwillige Entscheidung handelt oder nicht [104].

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf interpersonelle Einflüsse. Eine unzulässige Einflussnahme kann hier einerseits durch Interessenkonflikte motiviert sein, wenn Personen die Entscheidungsfindung anderer Personen beeinflussen, um ihre *eigenen* Interessen anstelle des Wohls der betroffenen Person zu fördern. Andererseits können Personen aus einer paternalistischen Motivation heraus die Entscheidungsfindung anderer Personen beeinflussen, um damit das (vermeintliche) Wohl der betroffenen Person zu fördern. Beides kann bewusst oder unbewusst geschehen, sodass eine unzulässige Einflussnahme auch unwissentlich von Personen mit guten Absichten ausgeübt werden kann [164]. Die unzulässige Einflussnahme kann dabei grundsätzlich *in beide Richtungen* erfolgen, nämlich einerseits *für* die Suizidassistent und andererseits *gegen* die Suizidassistent [104].

Bei Anfragen nach Suizidassistent kommen mit Mitarbeitenden im Gesundheits- und

Sozialwesen, An- und Zugehörigen oder weiteren Akteur:innen wie beispielsweise Mitarbeitenden von Sterbehilfeorganisationen verschiedene Akteur:innen in Frage, von denen eine unzulässige Einflussnahme ausgehen kann. Im Prinzip kommt jede Person in Betracht, die direkt oder indirekt in die Entscheidung über eine Suizidassistenz involviert ist. Denkbare Formen interpersonaler Einflussnahme reichen von Überredung über zwischenmenschliche Beeinflussung und Angebote bis hin zu Drohungen oder Täuschungen. Inwiefern auch gesellschaftliche oder strukturelle Formen der Einflussnahme (z. B. gesellschaftliche Erwartungen oder sozioökonomische Faktoren) dazu führen können, dass eine Entscheidung zum Suizid als unfreiwillig anzusehen ist, wird kontrovers diskutiert [104].

Im Einzelfall kann es schwierig sein zu beurteilen, ob es sich bei einer Beeinflussung um eine *unzulässige* Einwirkung auf die betroffene Person handelt, die die Freiwilligkeit ihrer Suizidentscheidung in Frage stellt. Folgende Überlegungen können dabei hilfreich sein: Zum einen muss die Beeinflussung ein relevantes Ausmaß haben, das heißt, die betroffene Person würde sich mit hoher Wahrscheinlichkeit anders entscheiden (z. B. gegen den assistierten Suizid), wenn es den Einfluss nicht gäbe. Zum anderen sollten sich Präferenzen beziehungsweise Werthaltungen bei der betroffenen Person erkennen lassen, die in eine der Einflussnahme entgegengesetzte Richtung weisen. Dies könnte beispielsweise dann der Fall sein, wenn die betroffene Person durch externe Einflussfaktoren zu einem Suizidentschluss motiviert ist, sie aber zugleich noch Lebensfreude und ein Interesse am Weiterleben zeigt.

4.3.6 Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit

32	Empfehlung	Neu Stand 2026
Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizidentschlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit. Die Dauerhaftigkeit eines Suizidentschlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage im Abstand von mindestens vier Wochen gesichert werden. In begründeten Einzelfällen kann dieser Abstand verkürzt werden.		
Konsensstärke: 86 %		

Sondervotum der DGRM zu Empfehlung 32	Neu Stand 2026
Es sollte eine deutlich längere Mindestwartefrist zwischen erster Anfrage und Durchführung des assistierten Suizids liegen (sogenannte Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses). Die Wartefrist sollte in der Regel sechs Monate betragen. In begründeten Einzelfällen kann diese verkürzt werden (ausführliches Votum siehe Kapitel 13.2).	

Sondervoten der DASP, der DGGG und des NaSPro zu Empfehlung 32	Neu Stand 2026
Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizidentschlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit. Die Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage über einen angemessenen Zeitraum beurteilt werden. Regelhaft soll hierfür ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zugrunde gelegt werden. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, kann dieser Zeitraum verkürzt werden (ausführliche Voten siehe Kapitel 13.2).	

Eine der zentralen Anforderungen, die aus Sicht des Bundesverfassungsgerichts an die Freiverantwortlichkeit eines Suizidentschlusses gestellt werden, ist seine Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit. Tatsächlich beruht die überwiegende Mehrzahl der Suizidhandlungen auf

ambivalenten Entscheidungsprozessen, die im Rahmen einer akuten psychosozialen Belastung oder als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung zustande kommen [155]. Ambivalenz beziehungsweise Ambitendenz, definiert als die Koexistenz widersprüchlicher Gefühle beziehungsweise Handlungsimpulse, die als gleichzeitig vorhanden und oft auch als quälend erlebt werden [165], spielt in der Entwicklung von Todeswünschen eine große Rolle [166]. Aber auch bei Menschen ohne eine aktuell relevante psychische Erkrankung unterliegt die Stabilität eines Suizidentchlusses Schwankungen; sie ist situationsbezogen und abhängig von äußeren Einflüssen. Zum Beispiel kann die Beratung Perspektiven für eine Besserung von Beschwerden ergeben, oder einer Person können Perspektiven für eine Verbesserung ihrer psychosozialen Situation eröffnet werden. Es genügt folglich nicht, dass eine Person ihren Suizid zu einem einzelnen Zeitpunkt erwägt. Stattdessen sollte dieser Entschluss innerlich festgefügt und damit über einen längeren Zeitraum („dauerhaft“) konstant vorhanden sein. Konstanz oder „innere Festigkeit“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Wunsch stabil ohne wesentliche momentane Ambivalenz und kurzfristige Schwankungen vorgebracht wird. Fehlen Ambivalenz und Ambitendenz, kann man von der „inneren Festigkeit“ eines Entschlusses ausgehen.

Bislang existieren keine validierten Beurteilungsinstrumente zur Feststellung der inneren Festigkeit und Dauerhaftigkeit eines Suizidwunsches. Es liegt aber sehr nahe, sich der Problematik durch wiederholte Beurteilung zu nähern, also insbesondere die innere Festigkeit des Suizidentchlusses wiederholt zu prüfen (siehe auch Kapitel 4.3.2). Dabei erscheint es sinnvoll, wiederholt detaillierte Gespräche über Hintergründe und Motive zu führen und den Versuch zu unternehmen, die Festigkeit des Suizidentchlusses zu erschüttern, insbesondere auch durch den expliziten Hinweis auf mögliche Alternativen zum assistierten Suizid (vgl. auch Kapitel 4.2). Von einer inneren Festigkeit kann dann mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, wenn der Suizidentschluss der betroffenen Person von wenig Ambivalenz beziehungsweise Ambitendenz gekennzeichnet ist und nachvollziehbar mit Bezug auf ihre (längerfristigen) Wertvorstellungen begründet ist. Das konkrete Vorgehen ist hierbei sowohl bezüglich der Inhalte eines solchen Gesprächs als auch bezüglich der Häufigkeit und der Abstände zwischen solchen Gesprächen an der individuellen Situation der betroffenen Person zu orientieren. Dabei sind Situationen, in denen schwerwiegendes Leiden oder eine terminale Erkrankung mit absehbar verkürzter Lebenszeit der Grund für einen Wunsch nach Suizidassistentz sind, hinsichtlich der Anforderungen an die Dauerhaftigkeit des Suizidentchlusses anders zu bewerten, als solche, bei denen dies nicht der Fall ist.

In anderen Ländern bestehen nicht selten definierte Wartefristen für einen assistierten Suizid beziehungsweise eine Tötung auf Verlangen, die zum Teil von der Situation der betroffenen Person abhängen [167]. Solche Fristen reichen von wenigen Tagen bis zu sechs Monaten und werden (allerdings nicht immer) zum Beispiel davon abhängig gemacht, ob eine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung besteht oder nicht. Es gibt aber auch Länder, in denen keine konkreten Fristen benannt sind und sich eine variable Wartefrist durch prozedurale Voraussetzungen mittelbar ergibt.

Während sich die innere Festigkeit eines Suizidentchlusses zu einem gegebenen Zeitpunkt

punktuell prüfen lässt, scheint es keine Möglichkeit zu geben, empirisch für alle Fälle zu bestimmen, wie lange ein Suizidentenschluss anhalten muss, um als „dauerhaft“ gelten zu können. Eine Feststellung der Dauerhaftigkeit eines Suizidentenschlusses im eigentlichen Wortsinn von „immerwährend“ oder „permanent“ erscheint nicht möglich. Aus fachlicher Sicht erscheint es deshalb geeigneter, eine angemessene Zeitspanne für die Dauerhaftigkeit der Suizidententscheidung zu fordern. Dabei sollte es von der Situation abhängig gemacht werden, welche Zeitspanne im Einzelfall erforderlich ist, um mit einer hinreichenden Sicherheit von einem auch über die Zeit stabilen Suizidwunsch ausgehen zu können. Angesichts der großen Tragweite der Entscheidung und der häufigen Ambivalenz der Anfragenden sollte im Regelfall eine Zeitspanne von mindestens vier Wochen zwischen der ersten und der zweiten Beurteilung der Freiverantwortlichkeit eingehalten werden (siehe auch Kapitel 4.3.2, Empfehlung 23). Bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung mit erheblicher Symptomlast erscheint eine kürzere Zeitspanne angemessen. Allerdings sollte den Anfragenden dennoch eine ausreichende Bedenkzeit mit mindestens zwei Gesprächen eingeräumt werden. In anderen Situationen, in denen die Erfahrung zeigt, dass sich die Betroffenen nach einer etwas längeren Zeit häufig noch von ihren Suizidwünschen distanzieren, kann eine längere Zeitspanne mit mehreren Gesprächen angemessen sein. Beispiele können ein akutes Verlustereignis im nahen Umfeld (bspw. der Partner:in) oder eine akute körperliche Einschränkung (bspw. durch eine Querschnittslähmung) sein, in denen die Betroffenen einige Zeit benötigen, um möglicherweise neuen Lebensmut zu fassen (vgl. z. B. [168]).

4.4 Auswirkungen auf und Unterstützung für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen bei Anfragen nach assistiertem Suizid

4.4.1 Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf einzelne Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen

33	Statement	Neu Stand 2026
	Anfragen nach assistiertem Suizid können vielfältige Auswirkungen (unter anderem Unsicherheiten und Belastungen) auf Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen haben.	
	Konsensstärke: 100 %	

Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen fungieren häufig als Ansprechpersonen für Anfragen nach assistiertem Suizid [5, 6, 169, 170]. Empirische Untersuchungen konzentrieren sich dabei vor allem auf die Berufsgruppen der Ärzt:innen [5, 6, 169, 170] und Pflegenden [9, 171–175]. Zu möglichen Auswirkungen auf Sozialarbeiter:innen oder andere therapeutische Berufe liegen bislang nur wenige Daten vor [176].

Anfragen nach Suizidassistenz können vielfältige Auswirkungen auf Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen haben (siehe Tabelle 23). Schwartz et al. [169] benennen für Ärzt:innen und Pflegende Unsicherheiten unter anderem in Bezug auf die professionelle Rolle. In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Mitwirkung an der Assistenz beim Suizid von einem Teil der Befragten als professionelle Aufgabe gesehen wird und ebendies von einem Teil abgelehnt wird [22, 169, 170, 177]. Insgesamt stellt sich eine Wechselbeziehung zwischen dem eigenen beruflichen Selbstverständnis in Bezug auf die Suizidassistenz und möglichen Auswirkungen bei Anfragen nach assistiertem Suizid dar [178]. Dörmann et al. [175] verweisen auf ethische und emotionale Konflikte (vgl. auch [9, 171]). Zum moralischen Belastungserleben – insbesondere von Moral Distress – im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz wurden in den letzten Jahren verschiedene Studien und Übersichtsarbeiten veröffentlicht: Unter anderem wird wiederholt auf das Potential von moralischem Belastungserleben von Pflegenden hingewiesen (z. B. [8, 9, 179–184]). Zudem werden Gewissenskonflikte von Pflegenden (z. B. [8, 9, 172, 185, 186]) sowie Ärzt:innen [187, 188] beschrieben. Moralische Herausforderungen und Unsicherheiten sowie Schuldgefühle im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz werden ebenfalls berichtet [9, 174, 189–191]. Gleiches gilt für emotionale und psychische Belastungen [171, 173, 174, 189, 192].

In einigen Untersuchungen werden sowohl positive als auch negative Erfahrungen im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz beschrieben: Von einem Teil der Befragten wird die Thematisierung von Todeswünschen und Suizidgedanken als Vertrauensbeweis gewertet. Eine professionelle Reaktion ist in diesem Zusammenhang wichtig für eine vertrauensvolle

Beziehung mit den anfragenden Personen [187, 188, 193–195]. Eine Übersichtsarbeit zu Auswirkungen einer Beteiligung an assistiertem Suizid auf Ärzt:innen [187] zeigte, dass ein Teil der Akteur:innen durch ihre Beteiligung negativ beeinflusst wurde, andere wiederum eher positive Erfahrungen etwa mit Blick auf den Respekt gegenüber den Wünschen von Patient:innen berichteten. Die Belastungen ließen sich dabei verschiedenen Themenfeldern zuordnen: Belastungen durch die Anfrage nach assistiertem Suizid, Rollenkonflikte als Ärzt:in, moralische Konflikte durch die Assistenz, Zunahme der beruflichen Belastung (häufig in Kombination mit moralischen Konflikten) bis hin zum Burnout [187]. Ward et al. [188] untersuchten die Erfahrungen von Ärzt:innen und Pflegefachpersonen. Die Teilnehmenden der Studien berichteten über unterschiedliche Erfahrungen, von positiven Emotionen aufgrund der angebotenen Hilfe für Patient:innen bis hin zu sehr intensiven negativen Emotionen wie immensen „inneren moralischen Konflikten“. Ärzt:innen beschrieben im Rahmen von Anfragen nach assistiertem Suizid einen Rollenkonflikt hinsichtlich ihrer Aufgaben. Anfragen nach Suizidassistenz haben aber auch eine Möglichkeit zur Diskussion mit Patient:innen über Symptomkontrolle, fortgesetzte Fürsorge und insgesamt zur Stärkung der Beziehung zwischen Patient:innen und Ärzt:innen dargestellt (vgl. auch [196]).

Als Einflussfaktoren in Bezug auf die individuelle Reaktion können in der Literatur situative, relationale, intrinsische und extrinsische Faktoren [8, 9], Handlungsspielräume, Entscheidungsspielräume, Haltung und Einstellungen, Verantwortung und die professionelle Rolle der Person identifiziert werden [185] (Feijoo-Cid et al. 2025).

Tabelle 23 fasst mögliche Auswirkungen an Anfragen nach Suizidassistenz zusammen.

Tabelle 23: Mögliche Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen

- Unsicherheiten in Bezug auf die professionelle Rolle
- moralische Unsicherheiten und Konflikte/Moral distress
- emotionale Unsicherheiten und psychische Belastungen
- Wertschätzung im Sinne von Vertrauensbeweis
- Möglichkeit zur Stärkung der Beziehung mit Patient:innen/Bewohner:innen
- Grundlage für professionelle Gespräche über Alternativen

4.4.2 Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf Teams im Gesundheits- und Sozialwesen

34	Statement	Neu Stand 2026
	Anfragen nach assistiertem Suizid können zu Belastungen und Konflikten im Team, zum Beispiel aufgrund divergierender persönlicher Werthaltungen oder fachlicher Bewertungen, führen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Ergänzend zu den im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Auswirkungen von Anfragen nach Suizidassistenz auf die einzelnen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen können auch Teams einer Einrichtung als Gesamtheit durch entsprechende Anfragen betroffen sein (siehe Tabelle 24). So können divergierende und im Team nicht gemeinsam reflektierte Werthaltungen gegenüber dem assistierten Suizid das Team belasten (vgl. [197, 198]). Dies gilt insbesondere in Abwesenheit institutioneller Rahmenbedingungen, welche die Gewissensfreiheit oder den Umgang mit Dissens gewährleisten (vgl. [193, 199]). Unterschiedliche Ansichten und Haltungen können wiederum zur Vermeidung von Diskussionen zum assistierten Suizid führen [200]. Auch Unterschiede bei der fachlichen Bewertung im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid können einen Ausgangspunkt für Konflikte bilden [200]. Darüber hinaus können Konflikte entstehen, die auf unklare Rollen und Verantwortlichkeiten in einem Team zurückzuführen sind. Professionell Pflegende erleben es als moralisch belastend, in organisatorische Abläufe eingebunden zu werden ohne die Möglichkeit der Teilhabe am Entscheidungsprozess (vgl. [184, 201]).

Eine besondere Problematik entsteht, wenn Mitarbeitende sich zur Mitwirkung am assistierten Suizid gedrängt fühlen oder mit Anfragen alleingelassen werden [199, 202]. In einer kanadischen Studie nach Legalisierung der Tötung auf Verlangen und Assistenz beim Suizid durch medizinisches Fachpersonal („medical assistance in dying“, MAiD) wurde sowohl eine Beschädigung der kollegialen Beziehungen von an der Sterbehilfe beteiligten Ärzt:innen, als auch eine Intensivierung dieser Beziehungen beschrieben [195]. Eine von Castelli Dransart et al. [203] durchgeführte Untersuchung am Beispiel von Pflegeheimen in der Schweiz zeigt, dass die institutionelle Kultur und die Vorerfahrungen des Teams mit assistiertem Suizid Einfluss auf die Konfliktdynamik in Teams haben. In Einrichtungen, in denen Standards fehlen, Unsicherheit herrscht oder es interne Uneinigkeiten über die ethische Bewertung des assistierten Suizids gibt, kommt es besonders häufig zu Konflikten – sowohl offen als auch verdeckt. Diskrepanzen in der Bewertung des assistierten Suizids zwischen einer Institution und deren Mitarbeitenden können zu Verunsicherungen, Spannungen und Befürchtungen vor Diskriminierung, Anfeindungen und Bedrohungen führen [194].

Tabelle 24 fasst mögliche Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf Teams zusammen.

Tabelle 24: Mögliche Auswirkungen von Anfragen nach assistiertem Suizid auf im Gesundheits- und Sozialwesen arbeitende Teams

- Konflikte im Team aufgrund divergierender persönlicher Werthaltungen und/oder fachlicher Bewertungen
- Konflikte aufgrund fehlender Klärung von Rollen und fehlender Möglichkeit zur Partizipation an Entscheidungen im Team
- Rückzug von Mitarbeitenden aus dem Team bei Differenzen mit anderen Teammitgliedern
- Vermeidung von Diskussionen über das Thema im Team und damit verbunden fehlende Klärung von Konflikten und Handlungsunsicherheit im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid
- wahrgenommener Druck und fehlende Akzeptanz bei persönlichen Einstellungen, die von denen anderer Teammitglieder abweichen
- Konflikte aufgrund fehlender, unklarer oder widersprüchlicher institutioneller Rahmenbedingungen

4.4.3 Unterstützungsmöglichkeiten für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen für den Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid

35	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, in denen Mitarbeitende auf das Thema des assistierten Suizids angesprochen werden können, sollten Informationen in Textform für Mitarbeitende zum Thema des assistierten Suizids, Suizidprävention und zum Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz zur Verfügung stellen und in der Einrichtung kommunizieren.	
	Konsensstärke: 100 %	

Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen werden im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid sowohl mit inhaltlichen Fragen als auch mit Fragen hinsichtlich ihres professionellen Selbstverständnisses konfrontiert [187, 188]. Informationen zum Thema des assistierten Suizids sowie zu Verfahrensanweisungen und Handlungsempfehlungen in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens sind eine Möglichkeit, den Umgang mit Anfragen nach Assistenz beim Suizid für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen zu erleichtern und Unsicherheiten zu reduzieren. Die Informationen dienen der Konkretisierung von übergeordneten Empfehlungen, wie sie in dieser Leitlinie formuliert werden und können diese um einrichtungsspezifische Aspekte etwa mit Blick auf die Positionierung eines Trägers oder fachliche Schwerpunkte ergänzen. In Einrichtungen, die mit einem Qualitätsmanagementsystem arbeiten, empfiehlt sich die Erstellung einer spezifischen Verfahrensanweisung, in der die Prozesse, Aufgaben und Verantwortlichkeiten zum Umgang mit Fragen zu und Wünschen nach assistiertem Suizid institutionsbezogen beschrieben werden. Zudem können Instrumente aus dem Qualitätsmanagement helfen, Chancen und Risiken im Prozess zu erkennen, auszuwerten und entsprechende Maßnahmen abzuleiten (DIN EN ISO 9001). Die interprofessionelle Erarbeitung in enger Abstimmung mit der Leitungsebene sowie die Einbeziehung von Mitarbeitenden in den Entwicklungs- und Implementierungsprozess kann zu einer höheren Akzeptanz, Durchdringung und letztlich Berücksichtigung dieser Handlungsempfehlung und/oder Verfahrensanweisung in der Einrichtung beitragen [204]. Bei ethischen oder rechtlichen Unsicherheiten ist eine entsprechende Beratung (z. B. durch Mitarbeitende des Justiziariats oder ein Ethikkomitee) sinnvoll.

Inhalte entsprechender Informationen betreffen zum einen die in der Institution geregelten Verfahrensweisen, wie die Mitarbeitenden in ihrer jeweiligen Institution mit Fragen zu und Wünschen nach assistiertem Suizid umgehen sollen. Dazu gehört neben einer Formulierung der grundsätzlichen Haltung der Einrichtung zu assistiertem Suizid auch eine differenzierte Beschreibung und Eingrenzung der unterschiedlichen Zuständigkeiten, Aufgaben und

Verantwortungsbereiche der Mitarbeitenden. Zum anderen sollten die Informationen sich an den im vorangehenden Kapitel bestehenden möglichen Auswirkungen auf Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen orientieren.

Tabelle 25 fasst mögliche Inhalte entsprechender Informationen zusammen.

Tabelle 25: Informationen, die Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen ihren Mitarbeitenden zugänglich machen sollen

- Informationen zu rechtlichen Rahmenbedingungen
- Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bei Belastungen oder Konflikten (z. B. Ethikfallberatung, Supervision, Balint-Arbeit, Mediation, psychosoziale Unterstützung, Seelsorge) auch unter Berücksichtigung moralischer Belastungen und Konflikte
- Informationen zur Formulierung eines Gewissensvorbehaltes
- Informationen zur Unterstützung der ethischen Reflexion über Aspekte, die den Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz betreffen
- Informationen zur Position der Einrichtung gegenüber assistiertem Suizid
 - bei Ablehnung des assistierten Suizids in der Einrichtung: Informationen zum Vorgehen bei Anfragen
 - bei prinzipieller Möglichkeit des assistierten Suizids in der Einrichtung: Informationen zur Vorgehensweise
- Information zu Zuständigkeiten und Ansprechpersonen mit Verantwortlichkeiten in der Einrichtung bei Anfragen nach assistiertem Suizid
- Informationen und Hinweise zur Kommunikation mit Anfragenden und An- und Zugehörigen
- Informationen zu suizidpräventiven Maßnahmen und Angeboten
- Informationen zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von Entscheidungen
- Hinweise zu Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Suizidprävention und dem Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid

36	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Mitarbeitenden in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, in denen diese auf das Thema des assistierten Suizids angesprochen werden können, sollte der Zugang zu Fortbildungs-, Unterstützungs-, Gesprächs- und Beratungsangeboten ermöglicht werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die auf die Suizidassistenz angesprochen werden können, sollten Zugang zu Beratungsangeboten erhalten, in denen die Mitarbeitenden fall- beziehungsweise themenbezogen zum Umgang mit Anfragen nach assistiertem Suizid beraten werden können. Zwecks Offenheit und Unabhängigkeit soll eine Beratung von externen Personen ermöglicht werden. Ein solches Angebot ist die Supervision, um persönliche, organisatorische und strukturelle Probleme beziehungsweise Fragestellungen sowie Widerspruchsfelder in einem geschützten Raum anzusprechen, zu kommunizieren und zu reflektieren (vgl. [205]). Dies bezieht sich auf ihre professionelle Rolle als individuell Handelnde wie auch als Teil von Gruppen beziehungsweise Teams und einer Organisation. Deshalb sollen sowohl Einzel- als auch Gruppen- bzw. Teamsupervision angeboten werden [205]. Eine Ethikfallberatung kann Unterstützung bieten, wenn ethische Fragen beim angemessenen Umgang mit der Anfrage nach assistiertem Suizid im Vordergrund stehen [206]. So können beispielsweise ethische Verpflichtungen von Vertreter:innen der unterschiedlichen Gesundheitsberufe unklar sein oder miteinander in Konflikt geraten.

Tabelle 26 bietet einen Überblick über externe Beratungsangebote, die im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz unterstützen können.

Tabelle 26: Mögliche externe Unterstützungs-, Gesprächs- und Beratungsangebote

- Balintgruppen
- Ethikfallberatung
- Mediation
- Suizidkonferenzen (nach einem assistierten Suizid)
- Supervision

Ergänzend zu (externen) Beratungsangeboten kann der informelle beziehungsweise strukturierte Austausch zwischen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen eine wichtige Ressource zur Unterstützung für den Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz bieten. Mitglieder des Teams können im Rahmen eines solchen Austausches zum Beispiel eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Emotionen und Belastungen spielen [178]. Intensive Diskussionen in den multiprofessionellen Teams wurden im Rahmen der Legalisierung der Tötung auf Verlangen in den Niederlanden als hilfreich empfunden [204]. Als Strategien für die Unterstützung werden in der Literatur emotionale Distanzierung und Unterstützung, emotionaler Ausdruck, Bewusstmachung und Akzeptanz der eigenen Grenzen und Debriefing genannt [207].

Tabelle 27 gibt einen Überblick über kollegiale Unterstützungsangebote.

Tabelle 27: Mögliche kollegiale Unterstützungs-, Gesprächs- und Beratungsangebote

- kollegiale Gesprächsangebote zu Bewertungen und Werthaltungen bei Anfragen nach assistiertem Suizid
- fachliche Unterstützung bei spezifischen Fragen, z. B. bezüglich Feststellung der Freiverantwortlichkeit, Informationsbedarfen, rechtlicher Fragestellungen
- Beratung der Mitarbeitenden sowie des interprofessionellen Teams zu Vorgehensweisen und rechtlichen Rahmenbedingungen durch kollegiale Gesprächsangebote, Vorgesetzte oder interne Supervisor:innen

37	Statement	Neu Stand 2026
	Regionale Vernetzung kann helfen, die vielfältigen Bedarfe von Mitarbeitenden im Rahmen von Anfragen nach assistiertem Suizid durch die Einbeziehung von Personen mit unterschiedlichen fachlichen Qualifikationen zu erfüllen.	
	Konsensstärke: 81 %	

Die unterschiedlichen fachlichen Anforderungen im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid können in der Regel weder von einzelnen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen noch von fachlich spezialisierten Teams vollumfänglich erfüllt werden. Zum einen ist suizidpräventive Expertise notwendig, zum anderen sind in Abhängigkeit vom Kontext, in dem die Anfrage nach Suizidassistenz steht, spezifische Informationen über Handlungsalternativen von Bedeutung. Beispiele hierfür sind psychosoziale Angebote etwa bei Einsamkeit, Wohnungsnot oder finanziellen Problemen. Hinzu kommen medizinische Beratungsangebote im Falle einer Erkrankung, im Rahmen derer Auskunft über Behandlungsoptionen gegeben werden soll. Die regionale Vernetzung von Fachexpert:innen der Suizidprävention mit Expert:innen weiterer Bereiche aus dem Gesundheits- und Sozialwesen ermöglicht die zeit- und ortsnahe Einbindung relevanter Expert:innen für eine möglichst umfassende und ausgewogene Beratung bei entsprechenden Anfragen. Erste Erfahrungen mit einer entsprechenden Vernetzung für Deutschland wurden publiziert [208, 209].

Diskussionpunkte im Rahmen der Konsentierung: Die Vernetzung von Vertreter:innen der Suizidprävention und Suizidassistenz wird von einigen Teilnehmenden an der Konsensuskonferenz kritisch gesehen, da eine mögliche Schwächung suizidpräventiver Angebote bei Anfragen nach Suizidassistenz befürchtet wird. Es ist weiterhin festzuhalten, dass bislang keine empirischen Daten zu Machbarkeit und Auswirkungen entsprechend vernetzter Angebote vorliegen.

4.5 Auswirkungen auf und Unterstützung für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid

4.5.1 Einbeziehung von An- und Zugehörigen von Anfragenden nach assistiertem Suizid in den Entscheidungs- und Begleitprozess

38	Empfehlung	Neu Stand 2026
	An- und Zugehörige sollen, sofern die anfragende Person dem zustimmt, in den Entscheidungs- und Begleitprozess eines assistierten Suizids einbezogen werden, um den An- und Zugehörigen emotionale Auseinandersetzung, Information und Unterstützung zu ermöglichen.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die Todesumstände eines assistierten Suizids unterscheiden sich wesentlich von denen eines natürlichen Todes. In der Regel setzt sich die Person mit Wunsch nach einem assistierten Suizid über einen längeren Zeitraum mit dem Thema auseinander, ihr Leben durch einen assistierten Suizid zu beenden. Die Einbindung von An- und Zugehörigen in diesen Prozess ist hingegen jedoch nicht einheitlich: Während manche frühzeitig in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden, z. B. durch Gespräche mit der Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid oder die Teilnahme an Beratungsgesprächen mit einer Sterbehilfeorganisation, erfahren andere lediglich von der bereits getroffenen Entscheidung, ohne aktiv an Planung oder Entscheidungsfindung beteiligt worden zu sein [210]. Eine Studie aus Deutschland bestätigt die uneinheitliche Einbindung von An- und Zugehörigen in den Entscheidungsprozess [112]: Etwa ein Drittel der befragten An- und Zugehörigen gab an, überhaupt nicht in den Entscheidungsprozess einbezogen worden zu sein, während ein weiteres Drittel angab, aktiv und intensiv in die Entscheidungsfindung involviert gewesen zu sein. Die übrigen Befragten berichteten von einem gelegentlichen Austausch mit der Person, die einen assistierten Suizid in Erwägung gezogen hatte. Insgesamt gaben etwa 40 % der Befragten an, dass der Sterbewunsch durch assistierten Suizid der nahestehenden Person offen kommuniziert worden war, während knapp ein Fünftel erst kurzfristig und unvorbereitet von der Entscheidung erfuhr. Auch wenn An- und Zugehörige die Entscheidung des Familienmitglieds mit Todeswunsch grundsätzlich akzeptieren und nachvollziehen können, ist ihr Erleben häufig von einem moralischen Dilemma geprägt. Einerseits respektieren sie die Autonomie der betroffenen Person [211], andererseits bleibt gleichzeitig der Wunsch bestehen, dass die nahestehende Person weiterlebt und eines natürlichen Todes verstirbt oder sich für Alternativen zum assistierten Suizid (je nach individueller Situation z. B. Pflege, medizinische Behandlungen) entscheidet. Dieses moralische Dilemma zeigt sich insbesondere in der Zeit vor dem assistierten Suizid [211]. Dieses Spannungsfeld kann zu komplexen emotionalen

Reaktionen wie Hilflosigkeit, Schuldgefühlen und Verzweiflung bei den An- und Zugehörigen führen [211, 212]. Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sollen daher eine frühzeitige Einbeziehung der An- und Zugehörigen in den Entscheidungsprozess empfehlen, sofern die Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid dem zustimmt. Eine frühe Einbindung eröffnet den An- und Zugehörigen die Möglichkeit, sich mit dem Thema des assistierten Suizids und einem damit gegebenenfalls verbundenen moralischen Dilemma auseinanderzusetzen, entsprechende Informationen (z. B. über den Ablauf) einzuholen und abzuwägen und ermöglicht ihnen zugleich eine emotionale Vorbereitung auf den bevorstehenden Verlust [213, 214].

39	Empfehlung	Neu Stand 2026
An- und Zugehörige sollten frühzeitig, sofern sie in den Prozess des assistierten Suizids involviert sind, umfassend, verständlich und transparent über rechtliche, organisatorische, medizinische und psychosoziale Aspekte des assistierten Suizids informiert werden.		
Konsensstärke: 96 %		

Im Kontext eines assistierten Suizids übernehmen An- und Zugehörige häufig organisatorische Aufgaben, darunter fällt beispielsweise die Kommunikation mit der Sterbehilfeorganisation, die Begleitung zu Terminen, die Beschaffung von Informationen oder das Ausfüllen von Dokumenten [215]. Diese Tätigkeiten werden von An- und Zugehörigen teilweise als belastend erlebt und als unangemessen wahrgenommen, da sie in einem Spannungsverhältnis zu ihrer eigenen Belastung, Einstellung zum assistierten Suizid und Trauer stehen können. Zudem bestehen oft Unsicherheiten und mangelndes Wissen hinsichtlich möglicher rechtlicher Konsequenzen eines assistierten Suizides und der eigenen Rolle in dem Prozess der Suizidassistenz [112].

Eine Besonderheit des assistierten Suizids im Vergleich zu anderen Todesumständen ist das Wissen um den genauen Zeitpunkt des Todes. Dieses Wissen kann An- und Zugehörige vor erhebliche emotionale Herausforderungen stellen, begleitet von diesbezüglichen Ängsten und Unsicherheiten über den Ablauf und den Sterbeprozess an sich [216]. Studien zeigten, dass die Festlegung eines Sterbedatums von An- und Zugehörigen häufig als besonders belastend und als surreal beschrieben wurde und einen zentralen Stressfaktor in der Zeit vor dem assistierten Suizid darstellte [217, 218]. In diesem Zusammenhang entstehen Fragen zur Gestaltung der verbleibenden Zeit, zur Form der Abschiednahme am Tag des assistierten Suizids sowie zur eigenen Anwesenheit beim Sterbeprozess. Insbesondere die Entscheidung über die persönliche Teilnahme am Sterbeprozess kann von An- und Zugehörigen als schwierig erlebt werden und ist häufig von Ängsten und großer Unsicherheit begleitet [112, 219].

Gründe hierfür liegen vor allem in dem mangelnden Wissen über die Abläufe eines assistierten Suizids und Sorgen vor Komplikationen. Auch die Wahl des Ortes kann für die An- und Zugehörigen konflikthaft erlebt werden, insbesondere wenn beispielsweise einzelne Familienmitglieder eine Durchführung im häuslichen Umfeld ablehnen [220] oder wenn die Pflegeeinrichtung beziehungsweise das Hospiz eine Durchführung nicht gestattet. Gleichzeitig ist es vielen An- und Zugehörigen wichtig, dass der Todestag in einer ruhigen und würdevollen Atmosphäre stattfindet, um der Person mit Todeswunsch ein würdevolles Sterben zu ermöglichen [212, 221]. Diese mitunter auch organisatorischen Anforderungen vor einem assistierten Suizid können von Seiten der An- und Zugehörigen erfordern, die eigene Trauer und Abschiednahme zurückzustellen. Zugleich kann ein festgelegter Termin auch als Chance erlebt werden, bewusst Abschied zu nehmen, die Möglichkeit wahrzunehmen, offene Konflikte anzusprechen und die gemeinsame Zeit intensiv miteinander zu verbringen, was im Rückblick von einigen An- und Zugehörigen als wertvoll beschrieben wurde [217, 218].

Da ein assistierter Suizid in Deutschland als „nicht-natürlicher Tod“ gilt, folgt in der Regel unmittelbar nach Eintreten des Todes eine medizinisch-juristische Untersuchung durch die amtlichen Behörden. Hierzu werden in der Regel Polizei und Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Die polizeilichen Ermittlungen nach dem Tod können eine erhebliche Belastung für die Hinterbliebenen darstellen. Eine Studie aus der Schweiz zeigte, dass negative Erfahrungen mit den Behörden (z. B. Unkenntnis, unangemessenes Auftreten) signifikant mit dem Auftreten von Symptomen von posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und Depression bei An- und Zugehörigen verbunden waren [222]. Boven et al. [214] zeigten in ihrer belgischen qualitativen Studie mit An- und Zugehörigen, dass sie durch eine frühzeitige Einbindung in den Prozess in ihrem Bedürfnis nach Vorbereitung, Verständnis und Unterstützung unterstützt wurden. Ein höheres Gefühl der Vorbereitung ging mit größerer innerer Ruhe einher. Die frühe Involviertheit half ihnen dabei, bewusst Abschied zu nehmen [214].

Vor diesem Hintergrund kommt der frühzeitigen, umfassenden und transparenten Aufklärung und Einbeziehung der An- und Zugehörigen durch Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen eine zentrale Bedeutung zu. An- und Zugehörige sollten über alle rechtlichen, organisatorischen, medizinischen und psychosozialen Aspekte aufgeklärt werden, mit denen sie im Verlauf des Prozesses konfrontiert werden könnten, um auf dieser Grundlage eine informierte Entscheidung darüber treffen zu können, in welchem Ausmaß sie selbst in den Prozess involviert sein möchten.

4.5.2 Unterstützungsmöglichkeiten für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid

40	Empfehlung	Neu Stand 2026
	An- und Zugehörigen sollen während des gesamten Prozesses und unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs Unterstützungsangebote (z. B. psychosozial, psychologisch, psychotherapeutisch, spirituell) angeboten beziehungsweise vermittelt werden.	
	Konsensstärke: 96 %	

An- und Zugehörige können zu allen Zeitpunkten der Involviertheit in den Prozess des assistierten Suizids psychische Belastungen und funktionale Beeinträchtigungen bis hin zu klinischen psychischen Störungen entwickeln und aufweisen [112, 223, 224], für welche ein Behandlungs- und Unterstützungsbedarf indiziert ist. Bislang gibt es keine Wirksamkeitsstudien für psychosoziale Interventionen für An- und Zugehörige im Kontext von assistiertem Suizid.

Bei psychosozialen Interventionen sind die unterschiedlichen Zeitpunkte vor, während und nach einem assistierten Suizid zu berücksichtigen. Zu den frühen psychosozialen Interventionen zählen Gespräche und Beratungsangebote zur gesundheitlichen Situation sowie gegebenenfalls zum Pflegekontext der Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid. Darüber hinaus können die Einstellungen der An- und Zugehörigen zum assistierten Suizid, mögliche familiäre Konfliktkonstellationen sowie Gefühle, Ängste und Sorgen der An- und Zugehörigen thematisiert werden. Ergänzend können problemorientierte Beratungen angeboten werden, die den Entscheidungsprozess der An- und Zugehörigen unterstützen. Dabei kann erörtert werden, ob und in welcher Form sie in den Prozess des assistierten Suizids einbezogen werden möchten. Besondere Aufmerksamkeit sollte möglichen Ambivalenzen und Wertekonflikten der An- und Zugehörigen gelten. Diese können die Entscheidung der Person mit Todeswunsch unterstützen, ablehnen oder ihr gegenüber ambivalent sein. Psychosoziale Begleitung kann dazu beitragen, unterschiedliche Perspektiven zu reflektieren und individuelle Bewältigungsstrategien zu fördern, ohne die Entscheidung der Person mit Todeswunsch infrage zu stellen. Darüber hinaus sollen von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs der An- und Zugehörigen ergänzende psychosoziale Interventionen angeboten oder empfohlen werden. Hierzu gehören beispielsweise Psychotherapie, Angebote der Selbsthilfe oder Angebote der Spiritual Care. Gespräche in diesem Zusammenhang können gegebenenfalls wiederholt und situativ angeboten werden. An- und Zugehörige sollten im Einvernehmen mit der Person mit Todeswunsch die Gelegenheit bekommen, ihren Möglichkeiten und Vorstellungen entsprechend den assistierten Suizid am Sterbetag selbst zu begleiten, sofern sie dies wünschen. Befähigte ehrenamtliche Mitarbeitende und qualifizierte Fachkräfte sollten

Bestandteil der Begleitung sein. Bei der Begleitung können Rituale und verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten entsprechend den Bedürfnissen und Ressourcen sowie den kulturellen und religiösen Anschauungen hilfreich sein. Die räumliche Situation der Durchführung des assistierten Suizids ist so zu gestalten, dass An- und Zugehörige die Möglichkeit des Rückzugs haben und ihnen eine würdevolle Abschiednahme ermöglicht wird. In der Phase nach dem assistierten Suizid können An- und Zugehörige Trauerreaktionen, Schuldgefühle, Ambivalenzen, Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung sowie soziale Belastungen erleben. Daher sollten ihnen bedarfsgerechte Unterstützungsangebote zur Trauerbegleitung, psychosozialen Beratung und gegebenenfalls psychotherapeutischen Behandlung angeboten oder vermittelt werden (siehe Empfehlung 41).

41	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Nach dem assistierten Suizid soll unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs eine strukturierte Nachsorge für An- und Zugehörige angeboten werden, einschließlich Trauerbegleitung und ggf. Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen und in Psychotherapie.	
	Konsensstärke: 100 %	

Bisher gibt es nur wenige quantitative Studien zu den psychischen Belastungen von An- und Zugehörigen nach einem assistierten Suizid. Die meisten der vorliegenden Studien basieren auf qualitativen Interviewauswertungen. In einer Studie aus Oregon zeigten 11 % der befragten An- und Zugehörigen nach durchschnittlich 14 Monaten eine depressive Störung, 2 % eine anhaltende Trauerstörung und 38 % nahmen psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung nach dem assistierten Suizid in Anspruch [113]. Eine niederländische Untersuchung mit 189 An- und Zugehörigen von Personen nach Tötung auf Verlangen im Vergleich zu 316 An- und Zugehörigen von Personen, die eines natürlichen Todes gestorben waren, ergab, dass Hinterbliebene nach Tötung auf Verlangen weniger Trauersymptome und posttraumatische Stressreaktionen berichteten [114]. In einer schweizerischen Studie (N = 85) mit einer Sterbehilfeorganisation erfüllten 13 % der An- und Zugehörigen, welche beim assistierten Suizid anwesend waren, die Kriterien einer klinisch relevanten PTBS, 6,5 % einer subklinischen PTBS, 4,9 % einer anhaltenden Trauerstörung, 16 % einer Depression und 6 % einer Angstsymptomatik [224]. Insgesamt wiesen 32 % mindestens eine psychische Störung auf. Die Prävalenz von PTBS und Depression lag über derjenigen der schweizerischen Allgemeinbevölkerung, während die Häufigkeit anhaltender Trauerstörungen mit dieser vergleichbar war [225]. Eine Studie aus Kanada zeigte keinen signifikanten Unterschied in der Prävalenz anhaltender Trauersymptome zwischen An- und Zugehörigen nach assistiertem Suizid und nach natürlichem Tod im Rahmen der

Palliativversorgung [226]. In einer deutschen Untersuchung zeigten von den betroffenen An- und Zugehörigen 48 % eine leichte und 30 % eine mittelgradige Depression [112]. Aufgrund der bisherigen Studienlage können keine eindeutigen Aussagen dazu gemacht werden, ob An- und Zugehörige nach einem assistierten Suizid psychisch stärker belastet sind als nach anderen Verlustarten (z. B. Suizid, natürlicher Tod). Einige Studien zeigten eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte Prävalenz der PTBS und der Depression bei An- und Zugehörigen nach einem assistierten Suizid auf. Ein systematisches Review von Andriessen et al. zeigte, dass An- und Zugehörige nach einem assistierten Suizid vergleichbare oder geringere Ausprägungen von Trauersymptomen aufwiesen als Hinterbliebene nach anderen Todesumständen [223]. Insgesamt unterscheiden sich die vorliegenden Studien im Hinblick auf die tatsächliche Anwesenheit beim assistierten Suizid, die rechtliche Situation in den verschiedenen Ländern, die Form des assistierten Sterbens (z. B. assistierter Suizid, Tötung auf Verlangen) und die Stichprobengröße.

Neben der Trauer nach dem assistierten Suizid ist die antizipatorische Trauer ein wiederkehrendes Thema: An- und Zugehörige durchlaufen Trauerprozesse bereits vor dem Tod, oftmals verbunden mit intrusiven Gedanken an den bevorstehenden Sterbezeitpunkt [210, 227].

Basierend auf den bisherigen Befunden sollen An- und Zugehörige unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs über spezialisierte Beratungsangebote, psychotherapeutische Unterstützung durch psychologische oder ärztliche Psychotherapeut:innen sowie niedrigschwellige Angebote der Trauerbegleitung/-beratung und weitere supportive Netzwerke (z. B. Selbsthilfegruppen) informiert werden. Diese Unterstützungsangebote sollen die Möglichkeit für Gespräche über die Folgen des assistierten Suizides für die An- und Zugehörigen einschließlich der Gedanken, Gefühle und Sorgen in diesem Kontext ermöglichen.

4.5.3 Feststellung von Belastungen und Bedarfen von An- und Zugehörigen im Kontext des assistierten Suizids

42	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Zur Erfassung von Belastungen und Unterstützungsbedarf bei An- und Zugehörigen können Screening-Instrumente zur Früherkennung psychosozialer Belastungen eingesetzt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die Erfassung von Belastungen und weiteren relevanten Aspekten (wie z. B. bestehende soziale Unterstützung) bei An- und Zugehörigen im Zusammenhang mit assistiertem Suizid ist ein wichtiger Schritt, um ihre Bedürfnisse und Herausforderungen zu verstehen und angemessen zu unterstützen. Die Schlüsselkomponenten bei der Erfassung der Belastungen von Zugehörigen umfassen emotionale, soziale, praktische, ethische und langfristige Aspekte [223, 228]. Um ein möglichst klares Bild der Belastungssituation zu erhalten, können sowohl qualitative (z. B. Interviews) als auch quantitative Methoden (z. B. standardisierte Fragebögen) zur umfassenden Erfassung genutzt werden. Hier bietet sich der Einsatz validierter, einfacher und sensibler, nach Möglichkeit auch spezifischer Skalen und Ratinginstrumente zur Selbstbeurteilung an, um dem bisweilen knappen Zeitfenster, das zur Beurteilung von An- und Zugehörigen bleibt, gerecht zu werden und falls nötig auch frühzeitig weiterverweisen zu können. Die Screeningverfahren können in der Regel durch Fachkräfte mit einem Verständnis für standardisierte Fragebögen oder entsprechender Schulung, zum Beispiel Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Pflegewissenschaftler:innen, Gesundheitswissenschaftler:innen sowie klinische Fachkräfte in Krankenhäusern, Rehabilitationszentren, Beratungsstellen oder Forschungsinstituten angewendet werden. Notwendige Voraussetzungen zur Anwendung der Screeningverfahren sind ein Kenntnis der jeweiligen Skalen, ein Verständnis für deren Auswertung sowie das Einhalten von Datenschutz- und ethischen Richtlinien.

Geeignete Testverfahren können in unterschiedlichen Settings bei der Beurteilung der Belastungssituation unterstützen. In Tabelle 28 findet sich eine Übersicht über die für verschiedene Settings und Anwender:innen geeigneten Testverfahren für die Erfassung von Belastungen bei An- und Zugehörigen vor, während und nach dem assistierten Suizid.

Tabelle 28: Ausgewählte, geeignete und in deutschen Versionen verfügbare Skalen und Ratinginstrumente

- Zum Screening von Belastungen:
 - The 8-item Screening Tool for Family Caregiver Burden in Palliative Care (CAREPAL-8) [229]

- Zum Screening einer psychischen Erkrankung:
 - Patient Health Questionnaire (PHQ-9) [230, 231]
- Zum Screening Psychosozialer Support/Soziale Unterstützung:
 - Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) [232]
 - Oslo Social Support Scale (OSSS-3) [233, 234]
- Zur Erfassung von Belastungen durch forensische/polizeiliche Ermittlungen nach dem assistierten Suizid:
 - Forensic Investigation Experience Scale (FIES) [222]
- Zur Diagnostik von Anpassungsstörungen:
 - Adjustment Disorder-New Module-20 (ADMN-20) [235]
- Zum Screening von anhaltender Trauerstörung/antizipatorische Trauer:
 - PG-13-Revised Scale [236]
 - Anticipatory Grief Scale (AGS-13) [237]
- Zum Screening von PTBS/kPTBS:
 - International Trauma Questionnaire (ITQ) [238, 239]
- Zur Erfassung des Bedauerns nach Behandlungsentscheidungen:
 - Decision Regret Scale for Caregivers (DRS-C) [240]

Das CAREPAL-8 [229] ist ein kurzes Screening-Tool für pflegende An- und Zugehörige in der Palliativversorgung, das Gesundheitsdienstleister:innen bei der Anpassung der Betreuung an individuelle Ressourcen und Risikoprofile unterstützt. Es bietet ein vorläufiges, vierstufiges Klassifizierungssystem zur Einschätzung von psychischer Belastung, Ressourcen, sozialer Unterstützung und palliativem Versorgungsbedarf, insbesondere in der onkologischen Palliativversorgung [229]. Der PHQ-9 [230, 231] ist ein neun Fragen umfassendes Selbstberichts-Instrument zur Erfassung depressiver Symptome mit guten psychometrischen Eigenschaften. Es sollte als Screening-Instrument eingesetzt werden, zur weiteren Abklärung einer möglichen Diagnose müssen ärztliche und psychotherapeutische Kompetenzen herangezogen werden [230, 231]. Die ISEL [232] misst wahrgenommene soziale Unterstützung in drei Bereichen (emotional, instrumentell, Bestätigung) und ist ein allgemeines, eher breites Instrument zur Einschätzung sozialer Unterstützung. Die Oslo Social Support Scale (OSSS-3) [233, 234] ist eine kurze Skala, die Breite, Dichte und Verfügbarkeit sozialer Unterstützung im Netzwerk fokussiert, oft mit drei Items. Beide zielen auf allgemeine soziale Unterstützung ab, unterscheiden sich aber in Aufbau, Länge und Schwerpunkt [233]. Die Forensic Investigation Experience Scale (FIES) [222] verwendet eine 4-Punkte-Likert-Skala (1 = stimme voll und ganz zu bis 4 = stimme überhaupt nicht zu) zur Bewertung emotionaler Reaktionen, wahrgenommener Sensibilität des Ermittlungsteams und dem Umgang mit der Leiche der Verstorbenen. Die Items erfassen dabei spezifische Erfahrungen wie emotionale

Schwierigkeit, mangelnde Sensibilität und Unverhältnismäßigkeit der Leichenuntersuchung [222]. Der ADN-20 [235] ist ein Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen, einschließlich Belastungen und Belastungsreaktionen mit einer beigefügten Auswertung. Er gliedert Symptome in Kernsymptome (Präokkupation/Fehlanpassung) sowie Zusatzsymptome wie Vermeidung, depressive Stimmung, Angst und Impulskontrolle/Störung der Impulskontrolle [235]. Der PG-13-Revised Scale von Prigerson et al. [236] ist ein kurzer Fragebogen mit 13 Fragen zur Erfassung pathologischer Trauer, der leicht handhabbar ist. Die Auswertung ist nicht im Dokument enthalten. Der AGS-13 [237] ist eine Kurzversion der ursprünglichen Anticipatory Grief Scale und misst Verhaltens- und Gefühlsreaktionen pflegender An- und Zugehöriger von Krebspatient:innen bei drohendem Verlust, mit zwei Unterskalen und einem Gesamtscore von 13–65. Die Modifikation reduziert die Skala auf 13 Items mit zwei Faktoren (Verhaltensreaktionen/emotionale Reaktionen) [237]. Der ITQ [238, 239] ist ein kurzes, einfaches Verfahren zur Erfassung der Kernsymptome von PTBS und kPTBS mit klaren diagnostischen Regeln. Entwickelt gemäß ICD-11 bzw. WHO-Vorgaben, fokussiert es auf Kernsymptome zur maximalen klinischen Nutzbarkeit und internationalen Anwendbarkeit; die Beurteilungskriterien stehen am Ende des Dokuments [238, 239]. Die DRS-C [240] ist eine pflegerische Version der Decision Regret Scale, die kurze, zuverlässige Screenings ermöglicht und das Bedauern von Pflegenden beziehungsweise pflegenden An- und Zugehörigen nach medizinischen Behandlungsentscheidungen erfasst. Ziel ist eine psychometrisch robuste, praxisnahe Messung des Bedauerns als Bestandteil der subjektiven Behandlungserfahrung von Pflegenden beziehungsweise pflegenden An- und Zugehörigen [240].

4.5.4 Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid beraten und begleiten

43	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Beratende sollen eine empathische, nicht bewertende und ergebnisoffene Haltung einnehmen, um sowohl den Willen der Person mit Todewunsch als auch die Bedürfnisse der An- und Zugehörigen zu respektieren.	
	Konsensstärke: 100 %	

Es liegen nur wenige empirische Untersuchungen zu spezifischen Anforderungen an Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen, die im Kontext eines assistierten Suizids An- und Zugehörige beraten und begleiten, vor. Publikationen im Kontext der Handlungspraxis am Lebensende betonen jedoch die Bedeutung einer empathischen, nicht bewertenden und ergebnisoffenen Haltung gegenüber der Person mit Todeswunsch (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.2.3) sowie deren An- und Zugehörigen. An- und Zugehörige sind teilweise aktiv in den Entscheidungsprozess rund um einen assistierten Suizid eingebunden und können als Resonanzboden für die Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid sowie für die Beratenden und Begleitenden fungieren [241]. Viele An- und Zugehörige wünschen sich, dass ihre Sichtweisen von der Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid und Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen gehört und soweit möglich auch berücksichtigt werden, ohne dass ihnen gleichzeitig die Verantwortung für die Entscheidung übertragen werden soll [214, 218]. Dies erfordert von den Mitarbeitenden die Fähigkeit, sowohl die Selbstbestimmung und den Willen der Person mit Todeswunsch als auch die Bedürfnisse, Sorgen, Ambivalenzen und ethischen Dilemmata der An- und Zugehörigen wahrzunehmen und zu respektieren. Dies betrifft sowohl unterschiedliche Haltungen innerhalb des Familien- und Bezugssystems als auch mögliche Unterschiede zwischen den Wertvorstellungen der Beratenden bzw. Begleitenden und denen der beteiligten Personen.

Boven et al. (2023) untersuchten die Rolle von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen, die im Rahmen eines assistierten Suizids in die Begleitung von Personen mit Todeswunsch und deren An- und Zugehörigen involviert sind [221]. Die Autor:innen beschrieben die Bedeutung einer empathischen Begleitung von An- und Zugehörigen vor und während der Durchführung des assistierten Suizids sowie die Notwendigkeit einer nicht bewertenden und ergebnisoffenen Haltung. Dabei wurde ausdrücklich hervorgehoben, dass die Vorstellungen der Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen von einem „guten“ Sterben nicht zwangsläufig mit den Vorstellungen der Person mit Todeswunsch oder ihrer An- und Zugehörigen übereinstimmen können. Mitarbeitende sollten daher unterschiedliche Sichtweisen der An- und Zugehörigen anerkennen und Gespräche über eben diese Themen ermöglichen, ohne Partei zu ergreifen oder Druck auszuüben, um beispielsweise den

assistierten Suizid zu verhindern [221]. Da An- und Zugehörige neben den konvergierenden Wertvorstellungen auch vielfältige und teilweise widersprüchliche Gefühle wie Trauer, Angst, Hilflosigkeit, und Schuldgefühle vor, während und nach einem assistierten Suizid erleben können [218, 221], kommt einer professionellen, nicht bewertenden Haltung hierbei besondere Bedeutung zu (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.2.3). Eine solche Haltung ermöglicht es den An- und Zugehörigen, unterschiedliche Perspektiven im Kontext der Beratung oder Intervention an- und auszusprechen und einen geschützten Raum für die Auseinandersetzung mit belastenden Themen zu schaffen. Voraussetzung hierfür ist die Fähigkeit der Beratenden bzw. Begleitenden und Behandelnden, die eigenen Belastungsgrenzen und Wertvorstellungen kontinuierlich zu reflektieren, um zu verhindern, dass persönliche Haltungen zum assistierten Suizid unreflektiert in die Beratung und Gespräche mit den An- und Zugehörigen einfließen. Regelmäßige Supervision und Intervision können hierbei eine wichtige unterstützende Funktion einnehmen (siehe Empfehlung 44).

44	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Beratende sollen mit An- und Zugehörigen wertschätzend, interessiert, ergebnisoffen und nicht wertend kommunizieren und ihre Kompetenzen durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen schulen und weiterentwickeln. Gegebenenfalls sollte entsprechende externe Expertise, z. B. Supervision, Ethikfallberatung oder ähnliche Angebote in Anspruch genommen werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Die Umsetzung einer empathischen, wertschätzenden, interessierten und ergebnisoffenen Haltung gegenüber An- und Zugehörigen im Kontext des assistierten Suizids (siehe Empfehlung 43) erfordert spezifische kommunikative Kompetenzen (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.2.3). Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen, der Person mit Wunsch nach assistiertem Suizid und den An- und Zugehörigen stellt hierfür, sofern möglich, eine wichtige Voraussetzung dar.

Eine Analyse von Gesetzestexten und Leitlinien aus insgesamt neun Ländern, in denen die Suizidassistenz beziehungsweise Tötung auf Verlangen rechtlich möglich ist (22 Gesetzestexte, 38 Leitlinien), zeigte, dass das Thema der Kommunikation mit An- und Zugehörigen in der Regel nur unspezifisch erwähnt wird [242]. Lediglich eine der untersuchten Leitlinien (Victoria, Australien) enthielt eine konkrete Definition bezüglich kommunikativer Kompetenzen der Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen: Diese Kompetenz ist dann gegeben, wenn sie sich am Verständnisniveau der An- und Zugehörigen orientiert, nicht bevormundend ist, auf einem tragfähigen Vertrauensverhältnis zwischen Beratenden und An- und Zugehörigen

beruht und durch aktives Zuhören gekennzeichnet ist (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.2.3). Die fehlenden konkreten Handlungsanweisungen im Kontext des assistierten Suizids decken sich mit den Vorarbeiten von Boven et al. [221], wonach Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen häufig in der Kommunikation mit An- und Zugehörigen eher auf ihre Intuition statt auf strukturierte, evidenzbasierte Vorgehensweisen zurückgreifen, was zu uneinheitlicher Versorgung und Verunsicherung, insbesondere bei Berufseinsteiger:innen, führen kann. Gleichzeitig verdeutlichen Ergebnisse von Boven et al. [221] die Bedeutung einer professionellen Gesprächsführung, die mehrere Funktionen umfassen kann: die Vermittlung von Informationen, emotionale Entlastung, die Klärung von Entscheidungsprozessen sowie, beispielsweise im Rahmen von Familiengesprächen, die Moderation unterschiedlicher Perspektiven innerhalb des sozialen Umfelds. Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sollten in der Lage sein, einen geschützten Gesprächsraum zu schaffen, in dem unterschiedliche Sichtweisen geäußert werden können, ohne die Selbstbestimmung der Person mit Todeswunsch infrage zu stellen. Hierzu gehören Kompetenzen in empathischer Kommunikation, im Umgang mit emotional belastenden Situationen, Erfahrung mit den Themen Sterben, Tod und Trauern sowie in der Begleitung von Ambivalenzen und Konflikten.

Um zu verhindern, dass Beratende ihre kommunikativen Kompetenzen in diesem Bereich vorwiegend über Erfahrungswissen und Lernprozesse nach dem Prinzip von „Trial and Error“ entwickeln, sollten strukturierte spezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote bereitgestellt und von den Mitarbeitenden entsprechend genutzt werden [221]. Darüber hinaus sollte beispielsweise eine regelmäßige Supervision, kollegiale Intervision und/oder eine Ethikfallberatung in Anspruch genommen werden (siehe auch Kapitel 4.2.4 und 4.4.3). Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sollten ihre kommunikativen Fähigkeiten und ihr Fachwissen kontinuierlich weiterentwickeln und die eigene Haltung regelmäßig im Austausch mit anderen erneut reflektieren (siehe auch Kapitel 4.2.3). Eine unreflektierte Übertragung eigener moralischer Bewertungen des assistierten Suizids auf An- und Zugehörige kann eine ergebnisoffene und nicht wertende Haltung gefährden [221]. Eine strukturierte Selbstreflexion (z. B. Supervision, Intervision, kollegialer Austausch, vgl. auch Kapitel 4.2.4 und 4.4.3) ermöglicht es Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen, blinde Flecken in der eigenen Haltung zu erkennen und einer Übertragung persönlicher Überzeugungen auf die Beratungssituation vorzubeugen. Diese Reflexionsfähigkeit ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die eigenen Wertvorstellungen der Beratenden von denen der betroffenen Personen oder ihres sozialen Umfelds abweichen.

Beratende sollten zudem die Grenzen ihrer eigenen Kompetenzen erkennen und bei Bedarf weitere Fachpersonen mit spezifischer Expertise hinzuziehen (vgl. auch Kapitel 4.1.1 und 4.2.3). Dies kann insbesondere bei komplexen psychosozialen Belastungssituationen, psychischen Erkrankungen, kulturell oder religiös geprägten Fragestellungen sowie bei besonderen Unterstützungsbedarfen von An- und Zugehörigen erforderlich sein. Die kommunikativen Kompetenzen sollten nicht nur auf die individuellen Bedürfnisse, sondern auch auf die unterschiedlichen Zeitpunkte des Prozesses ausgerichtet sein. An- und Zugehörige benötigen beispielsweise vor dem assistierten Suizid andere Gesprächs- und

Beratungsangebote als nach dem assistierten Suizid. An- und Zugehörige können z. B. im Rahmen der Nachsorge Unterstützungsbedarf bei der Trauerbewältigung aufweisen. Hier könnte das Bereitstellen von Kontaktinformationen oder das Angebot von Gesprächen nach dem assistierten Suizid hilfreich sein, auch wenn An- und Zugehörige diese selbst nicht immer aktiv einfordern oder in Anspruch nehmen. Angebote zur Trauerbegleitung und Weitervermittlung an Angebote der Selbsthilfe oder Psychotherapie können hier weitere hilfreiche Ressourcen sein.

In Tabelle 29 werden Anforderungen an Personen, die An- und Zugehörige beraten, zusammengefasst.

Tabelle 29: Übersicht über Anforderungen an Beratende für An- und Zugehörige im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	
Kategorie	Anforderung
Haltung	Anerkennung, dass eigene Vorstellungen von einem „guten Sterben“ nicht zwangsläufig mit denen der betroffenen Personen übereinstimmen
	Wertschätzung unterschiedlicher Haltungen innerhalb des Familien- und Bezugssystems
Wissen	Kenntnis der individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Emotionen in den verschiedenen Phasen des assistierten Suizids
	Wissen um typische Trauerreaktionen, insbesondere Scham- und Schuldgefühle, unter Berücksichtigung der individuellen Situation
	Kenntnis des regionalen Unterstützungs- und Hilfenetzes (z. B. BeSu Berlin https://besu-berlin.de , AGUS – Angehörige um Suizid e.V. https://www.agus-selbsthilfe.de)
Kommunikative Fertigkeiten	frühzeitige Einbindung und Beteiligung der An- und Zugehörigen sowie umfassende Information über Abläufe, sofern gewünscht
	Schaffung eines geschützten Gesprächsraums für unterschiedliche Sichtweisen, ohne die Selbstbestimmung der Person mit Todeswunsch infrage zu stellen

Tabelle 29: Übersicht über Anforderungen an Beratende für An- und Zugehörige im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid

Kategorie	Anforderung
	Moderation divergierender Perspektiven innerhalb des sozialen Umfelds, z. B. im Rahmen von Familiengesprächen
	Anpassung der Gesprächs- und Beratungsangebote an die jeweilige Prozessphase (vor/während/nach dem assistierten Suizid)
Selbstreflexion	kontinuierliche Reflexion eigener Wertvorstellungen, Belastungsgrenzen und emotionaler Reaktionen
	Erkennen der Grenzen der eigenen fachlichen Kompetenz und Hinzuziehung weiterer Fachpersonen bei Bedarf (z. B. bei psychischen Erkrankungen, kulturell oder religiös geprägten Fragestellungen, komplexen psychosozialen Belastungssituationen)
	Inanspruchnahme struktureller Reflexionsangebote (Supervision, Intervention, Ethikfallberatung)
Nachsorge	aktives Angebot von Unterstützung bei der Trauerbewältigung, auch wenn diese nicht aktiv eingefordert wird
	Bereitstellung von Kontaktinformationen und Vermittlung an Trauerbegleitung oder Selbsthilfeangebote

4.5.5 Kinder und Jugendliche als An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid

45	Empfehlung	Neu Stand 2026
	Kinder und Jugendliche als An- und Zugehörige sollen altersgerecht und einfühlsam über den assistierten Suizid informiert werden und ihnen soll unter Berücksichtigung individueller Bedarfe Zugang zu Beratung, Unterstützungs- und Trauerangeboten ermöglicht werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

Kinder und Jugendliche können als An- und Zugehörige unmittelbar betroffen sein, etwa wenn ein Elternteil oder ein Großelternteil durch einen assistierten Suizid stirbt. Eltern und Bezugspersonen sind sich in dieser Situation dabei häufig unsicher, ob und in welcher Form sie mit ihren Kindern über die wahren Todesumstände sprechen sollen. Bislang liegen weder Studien noch spezifische Empfehlungen zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen als An- und Zugehörige nach einem assistierten Suizid vor. Die folgenden Ausführungen stützen sich daher auf Publikationen und Empfehlungen im Kontext eines Suizids (z. B. [243–245]) und der Trauerforschung.

In vielen Familien werden Kinder und Jugendliche nach dem (assistierten) Suizid eines nahen Familienmitglieds nicht über die Todesumstände aufgeklärt [246]. Die Intention der Eltern und Bezugspersonen, die Kinder auf diese Weise zu schützen, ist zwar nachvollziehbar, behindert jedoch einen normalen Trauerprozess und kann bei Kindern und Jugendlichen zu einem Gefühl des Ausgeschlossenenseins sowie zu Verunsicherung führen. Je weniger Informationen vermittelt werden, desto stärker können Fantasien und Schreckensvorstellungen bei den Kindern und Jugendlichen wirksam werden. Dies betrifft insbesondere nicht-natürliche oder traumatische Todesumstände.

Darüber hinaus nehmen Kinder und Jugendliche fast immer wahr, wenn ihnen von Seiten der Erwachsenen wichtige Informationen zurückgehalten oder bewusst verheimlicht werden. Das Verschweigen eines assistierten Suizids schützt Kinder deshalb nicht, sondern kann zu Ängsten und Misstrauen gegenüber den Bezugspersonen führen.

Kinder und Jugendliche, die eine nahe Bezugsperson verloren haben, trauern anders als Erwachsene, und die Trauer unterscheidet sich maßgeblich durch das Alter und den Entwicklungsstand des Kindes. Das Todesverständnis von Kindern und Jugendlichen sowie die Art der Kommunikation über einen assistierten Suizid in der Familie sollten sich am jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen orientieren (Überblick bei [247]). Kleinkinder (1–3 Jahre) verfügen noch über kein Todeskonzept und reagieren vor allem auf das Fehlen der Bezugsperson sowie auf die belastete Stimmung ihrer familiären Umgebung. Hier steht die

Aufrechterhaltung stabiler Tagesabläufe der Eltern und Bezugspersonen und eines ruhigen familiären Umfelds im Vordergrund. Kinder zwischen 4 und 7 Jahren verstehen den Tod oft noch als vorübergehende Abwesenheit und benötigen daher eine klare, konkrete Sprache, die die Unwiderruflichkeit des Todes vermittelt. Ab etwa 8 Jahren entwickeln Kinder ein realistisches Todesverständnis. Ab diesem Alter sind eine kindgerechte Aufklärung über die Todesumstände und die aktive Einbindung in Abschiedsrituale (z. B. Teilnahme an der Beerdigung) empfehlenswert. Jugendliche (13–18 Jahre) erleben Trauer häufig besonders intensiv, ziehen sich mitunter aus der Familie zurück und sind durch den gleichzeitigen Ablösungsprozess der Pubertät zusätzlich belastet. Sie benötigen neben einer offenen Kommunikation innerhalb der Familie auch Raum für den Austausch außerhalb der Familie (z. B. mit Peers).

Über alle Altersstufen hinweg gilt, dass ein offener und einfühlsamer Umgang mit den Todesumständen Kinder und Jugendliche dabei unterstützen kann, mit ihrer Trauer und dem Verlust einer nahestehenden Person umzugehen. Wenn möglich, sollte Kindern und Jugendlichen ein Abschied beispielsweise am Sarg zugänglich gemacht werden. Auch wenn die erwachsene Bezugsperson ebenso durch den Verlust belastet ist, ist es wichtig, dass mit den Kindern und Jugendlichen eine von Empathie getragene Kommunikation geführt wird, die Raum gibt, Gedanken und Ängste bezogen auf den Tod der nahestehenden Person zu äußern. Eltern sollen unter Berücksichtigung individueller Bedarfe ermutigt werden, Unterstützungs- und Beratungsangebote spezialisierter Stellen, sowohl für sich selbst als auch für ihre Kinder in Anspruch zu nehmen. Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen sollten ihnen hierfür gezielt entsprechende Kontaktadressen, etwa für Trauergruppen oder Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, zur Verfügung stellen.

5. Wichtige Forschungsfragen

Für die Beurteilung eines angemessenen Umgangs mit Anfragen nach Suizidassistenz fehlen in vielen Fällen empirische Untersuchungen. In diesem Abschnitt werden ausgewählte wichtige empirische Forschungsfragen aufgeführt.

- Welche Vorgehensweisen bei der Beratung befördern beziehungsweise behindern freiverantwortliche Entscheidungen?
- In welchen Zeiträumen verändern sich Wünsche nach Suizidassistenz und welche Unterschiede bestehen in Abhängigkeit von Lebenssituation und Erkrankungen?
- Welche Maßnahmen erhöhen die Handlungssicherheit von Vertreter:innen unterschiedlicher Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen bezüglich des Umgangs mit Anfragen nach Suizidassistenz?
- Welche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat der Tod durch Suizidassistenz im Vergleich zu anderen Handlungen in der letzten Lebensphase (z. B. tiefe kontinuierliche Sedierung) auf An- und Zugehörige?
- Welche evidenzbasierte suizidpräventive Strategien gibt es für den Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz?
- An welche Personen oder Institutionen wenden sich Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid zunächst?
- Welche Personen übernehmen die Begleitung der Person mit Todeswunsch in der letzten Lebensphase?

6. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

6.1 Leitlinienkoordinator:innen/Ansprechpartner:innen

Leitlinienkoordinator:innen

Prof. Dr. Claudia Bausewein

Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, LMU Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Georg Marckmann

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Thomas Pollmächer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU Klinikum München, Ludwig-Maximilians-Universität München; Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. Jan Schildmann

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Alfred Simon

Akademie für Ethik in der Medizin e. V.; Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Leitliniensekretariat

Leonie Kupsch, Dr. Sabine Sommerlatte, Prof. Dr. Jan Schildmann³

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

Profilzentrum Gesundheitswissenschaften

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Magdeburger Str. 8, 06112 Halle (Saale)

Telefon: 0345/557-3550

E-Mail: jan.schildmann@medizin.uni-halle.de

³ Die Mitglieder des Leitliniensekretariats danken Nicole Adam, Maximilian Emanuel Pigorsch, Caspar Radunz, Carolin Thielo und Nadine Wäldchen für weitere Unterstützung.

6.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 30: Mitglieder der Leitliniengruppe

Fachgesellschaft/Organisation	Mandatstragende	Stellvertretende Mandatstragende
Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM)	Prof. Dr. Annette Riedel	Dr. Gerald Neitzke
Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP)	Georg Fiedler	Prof. Dr. Reinhard Lindner
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG)	Gunthard Kissinger	
Berufsverband der Deutschen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (BVDP)/ Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)	Dr. Christa Roth-Sackenheim	Dr. Alice Engel
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) e. V.	Kaveh Tarbiat	
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e. V. (DBfK)	Dagmar Bauer	Heidrun Pundt
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	Dr. Stephan Fuchs	Dr. Luise Farr
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP)	Robert Zappe	Michael Mayer
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG)	Dr. Daniel Kopf	
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.	Prof. Dr. Reinhard Lindner	

(DGGG)		
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)	Dr. Klaus Maria Perrar	
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO)	Prof. Dr. Jan Schildmann	
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)	Prof. Dr. Ursula Müller-Werdan	
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN)	Prof. Dr. Raymond Voltz	
Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung e. V. (DGNB)	Prof. Dr. Frank Erbguth	RA Prof. Dr. Peter Wolfgang Gaidzik
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)	Prof. Dr. Claudia Bausewein	
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)	Prof. Dr. Henrikje Stanze	Anja Albers
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)	Dr. Götz Berberich	
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Prof. Dr. Thomas Pollmächer	
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V. (DGRM)	Prof. Dr. Sabine Gleich	Dr. Benno Schäffer
Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V. (DGS)	Prof. Dr. Ute Lewitzka	Dr. Uwe Sperling
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DGVT)	Prof. Dr. Thomas Heidenreich	

Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)	Prof. Dr. Ulrich Wedding	
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)	Dr. Jacqueline Schwartz	Prof. Dr. Bernd Alt-Epping
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)	Johannes Petereit	Cindy Stoklossa
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO), Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)	Dr. Felix Bock	
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie e. V. (GPOH)	Prof. Dr. Monika Führer	
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie (PRIO)	Stefanie Walter	
Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG), Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie (PSO)	Prof. Dr. Andreas Dinkel	Dr. Friederike Mumm
Deutscher Verein für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)	Hans Nau	Johannes Petereit
Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)	Prof. Dr. Barbara Schneider	Prof. Dr. Reinhard Lindner
Pandora Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e. V. (Pandora)	Brigitte Richter	Petra Thaler

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben e. V. (DGHS) hatte zwei Mandatsträger:innen zur Mitarbeit an der Leitlinie benannt. Eine Mitwirkung an der Leitlinienentwicklung erfolgte nicht. Weiterhin wurden keine Interessenerklärungen angegeben.

Angesichts der unterschiedlichen betroffene Patient:innengruppen ist für zukünftige Fassungen der Leitlinie die Mandatierung von Mitgliedern mehrerer Patient:innenorganisationen vorgesehen.

Tabelle 31: Eingeladene Expert:innen

Expert:in	Organisation
Prof. Dr. Reiner Anselm	Evangelisch-Theologische Fakultät, Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik, LMU München
PD Dr. Jakov Gather	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. Volker Lipp	Juristische Fakultät, Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Zivilprozessrecht, Medizinrecht und Rechtsvergleichung, Universität Göttingen
Prof. Dr. Dr. Jochen Sautermeister	Katholisch-Theologische Fakultät, Moraltheologisches Seminar, Universität Bonn
Ricarda Scheiner	Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, LMU Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
Prof. Dr. Birgit Wagner	Fakultät Naturwissenschaften, Professur für Klinische Psychologie & Psychotherapie – Verhaltenstherapie, MSB Medical School Berlin, Hochschule für Gesundheit und Medizin

6.3 Koordinator:innen und Mitwirkende an der Gestaltung der Kapitel dieser Leitlinie

Tabelle 32: Koordinator:innen und Mitwirkende an der Gestaltung der Kapitel dieser Leitlinie

Kapitel 4.1: Vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid	
Koordinator:innen von Kapiteln und Abschnitten	Prof. Dr. Claudia Bausewein, Ricarda Scheiner
Weitere Mitwirkende	Dagmar Bauer, Prof. Dr. Andreas Dinkel, Georg Fiedler, Dr. Stephan Fuchs, Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Prof. Dr. Barbara Schneider, Dr. Uwe Sperling, Robert Zappe
Kapitel 4.2: Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid	
Koordinator:innen von Kapiteln und Abschnitten	Leonie Kupsch, Prof. Dr. Jan Schildmann, Dr. Sabine Sommerlatte
Weitere Mitwirkende	Reiner Anselm, Prof. Dr. Frank Erbguth, Dr. Luise Farr, Georg Fiedler, Dr. Stephan Fuchs, Prof. Dr. Monika Führer, Prof. Dr. Peter Gaidzik, Dr. Daniel Kopf, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Hans Nau, Johannes Petereit, Brigitte Richter, Dr. Uwe Sperling, Stefanie Walter
Kapitel 4.3: Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung	
Koordinator:innen von Kapiteln und Abschnitten	Prof. Dr. Andreas Dinkel, PD Dr. Jakov Gather, Prof. Dr. Volker Lipp, Prof. Dr. Georg Marckmann, Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Prof. Dr. Alfred Simon
Weitere Mitwirkende	Prof. Dr. Frank Erbguth, Prof. Dr. Peter Gaidzik, Prof. Dr. Ute Lewitzka, Dr. Gerald Neitzke, Johannes Petereit, Dr. Christa Roth-Sackenheim, Dr. Benno Schäffer, Prof. Dr. Barbara Schneider
Kapitel 4.4: Auswirkungen auf und Unterstützung für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen bei Anfragen nach assistiertem Suizid	

Koordinator:innen von Kapiteln und Abschnitten	Leonie Kupsch, Prof. Dr. Annette Riedel, Prof. Dr. Jan Schildmann, Dr. Sabine Sommerlatte, Prof. Dr. Henrikje Stanze
Weitere Mitwirkende	Anja Albers, Dr. Götz Berberich, Georg Fiedler, Prof. Dr. Ute Lewitzka, Prof. Dr. Reinhard Lindner, Michael Mayer, Hans Nau, Prof. Dr. Barbara Schneider, Dr. Jacqueline Schwartz, Prof. Dr. Ulrich Wedding
Kapitel 4.5: Auswirkungen auf und Unterstützung für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid	
Koordinator:innen von Kapiteln und Abschnitten	Anja Albers, Dr. Felix Bock, Prof. Dr. Thomas Heidenreich, Michael Mayer, Hans Nau, Prof. Dr. Birgit Wagner
Weitere Mitwirkende	Dr. Luise Farr, Gunthard Kissinger, Dr. Christa Roth-Sackenheim, Stefanie Walter

6.4 Patient:innen-/Bürger:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patient:innen(vertreter:innen) erstellt. Herr Gunthard Kissinger und Frau Brigitte Richter waren stimmberechtigt und vom **18.09.2024** bis **30.09.2026** an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

6.5 Methodische Begleitung

Bei der Erstellung wurde die vorliegende S2k-Leitlinie durch Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin, methodisch begleitet.

7. Informationen zu dieser Leitlinie

7.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Erstellung dieser Leitlinie richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk [248].

7.2 Systematische Recherche, Auswahl und kritische Bewertung der Evidenz

Es erfolgte keine systematische Recherche der Literatur. Die zugrunde gelegte Literatur wurde von den an der Leitlinienerstellung beteiligten Mandatstragenden und Expert:innen eingebracht.

7.3 Strukturierte Konsensfindung

Die Empfehlungen, Statements und zentralen Inhalte dieser Leitlinie wurden im Rahmen von mehreren Themen- und Arbeitsgruppensitzungen vorbereitet. Die strukturierte Konsensfindung im NIH Typ erfolgte im Rahmen von sieben online durchgeführten Konsensuskonferenzen sowie einer schriftlichen Abstimmung per E-Mail unter methodischer Begleitung und neutraler Moderation von Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin. Die Abstimmung erfolgte pro Empfehlung mit der Möglichkeit mit „ich stimme zu“, „ich bin dagegen und habe den folgenden Änderungsvorschlag“ (geg. Enthaltung aufgrund von Interessenkonflikten) abzustimmen. Allen Teilnehmenden an den Konsensuskonferenzen wurden die Empfehlungen und Statements, über die diskutiert und abgestimmt werden sollte, sowie die zugehörigen Hintergrundtexte vorab rechtzeitig zur Verfügung gestellt.

Tabelle 33 gibt einen Überblick über die Konsensuskonferenzen sowie die schriftliche Abstimmung zur strukturierten Konsensfindung.

Tabelle 33: Überblick über die strukturierte Konsensfindung	
Formate zur strukturierten Konsensfindung	Inhalte
Konsensuskonferenz am 23.02.2026, 12.00-15.30	▪ Einführung zur Methodik der formalen Konsentierung ▪ Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten ▪ Interessenkonfliktmanagement ▪ Inhaltliche Einführung und Austausch zur Terminologie ▪ Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 35 und 36 und der Statements Nr. 33, 34 und 37 zu „Auswirkungen auf und Unterstützung für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen bei Anfragen nach assistiertem Suizid“

	Planung des weiteren Prozederes
Konsensuskonferenz am 23.03.2026, 14.00-17.30	- Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten - Interessenkonfliktmanagement - Inhaltliche Einführung und Austausch zur Terminologie - Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 1 bis 8 zu „Vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität im Kontext von Anfragen nach assistiertem Suizid“ - Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 22 und 23 und des Statements Nr. 21 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung“ - Diskussion der Empfehlungen Nr. 24 und 25 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung“, keine Abstimmung - Planung des weiteren Prozederes
Konsensuskonferenz am 24.03.2026, 15.00-17.30	- Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten - Interessenkonfliktmanagement - Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 27, 29 und 30 und der Statements Nr. 26 und 28 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung“
Konsensuskonferenz am 07.04.2026, 14.30-17.00	- Vorstellung der Zeit- und Arbeitsplanung für weiteren Leitlinienprozess - Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten - Interessenkonfliktmanagement - Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 31 und 32 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung“ - Planung des weiteren Prozederes
Konsensuskonferenz am 12.05.2026, 15.30-17.00 und anschließende moderierte Arbeitssitzung	- Vorstellung der Zeit- und Arbeitsplanung für weiteren Leitlinienprozess - Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten - Interessenkonfliktmanagement - Diskussion der Empfehlungen Nr. 24 und 25 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung“, orientierende Abstimmung

Schriftliche Abstimmung vom 18.05.2026 bis 29.05.2026	▪ einmalige schriftliche Konsentierung der Empfehlungen Nr. 24 und 25 zu „Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung“; Rückmeldungen erfolgten via Email an eine Person im Leitliniensekretariat (L. Kupsch) und wurden in anonymisierter Form zusammengeführt und dokumentiert
Konsensuskonferenz am 02.06.2026, 13.00-17.00	▪ Vorstellung der Zeit- und Arbeitsplanung bis zur Veröffentlichung der Leitlinie ▪ Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten ▪ Interessenkonfliktmanagement ▪ Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 9 bis 12 und Nr. 14 bis 20 und des Statements Nr. 13 zu „Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid“
Konsensuskonferenz am 15.06.2026, 12.00-16.00	▪ Vorstellung der Zeit- und Arbeitsplanung bis zur Veröffentlichung der Leitlinie ▪ Vorstellung der Mitwirkenden und Mandatierten ▪ Interessenkonfliktmanagement ▪ Diskussion und Konsentierung der Empfehlungen Nr. 38 bis 45 zu „Auswirkungen auf und Unterstützung für An- und Zugehörige von Anfragenden nach assistiertem Suizid“ ▪ Diskussion und Konsentierung von Änderungen an den Empfehlungen Nr. 35 und 36 zu „Auswirkungen auf und Unterstützung für Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen bei Anfragen nach assistiertem Suizid“ ▪ Wiedervorlage von Empfehlung 12 zu „Information und Beratung bei Anfragen nach assistiertem Suizid“ nach redaktioneller Bearbeitung, keine erneute Abstimmung erforderlich ▪ Planung des weiteren Prozederes

Zur strukturierten Konsensfindung wurde unter Moderation von Frauke Schwier folgendes Verfahren angewendet:

1. Vorstellung der Empfehlung/des Statements durch die Leitenden der jeweiligen Arbeitsgruppen
2. Möglichkeit für Rückfragen bei Unklarheiten
3. Stellungnahmen und Möglichkeit zur Diskussion von Änderungsvorschlägen
 - a. ggf. Weiterentwicklung der Empfehlung/des Statements beziehungsweise

Erstellung von alternativen Formulierungen/Varianten der Empfehlung/des Statements

4. Abstimmung über Empfehlung/Statement sowie ggf. alle alternative Formulierungen/Varianten der Empfehlung/des Statements

7.4 Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke

Die Konsensstärke wurde gemäß Tabelle 34 klassifiziert. Empfehlungen und Statements wurden ausschließlich bei einer Zustimmung von mindestens 75 % (Konsens beziehungsweise starker Konsens) aller stimmberechtigten Teilnehmenden verabschiedet. Diskussions- und Dissenspunkte wurden in den zugehörigen Hintergrundtexten dargelegt.

Entsprechend den Vorgaben des AWMF-Regelwerks wird in den Empfehlungen und Statements eine sprachliche Differenzierung vorgenommen, um die Graduierung der Empfehlungen und Statements abzubilden (siehe Tabelle 35).

Tabelle 34: Klassifikation der Konsensusstärke

Starker Konsens	> 95% der Stimmberechtigten
Konsens	> 75-95% der Stimmberechtigten

Tabelle 35: Sprachliche Graduierung der Empfehlungen

Beschreibung	Ausdrucksweise	Symbol (fakultativ)
Starke Empfehlung	soll/soll nicht	↑↑ / ↓↓
Empfehlung	sollte/sollte nicht	↑ / ↓
Empfehlung offen	kann erwogen/verzichtet werden	⇔

8. Redaktionelle Unabhängigkeit

8.1 Finanzierung der Leitlinie

Für die Erstellung der Leitlinie wurden keine gesonderten finanziellen Mittel verwendet.

8.2 Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Angaben zu den Interessen wurden mit dem AWMF-Formblatt von 2018 erhoben und von den Mitarbeitenden des Leitliniensekretariats (Leonie Kupsch, Prof. Dr. Jan Schildmann) bewertet. Es erfolgte eine Beratung zur Bewertung der Interessenkonflikte durch Frauke Schwier, AWMF-Leitlinienberaterin. Eine ausführliche Darlegung der Interessen sowie des Interessenkonfliktmanagements findet sich im Anhang dieser Leitlinie.

9. Verabschiedung

Die Leitlinie wurde im Zeitraum vom **28.08.2026** bis zum **10.10.2026** von den Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet.

10. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist ab dem **22.10.2026** bis zur nächsten Aktualisierung voraussichtlich bis zum **21.10.2028** gültig.

Verantwortliche Ansprechperson

Prof. Dr. Jan Schildmann

Kontakt

E-Mail: jan.schildmann@medizin.uni-halle.de

11. Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
ADMN-20	Adjustment Disorder-New Module-20
AGS-13	Anticipatory Grief Scale
bspw.	beispielsweise
CAREPAL-8	The 8-item Screening Tool for Family Caregiver Burden in Palliative Care
DRS-C	Decision Regret Scale for Caregivers
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale
FIES	Forensic Investigation Experience Scale
GAD-2	Generalized Anxiety Disorder
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List OSS-3
kPTBS	komplexe posttraumatische Belastungsstörung
MAiD	medical assistance in dying
MDS	Moral Distress Scale
MDT	Moral Distress Thermometer
PeSAS	Psycho-Existential Symptom Assessment Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SAHD	Schedule of Attitudes Toward Hastened Death
SMiLE	Schedule for Meaning in Life Evaluation
SPIKES	Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Summary
StGB	Strafgesetzbuch
vgl.	vergleiche

z. B.	zum Beispiel
--------------	--------------

12. Literaturverzeichnis

1. Bundesverfassungsgericht (2020) Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html
2. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2026) Pressekonferenz. "Suizidhilfe – Vorstellung der DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2025 und Start einer Diskurskampagne", 29.01.2025 in Berlin. Pressemappe mit ergänzenden Materialien. https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/29_01_2026/Pressemappe_29.01.2026.pdf. Zugegriffen: 19. Juni 2026
3. Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2025) Pressekonferenz. "Suizidhilfe – Vorstellung der Ergebnisse einer aktuellen Forsa-Umfrage und der DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2024", 14.01.2025 in Berlin. Pressemappe mit ergänzenden Materialien. https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/Pressemappe_14.01.2025.pdf. Zugegriffen: 19. Juni 2026
4. Buschner A, Gleich S, Schäffer B (2026) Assistierte Suizide in Bayern 2020 bis 2023 – Erste Ergebnisse aus der multikausalen Todesursachenstatistik. Bundesgesundheitsbl 69(3):267–274. doi:10.1007/s00103-025-04171-w
5. Turiaux J, Burner-Fritsch IS, Fegg M, Marckmann G, Bausewein C (2025) Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz – Ergebnisse einer Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Bundesgesundheitsbl 69:306–318. doi:10.1007/s00103-025-04087-5
6. Schildmann J, Cinci M, Kupsch L, Oldenburg M, Wörmann B, Nadolny S, Winkler E (2023) Evaluating requests for physician-assisted suicide. A survey among German oncologists. Cancer Med 12(2):1813–1820. doi:10.1002/cam4.4981
7. Sommerlatte S, Droese E, Bausewein C, Pollmächer T, Marckmann G, Simon A, Schildmann J (2026) Assisted suicide in Germany: a survey on requests for and current practices of assisted suicide. BMC Med Ethics 27(1). doi:10.1186/s12910-026-01406-6
8. Klotz K, Heidenreich T, Haug PM, Feinauer S, Riedel A (2025) Nurses' experience of moral distress in the context of medical assistance in dying (MAiD): a systematic review. Ethik Med. doi:10.1007/s00481-025-00887-0
9. Klotz K, Haug PM, Heidenreich T, Stratmann E-M, Jacob E, Riedel A (2025) Assisted suicide and suicide prevention: ethical perspectives, attitudes and challenges for nurses in long-term care - a qualitative focus group study. Healthcare (Basel) 13(24). doi:10.3390/healthcare13243263
10. AWO Bundesverband e. V. (2024) Orientierungshilfe zum Umgang mit dem assistierten Suizid – Für Mitarbeiter*innen in Einrichtungen der AWO, Berlin

11. Birnbacher D (2015) Kommentar II zum Fall – „Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung im Endstadium einer unheilbaren Erkrankung“. Ethik Med 27(3):239–240. doi:10.1007/s00481-015-0356-6
12. Bullermann-Benend M, Groeneveld M, Contzen B, Seling-Stoll S, Rolker S, Schulz S, Rieckmann R, Götte S, Broxtermann E, Kummer C, Niers C (2022) Zur Begleitung beim Freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET). Handreichung der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 2. Aufl, Berlin
13. Coors M, Simon A, Alt-Epping B (Hrsg) (2019) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
14. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2026) S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität, Version 1.0, Langfassung, 10.04.2026, AWMF-Registernummer 038-028. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028>. Zugegriffen: 19. Juni 2026
15. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2024) Der Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in hausärztlichen Praxen. DEGAM S1-Handlungsempfehlung. AWMF-Register-Nr. 053-063. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S1-Handlungsempfehlung/053-063-umgang-mit-dem-wunsch-nach-suizidassistentz-in-der-hausaerztlichen-praxis/oeffentlich/degam-ii-suizidassistentz-s1_130924.pdf. Zugegriffen: 08. Juli 2026
16. Wissenschaftliche Dienste des Bundestages (2020) Ärztlich assistierter Suizid. Zur Diskussion über mögliche Regelungen für Ärztinnen und Ärzte. BT-Drucksache WD 9 - 3000 - 011/20, Kap. 2.2.4
17. Bundesregierung (2012) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. BT-Drs. 17/10488 vom 15. August 2012, S. 23
18. Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger in Bezug auf ärztliche Behandlungen“ der Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister der Länder Bericht der Arbeitsgruppe „Einwilligungsbefugnis Minderjähriger“. <https://www.justiz.nrw.de/sites/default/files/imported/files/2022-11/2022-04-05-Bericht-der-Arbeitsgruppe-Einwilligung-Minderjaehriger.pdf>. Zugegriffen: 11.7.26
19. Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 108(7):A 346-348
20. Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia 2025 figures for euthanasia in Belgium. <https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/2025-figures-euthanasia-belgium>. Zugegriffen: 12. Juli 2026

21. Pereira HP, Marina S, Simões MR, Ricou M (2024) Understanding the assessment of the will to die and its link with hastened death requests. *Eur Psychol* 29(1):43–54. doi:10.1027/1016-9040/a000522
22. Farr L, Poeck J, Bozzaro C, Bleidorn J (2025) Requests for physician-assisted suicide in German general practice: frequency, content, and motives - a qualitative analysis of GPs' experiences. *BMC Prim Care* 26(1):122. doi:10.1186/s12875-025-02830-0
23. Senf B, Bender B, Fettel J (2022) Suicidal ideation, distress, and related factors in a population of cancer patients treated in a general acute hospital. *Support Care Cancer* 30(1):487–496. doi:10.1007/s00520-021-06429-w
24. Back AL, Starks H, Hsu C, Gordon JR, Bharucha A, Pearlman RA (2019) Clinician-patient interactions about requests for physician-assisted suicide. In: Oberlander J, Buchbinder M, Churchill LR, Estroff SE, King NMP, Saunders BF, Strauss RP, Walker RL (Hrsg) *The Social Medicine Reader, Volume I*, 3. Aufl. Duke University Press, S 280–300
25. Downar J, Preston N (2025) Palliative care and assisted dying: Uneasy bedfellows. *Palliat Med* 39(8):830–832. doi:10.1177/02692163251365440
26. Adams V, Katz NT, Philip JAM, Gold M (2022) Desire to die statements in the era of voluntary assisted dying: an audit of patients known to a victorian consultation-liaison palliative care service. *Am J Hosp Palliat Care* 39(10):1203–1209. doi:10.1177/10499091211069620
27. Sinnarajah A, Feldstain A, Wasylenko E (2022) Responding to requests for hastened death in patients living with advanced neurologic disease. *Handb Clin Neurol* 190:217–237. doi:10.1016/B978-0-323-85029-2.00002-6
28. Walsh LE, Polacek LC, Heule M, Rosenfeld B (2022) Suicide and desire for hastened death in the terminally ill. In: Chochinov HM, Breitbart W (Hrsg) *Handbook of psychiatry in palliative medicine 3rd edition: psychosocial care of the terminally ill*, 3. Aufl. Oxford University Press, Oxford, S 99–110
29. Kappauf H (2025) Existenzielle Kommunikation – Schlagwort oder wichtiges Werkzeug? *Onkologie* 31(1):36–42. doi:10.1007/s00761-024-01618-8
30. Röhner J, Schütz A (Hrsg) (2020) *Psychologie der Kommunikation*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
31. Frey D (Hrsg) (2016) *Psychologie der Werte*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
32. Feichtner A (2020) Existenzielles Leid am Lebensende. Von der therapeutischen Kraft menschlicher Zuwendung. *Leidfaden*:42–44
33. Rogers CR (2021) *Die nicht-direktive Beratung*, 17. Aufl. Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main
34. Rogers CR (2021) *Entwicklung der Persönlichkeit*. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten, 23. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart

35. Stallberg FW (2023) Würde als Thema sozialen Handelns. In: Stallberg FW (Hrsg) Soziologie der Würde. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 43–58
36. Wirtz MA (2023) Dorsch: Lexikon der Psychologie. Stichwort: Interesse. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/interesse>. Zugegriffen: 19. Juni 2026
37. Sharp C, Bevington D (2024) Mentalisieren in der Psychotherapie: Mit E-Book inside Strategien für die therapeutische Praxis, 1. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel
38. Luyten P, Campbell C, Moser M, Fonagy P (2024) The role of mentalizing in psychological interventions in adults: Systematic review and recommendations for future research. *Clin Psychol Rev* 108:102380. doi:10.1016/j.cpr.2024.102380
39. Chochinov HM (2022) Dignity in care: the human side of medicine. Oxford University Press, Oxford
40. Fuge J, Neukom M (2024) Didaktisches Modell zur Förderung von Selbstreflexion in der Lehrpersonenbildung. 76-98 Seiten / PraxisForschungLehrer*innenBildung. Zeitschrift für Schul- und Professionsentwicklung. (PFLB), Bd. 6 Nr. 1 (2024): PraxisforschungLehrer*innenBildung – Ausgabe 6. doi:10.11576/PFLB-7327
41. Körner J (2017) Die Psychodynamik von Übertragung und Gegenübertragung, 1. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
42. Vogel RT (2023) Psychodynamische Psychotherapie am Lebensende. Hogrefe Verlag
43. Hait B, Sitte T (2023) Teamarbeit und Selbstreflexion. In: Thöns M, Sitte T (Hrsg) Repetitorium Palliativmedizin. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 311–326
44. Chochinov HM (2023) Intensive caring: reminding patients they matter. *J Clin Oncol* 41(16):2884–2887. doi:10.1200/JCO.23.00042
45. Dean M, Street RL (2015) Patient-centered communication. In: Wittenberg E, Ferrell BR, Goldsmith J, Smith T, Ragan SL, Glajchen M, Handzo G (Hrsg) Textbook of palliative care communication. Oxford University Press, Oxford, S 238–245
46. Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A (2012) What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One* 7(5):e37117. doi:10.1371/journal.pone.0037117
47. Monforte-Royo C, Crespo I, Rodríguez-Prat A, Marimon F, Porta-Sales J, Balaguer A (2018) The role of perceived dignity and control in the wish to hasten death among advanced cancer patients: A mediation model. *Psychooncology* 27(12):2840–2846. doi:10.1002/pon.4900
48. Boström K, Dojan T, Frerich G, Romotzky V, Galushko M, Voltz R, Kreimeike K (2022) Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Evaluation eines Schulungsprogramms. *Palliativmedizin* 23(04):198–206. doi:10.1055/a-1729-7360

49. Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebsgesellschaft, AWMF (2020) Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2 – September 2020. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>. Zugegriffen: 19. Juni 2026
50. Frerich G, Romotzky V, Galushko M, Hamacher S, Perrar KM, Doll A, Montag T, Golla H, Strupp J, Kreimeike K, Voltz R (2020) Communication about the desire to die: Development and evaluation of a first needs-oriented training concept - a pilot study. *Palliat Support Care* 18(5):528–536. doi:10.1017/S1478951520000097
51. Byrne M, Campos C, Daly S, Lok B, Miles A (2024) The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. *Patient Educ Couns* 119:108063. doi:10.1016/j.pec.2023.108063
52. Dean M, Street RL (2015) Managing uncertainty in clinical encounters. In: Hannawa AF, Spitzberg BH (Hrsg) *Communication competence*. De Gruyter, S 477–502
53. Jähne A, Schulz C (2025) *Therapie-Tools. Motivierende Gesprächsführung*, 1. Aufl. Beltz
54. Miller WR, Rollnick S (2025) *Motvierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing*, 4. Aufl. Lambertus-Verlag
55. Peimani M, Tanhapour M, Majlesi M, Nasli-Esfahani E (2025) Training in communication skills for healthcare providers in chronic care: a systematic review. *BMC Med Educ* 25(1):1314. doi:10.1186/s12909-025-07797-1
56. Widulle W (2020) *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit*, Bd 9. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden
57. Röhner J, Schütz A (2020) Begriffsbestimmungen. In: Röhner J, Schütz A (Hrsg) *Psychologie der Kommunikation*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 1–26
58. Dean M, Street RL (2014) A 3-stage model of patient-centered communication for addressing cancer patients' emotional distress. *Patient Educ Couns* 94(2):143–148. doi:10.1016/j.pec.2013.09.025
59. Back AL (2020) Patient-clinician communication issues in palliative care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 38(9):866–876. doi:10.1200/JCO.19.00128
60. Sardesai-Nadkarni AA, Street RL (2023) Understanding the pathways linking patient-centered communication to cancer survivors' emotional health: examining the mediating roles of self-efficacy and cognitive reappraisal. *J Cancer Surviv* 17(5):1266–1275. doi:10.1007/s11764-022-01170-7
61. Julia GJ, Romate J, Allen JG, Rajkumar E (2024) Compassionate communication: a scoping review. *Front. Commun.* 8. doi:10.3389/fcomm.2023.1294586
62. Bintliff AV, Levine RS, Kaplan-Liss E, Lantz-Gefroh V (2025) Improving Compassionate Communication Through a Train-the-Trainer Model: Outcomes and Mechanisms for Transformation. *Acad Med* 100(6):689–694. doi:10.1097/ACM.0000000000005993

63. Tunks Leach KJ, Barker M-E, Hales C, Holmberg B, Holmberg M, Jakimowicz S, Rook H, Sherwood G, Streit L, Levett-Jones T (2025) Perceptions of Empathic and Compassionate Healthcare Encounters: An International Exploratory Qualitative Descriptive Study. *Scand J Caring Sci* 39(2):e70006. doi:10.1111/scs.70006
64. Rogers CR (1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer Taschenbuch
65. Gilbert P (2013) Compassion focused therapy. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*
66. Kreis M, Arens EA, Hofmann SG, Stangier U (2025) Compassion-Focused Therapy und Metta-basierte Therapie: Ein systematisches Review. *Verhaltenstherapie* 35(2-3):78–90. doi:10.1159/000542737
67. Köhle K, Langewitz W (2018) Arzt-Patient-Kommunikation. In: Köhle K, Herzog W, Joraschky P, Kruse J, Langewitz W, Söllner W (Hrsg) *Uexküll. Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis*, 8. Aufl. Elsevier, S 289–323
68. Boström K, Dojan T, Hellmich M, Kreimeike K, Voltz R (2024) The double awareness of the wish to hasten death and the will to live: A secondary analysis of outlier patients from a mixed-methods study. *Palliat Med* 38(9):1042–1053. doi:10.1177/02692163241269689
69. Colosimo K, Nissim R, Pos AE, Hales S, Zimmermann C, Rodin G (2018) “Double awareness” in psychotherapy for patients living with advanced cancer. *J Psychother Integr* 28(2):125–140. doi:10.1037/int0000078
70. Miljanovski M, Mah K, Li A, Rydall A, McConnell MH, Shapiro GK, Hannon B, Zimmermann C, Rodin G (2026) Validation of the Double Awareness Scale: a novel measure of psychological adaptation to advanced cancer. *Psychooncology* 35(4):e70445. doi:10.1002/pon.70445
71. Riera-Serra P, Navarra-Ventura G, Castro A, Gili M, Salazar-Cedillo A, Ricci-Cabello I, Roldán-Espínola L, Coronado-Simsic V, García-Toro M, Gómez-Juanes R, Roca M (2024) Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 274(7):1543–1563. doi:10.1007/s00406-023-01716-5
72. Elliesen R, Glaesmer H, Koranyi S, Mehnert-Theuerkauf A (2022) Todeswünsche bei Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung: Eine explorative Analyse psychotherapeutischer Gespräche. *Psychother Psychosom Med Psychol* 72(1):18–25. doi:10.1055/a-1499-8082
73. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, Walther Veri S, Borasio GD (2017) Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 54(4):514–522. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019

74. Crespo I, Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Wilson KG, Porta-Sales J, Balaguer A (2020) Health-related quality of life in patients with advanced cancer who express a wish to hasten death: A comparative study. *Palliat Med* 34(5):630–638. doi:10.1177/0269216320904607
75. Galushko M, Frerich G, Perrar KM, Golla H, Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Voltz R (2016) Desire for hastened death: how do professionals in specialized palliative care react? *Psychooncology* 25(5):536–543. doi:10.1002/pon.3959
76. Kremeike K, Dojan T, Rosendahl C, Jünger S, Romotzky V, Boström K, Frerich G, Voltz R (2021) "Withstanding ambivalence is of particular importance" - Controversies among experts on dealing with desire to die in palliative care. *PLoS One* 16(9):e0257382. doi:10.1371/journal.pone.0257382
77. Kremeike K, Pralong A, Boström K, Bausewein C, Simon ST, Lindner R, Voltz R (2021) 'Desire to Die' in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. *Ann Palliat Med* 10(3):3594–3610. doi:10.21037/apm-20-381
78. Kremeike K, Perrar KM, Voltz R (Hrsg) (2023) *Palliativ & Todeswunsch*, 1. Aufl. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
79. Kremeike K, Perrar KM, Lindner R, Bostroem K, Montag T, Voltz R (2019) Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Palliativmedizin* 20(06):323–335. doi:10.1055/a-0733-2062
80. Kremeike K, Dojan T, Boström K, Voltz R (2022) Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung. *Ther Umsch* 79(1):61–66. doi:10.1024/0040-5930/a001329
81. Feichtner A (2022) Der Wunsch zu sterben. In: Feichtner A, Körtner U, Likar R, Watzke H, Weixler D (Hrsg) *Assistierter Suizid*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 3–10
82. Schmidt-Atzert L, Krumm S, Amelang M (2021) Diagnostische Verfahren. In: Schmidt-Atzert L, Krumm S, Amelang M (Hrsg) *Psychologische Diagnostik*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 209–476
83. Kissane DW (2012) The relief of existential suffering. *Arch Intern Med* 172(19):1501–1505. doi:10.1001/archinternmed.2012.3633
84. Vehling S, Kissane DW (2018) Existential distress in cancer: Alleviating suffering from fundamental loss and change. *Psychooncology* 27(11):2525–2530. doi:10.1002/pon.4872
85. Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F (2016) Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 16:260. doi:10.1186/s12888-016-0970-y
86. Verhofstadt M, Thienpont L, Peters G-JY (2017) When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry* 211(4):238–245. doi:10.1192/bjp.bp.117.199331

87. Kioko P, Requena P (2018) Towards a definition of unbearable suffering and the incongruence of psychiatric euthanasia. *Br J Psychiatry* 212(4):247–248. doi:10.1192/bjp.2018.47
88. Philipp R, Walbaum C, Koch U, Oechsle K, Daniels T, Helmich F, Horn M, Junghans J, Kissane D, Lock G, Lo C, Mruk-Kahl A, Müller V, Reck M, Schilling G, Schulze K, Felden J von, Bokemeyer C, Härter M, Vehling S (2025) Existential distress in advanced cancer: A cohort study. *Gen Hosp Psychiatry* 94:184–191. doi:10.1016/j.genhosppsy.2025.02.023
89. Philipp R, Kalender A, Härter M, Bokemeyer C, Oechsle K, Koch U, Vehling S (2021) Existential distress in patients with advanced cancer and their caregivers: study protocol of a longitudinal cohort study. *BMJ Open* 11(4):e046351. doi:10.1136/bmjopen-2020-046351
90. Kissane DW, Appleton J, Lennon J, Michael N, Chye R, King T, William L, Poon P, Kanathigoda S, Needham K, Bobevski I (2022) Psycho-Existential Symptom Assessment Scale (PeSAS) screening in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 64(5):429–437. doi:10.1016/j.jpainsymman.2022.08.002
91. Gabl C (2022) „Das Leiden muss ein Ende haben!“ Existenzielles Leiden und der Wunsch nach einem raschen Tod – ein belastendes Spannungsfeld für Palliativpatienten, Angehörige und Betreuungspersonen. In: Feichtner A, Körtner U, Likar R, Watzke H, Weixler D (Hrsg) *Assistierter Suizid*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 203–216
92. Kissane DW (2024) Education and assessment of psycho-existential symptoms to prevent suicidality in cancer care. *Psychooncology* 33(2):e5519. doi:10.1002/pon.5519
93. Kissane DW, Bobevski I, Appleton J, Michael N, King T, Moss G, Eng D, White A, Carboon D, Eade R, Keighley L (2023) Real world experience of change in psycho-existential symptoms in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 66(3):212–220.e2. doi:10.1016/j.jpainsymman.2023.05.015
94. Ramm M, Chung ML, Schnabel K, Schnabel A, Jedamzik J, Hesse M, Hach M, Radbruch L, Mücke M, Conrad R (2025) Pain in palliative cancer patients - analysis of the German National Palliative Care Registry. *J Pain Symptom Manage* 69(2):165–174. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.10.030
95. Stiel S, Matthes ME, Bertram L, Ostgathe C, Elsner F, Radbruch L (2010) Validierung der neuen Fassung des minimalen Dokumentationssystems (MIDOS(2)) für Patienten in der Palliativmedizin: deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). *Schmerz* 24(6):596–604. doi:10.1007/s00482-010-0972-5
96. Sautier LP, Vehling S, Mehnert A (2014) Assessment of patients' dignity in cancer care: preliminary psychometrics of the German version of the Patient Dignity Inventory (PDI-G). *J Pain Symptom Manage* 47(1):181–188. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.02.023

97. Michael N, Moore G, Appleton J, Kissane D (2025) Implementation of the psycho-existential symptom assessment scale in palliative care: Qualitative analysis of stakeholders perspectives. *Patient Educ Couns* 130:108419. doi:10.1016/j.pec.2024.108419
98. Weis J, Heckl U, Seuthe-Witz S (2021) Psychoedukative Interventionen mit Krebspatienten. *Das Therapiemanual*, 1. Aufl. Schattauer, Stuttgart
99. Tong E, Lo C, Moura S, Antes K, Buchanan S, Kamtapersaud V, Devins GM, Zimmermann C, Gallinger S, Rodin G (2019) Development of a psychoeducational intervention for people affected by pancreatic cancer. *Pilot Feasibility Stud* 5:80. doi:10.1186/s40814-019-0466-x
100. Wenzel J, Jaschke S (2024) Systemische Prozessgestaltung durch Auftragsklärung mit Zielearbeit. In: Hermans BE, Beermann A (Hrsg) *Systemische Psychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 163–182
101. Voltz R, Boström K, Dojan T, Rosendahl C, Gehrke L, Shah-Hosseini K, Kremeike K (2022) Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. *Palliat Med* 36(3):489–497. doi:10.1177/02692163211065671
102. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2022) Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen. https://www.bundestag.de/resource/blob/923402/Melching_DGfPM.pdf
103. Bundesärztekammer (2021) Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Deutsches Ärzteblatt* 118(29-30):A 1428-1432
104. Braun E, Henking T, Hempeler C, Schildmann J, Gather J (2026) Freiwilligkeit bei Anfragen nach Suizidassistenz. *Bundesgesundheitsbl* 69(3):326–333. doi:10.1007/s00103-026-04190-1
105. Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (o. J.) Suizidassistenz. Wir beziehen Stellung zur Suizidassistenz. <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidassistenz/>. Zugriffen: 02. Juli 2026
106. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C (2017) Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 7(9):e016659. doi:10.1136/bmjopen-2017-016659
107. Rodríguez-Prat A, Pergolizzi D, Crespo I, Julià-Torras J, Balaguer A, Kremeike K, Voltz R, Monforte-Royo C (2024) The wish to hasten death in patients with life-limiting conditions. A systematic overview. *J Pain Symptom Manage* 68(2):e91-e115. doi:10.1016/j.jpainsymman.2024.04.023

108. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmann-Sutter C (2014) What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care* 13:38. doi:10.1186/1472-684X-13-38
109. Feichtner A, Weixler D, Birklbauer A (2018) Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen: Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). *Wien Med Wochenschr* 168(7-8):168–176. doi:10.1007/s10354-018-0629-z
110. Radbruch L, Münch U, Maier B-O, Tolmein O, Alt-Epping B, Bausewein C, Becker G, Bullermann-Benend M, Doll A, Goudinoudis K, Grabenhorst U, Imbierowics K, Klein C, Letsch A, Mehne S, Müller A, Müller-Busch C, Nauck F, Nehls W, Neitzke G, Ostgathe C, Pfisterer M, Riedel A, Roser T, Voltz R, Haehling S von, Melching H (2019) Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken.
https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf
111. Gleich S, Schienhammer J, Peschel O, Graw M, Schäffer B (2024) Assistierte Suizide in München: angewendete Arzneistoffe und dokumentierte Komplikationen. *Rechtsmedizin* 34(6):402–408. doi:10.1007/s00194-024-00725-5
112. Wagner B, Hofmann L (2025) Psychosoziale Belastungen von An- und Zugehörigen im Kontext des assistierten Suizids: Ergebnisse einer spezialisierten Beratungsstelle. *Psychother Psychosom Med Psychol* 75(11):457–464. doi:10.1055/a-2633-6971
113. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK, Prigerson H (2009) Mental health outcomes of family members of Oregonians who request physician aid in dying. *J Pain Symptom Manage* 38(6):807–815. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.026
114. Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz APM (2003) Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 327(7408):189. doi:10.1136/bmj.327.7408.189
115. Bartsch C, Landolt K, Ristic A, Reisch T, Ajdacic-Gross V (2019) Assisted suicide in Switzerland: an analysis of death records from Swiss Institutes of Forensic Medicine. *Dtsch Arztebl Int* 116(33-34):545–552. doi:10.3238/arztebl.2019.0545
116. Montagna G, Junker C, Elfgen C, Schneeberger AR, Güth U (2023) Long-term development of assisted suicide in Switzerland: analysis of a 20-year experience (1999-2018). *Swiss Med Wkly* 153:40010. doi:10.57187/smw.2023.40010
117. Bundesamt für Statistik (2016) Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz. <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/3902305/master>. Zugriffen: 02. Juli 2026

118. Kim SYH, Vries RG de, Peteet JR (2016) Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry* 73(4):362–368. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2887
119. van Veen S, Widdershoven G, Beekman A, Evans N (2022) Physician assisted death for psychiatric suffering: experiences in the Netherlands. *Front Psychiatry* 13:895387. doi:10.3389/fpsyt.2022.895387
120. Marckmann G, Pollmächer T (2024) Assisted suicide in persons with mental disorders: a review of clinical-ethical arguments and recommendations. *Ann Palliat Med* 13(3):708–718. doi:10.21037/apm-23-472
121. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M (2007) Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. *Br J Psychiatry* 191:291–297. doi:10.1192/bjp.bp.106.035162
122. van den Berg V, van Thiel G, Zomers M, Hartog I, Leget C, Sachs A, Uiterwaal C, van Wijngaarden E (2021) Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Patients With Multiple Geriatric Syndromes. *JAMA Intern Med* 181(2):245–250. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6895
123. 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. *Dtsch Arztebl Int* 120(44):754–755. doi:10.3238/arztebl.m2023.0178
124. Fruhstorfer C, Kelly M, Spiegel L, Baylis PJ, Dembo J, Wiebe E (2024) Patient experiences with requests for medical assistance in dying. *Canadian family physician* (70):41–47
125. Opala D, Villiger E, Levenfus I (2026) Severe Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Leading to Assisted Suicide in a Patient in Her Late 30s: A Case Report. *Cureus* 18(5):e109798. doi:10.7759/cureus.109798
126. Pfingsten M, Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T, Casser H-R, Irnich D, Kaiser U, Klimczyk K, Lutz J, Schiltenswolf M, Seeger D, Zernikow B, Sabatowski R (2019) Sektorenübergreifende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie : Empfehlungen zu Struktur- und Prozessparametern der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. *Schmerz* 33(3):191–203. doi:10.1007/s00482-019-0374-2
127. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021) Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Berlin
128. Wiebe ER, Kelly M, Spiegel L, Menard J-F, Hawse E, Dickinson R (2023) Are unmet needs driving requests for Medical Assistance in Dying (MAiD)? A qualitative study of Canadian MAiD providers. *Death Stud* 47(2):204–210. doi:10.1080/07481187.2022.2042754

129. Schildmann J, Pollmächer T, Simon A, Sommerlatte S, Marckmann G (2026) Assistenz bei der Selbsttötung in Deutschland – erste Auswertung von Daten einer Berichtsplattform und mögliche Implikationen für die Entwicklung einer Leitlinie. Bundesgesundheitsbl 69(3):340–346. doi:10.1007/s00103-026-04196-9
130. Kraak-Steenken FWM, Renckens SC, Pasman HRW, Bosma F, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD (2024) Euthanasia and physician-assisted suicide in people with an accumulation of health problems related to old age: a cross-sectional questionnaire study among physicians in the Netherlands. Int J Public Health 69:1606962. doi:10.3389/ijph.2024.1606962
131. van den Berg V, van Thiel G, Zomers M, Hartog I, Leget C, Sachs A, Uiterwaal C, van Wijngaarden E (2021) Euthanasia and physician-assisted suicide in patients with multiple geriatric syndromes. JAMA Intern Med 181(2):245–250. doi:10.1001/jamainternmed.2020.6895
132. van Wijngaarden E, Leget C, Goossensen A (2015) Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. Soc Sci Med 138:257–264. doi:10.1016/j.socscimed.2015.05.015
133. Scheeres-Feitsma TM, van Laarhoven AJMK, Vries R de, Schaafsma P, van der Steen JT (2023) Family involvement in euthanasia or physician assisted suicide and dementia: A systematic review. Alzheimers Dement 19(8):3688–3700. doi:10.1002/alz.13094
134. Jansky M, Jaspers B, Radbruch L, Nauck F (2017) Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid : Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Bundesgesundheitsbl 60(1):89–98. doi:10.1007/s00103-016-2476-7
135. Schildmann J, Marckmann G (Hrsg) (2025) Ethikberatung in der Patientenversorgung. Ein Handbuch für die Praxis, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
136. Akademie für Ethik in der Medizin (2022) Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. https://aem-online.de/wp-content/uploads/2023/08/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24__geaendert_am_21.12.22_-1.pdf
137. Zingg I (2019) Sterben in Würde – Begleitet durch die Soziale Arbeit? soziales_kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge Soziale Arbeit (22):150–161
138. Ilklic I (2008) Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsbl 51(8):857–864. doi:10.1007/s00103-008-0606-6
139. Ritunga I, Claramita M, Widaty S, Soebono H (2024) Challenges and recommendations in the implementation of audiovisual telemedicine communication: a systematic review. Korean J Med Educ 36(3):315–326. doi:10.3946/kjme.2024.305

140. Humphrey A, May C, Cummins S, Stevenson F (2025) "I can't show them on the phone so it's what I say and I'm not saying a lot." – The loss of nonverbal and visual cues during telephone consultations, equity of access and the impact on marginalised patients: a qualitative study. *SSM - Qualitative Research in Health* 8:100604. doi:10.1016/j.ssmqr.2025.100604
141. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2016) Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistent in der Medizin. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer 113(15)
142. Jacobi P (2020) Barrierefreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg
143. Glaser J, Nouri S, Fernandez A, Sudore RL, Schillinger D, Klein-Fedyshin M, Schenker Y (2020) Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: an updated systematic review. *Med Decis Making* 40(2):119–143. doi:10.1177/0272989X19896348
144. Schatz T, Haberstroh J, Bindel K, Oswald F, Pantel J, Paulitsch M, Konopik N, Knopf M (2017) Improving comprehension in written medical informed consent procedures. *GeroPsych* 30(3):97–108. doi:10.1024/1662-9647/a000169
145. Petereit J Sozialberatung/Psychosoziale Beratung. In: Oechsle K, Scherg A (Hrsg) FAQ Palliativmedizin. Antworten – prägnant und praxisnah, 2. Aufl. Elsevier, München, S 256–264
146. McCollom J, Tsang M (2026) Reflecting on 25 years of SPIKES: bad news communication in our modern era. *Oncologist* 31(4). doi:10.1093/oncolo/oyag064
147. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K (2005) Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 55(3):164–177. doi:10.3322/canjclin.55.3.164
148. Bernacki RE, Block SD (2014) Communication about serious illness care goals: a review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 174(12):1994–2003. doi:10.1001/jamainternmed.2014.5271
149. Stoklossa C, Nau H (2022) Soziale Arbeit – ein zentraler Bestandteil der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden. In: Mehnert-Theuerkauf A, Antje Lehmann-Laue, Annina Seiler, Josef Jenewein (Hrsg) Psychoonkologie in der palliativen Versorgung. Ein Praxishandbuch, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 183–196
150. Student JC, Mühlum A, Student U (2020) Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care, 4. Aufl. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Ernst Reinhardt
151. Mahmoodi H (2025) Empowering patients through effective communication: The teach-back method as a tool for health literacy. *Health Promot Perspect* 15(3):211–212. doi:10.34172/hpp.025.44214

152. Danaher TS, Berry LL, Howard C, Moore SG, Attai DJ (2023) Improving How Clinicians Communicate With Patients: An Integrative Review and Framework. *Journal of Service Research* 26(4):493–510. doi:10.1177/10946705231190018
153. Institute of Medicine (2009) Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>. Zugriffen: 25. August 2026
154. Lieb K, Klemperer D, Kölbel R, Ludwig W-D (Hrsg) (2018) Interessenkonflikte, Korruption und Compliance im Gesundheitswesen. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
155. Pollmächer T (2023) Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht. *Nervenarzt* 94(7):625–630. doi:10.1007/s00115-023-01497-1
156. Nedopil N, Brieger P (2026) Assistierter Suizid: Begutachtung und Beurteilung der Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung. *Bundesgesundheitsbl* 69(3):334–339. doi:10.1007/s00103-026-04197-8
157. Grisso T, Appelbaum PS (1998) Assessing competence to consent to treatment. A guide for physicians and other health professionals. Oxford University Press, New York, Oxford
158. Scholten M, Haberstroh J (Hrsg) (2024) Entscheidungsassistenz und Einwilligungsfähigkeit bei Demenz. Ein Manual für die klinische Praxis und Forschung, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
159. Kupsch L, Gather J, Vollmann J, Nadolny S, Schildmann J (2025) Assessment of decisional capacity. A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide. *Eur Psychiatry* 68(1):e91. doi:10.1192/j.eurpsy.2025.10041
160. Hermann H, Feuz M, Trachsel M, Biller-Andorno N (2020) Decision-making capacity: from testing to evaluation. *Med Health Care Philos* 23(2):253–259. doi:10.1007/s11019-019-09930-6
161. Thomas-Hund C (2021) U-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit. In: Böhning A (Hrsg) Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie, 1. Aufl. Hogrefe, Bern, S 178–183
162. Beauchamp T, Childress J (2019) Principles of Biomedical Ethics, 8. Aufl. Oxford University Press, New York
163. Gather J, Scholten M (2022) Ethisches Spannungsfeld – Patientenselbstbestimmung und professionelle Fürsorge. In: Riedel A, Lehmeyer S (Hrsg) Ethik im Gesundheitswesen. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 1–10
164. Scholten M, Braun E, Gather J, Vollmann J (2021) Combining supported decision-making with competence assessment: a way to protect persons with impaired decision-

- p>making capacity against undue influence.
- Am J Bioeth*
- 21(11):45–47. doi:10.1080/15265161.2021.1980133
165. Fähndrich E, Stieglitz R (2016) Leitfaden zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Hofgrete, Göttingen
166. Wolfersdorf M, Etzersdorfer E (2011) Suizid und Suizidprävention. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
167. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K (2021) Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med* 10(3):3540–3553. doi:10.21037/apm-20-637
168. Faleiros F, Binati F, Bimbatti K, Vedana KGG, Carvalho e Silva J, Oliveira K  ppler C de, Sousa L, José H, Rabiais I, Almeida A, Albuquerque G (2023) Suicidal ideation in people with traumatic spinal cord injury. *Psychiatry International* 4(4):394–403. doi:10.3390/psychiatryint4040035
169. Schwartz J, Batzler Y-N, Schallenburger M, Scherg A, Jansen J, Meier S, K  ppers R, Melching H, Grabenhorst U, Nehls W, Bausewein C, Neukirchen M (2025) Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsbl* 68(2):141–149. doi:10.1007/s00103-024-03960-z
170. Schildmann J, Junghanss C, Oldenburg M, Schuler U, Trümper L, Wörmann B, Winkler E (2021) Role and responsibility of oncologists in assisted suicide. Practice and views among members of the German Society of Haematology and Medical Oncology. *ESMO Open* 6(6):100329. doi:10.1016/j.esmoop.2021.100329
171. Werner M, Pleschberger S, Heimerl K (2025) Sterbewünsche im hohen Alter. Eine qualitative Studie zur Perspektive von Pflegenden vor dem Hintergrund des assistierten Suizids. *Pflege* 38(5):258–265. doi:10.1024/1012-5302/a001034
172. Parra Jounou I, Trivi  o-Caballero R, Cruz-Piqueras M (2024) Correction: For, against, and beyond: healthcare professionals' positions on medical assistance in dying in Spain. *BMC Med Ethics* 25(1):99. doi:10.1186/s12910-024-01097-x
173. 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. doi:10.1055/a-2205-8841
174. Jentschke E, Rabe A, Armbrecht H, Lang FR, Heckel M (2024) Sterbewünsche im Kontext stationärer Altenpflegeeinrichtungen – Belastungen und Bedürfnisse von Pflegenden sowie Aspekte für eine einrichtungsinterne Diskussion und Positionsfindung. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 25(06):295–305. doi:10.1055/a-2355-2230
175. Dörmann L, Nauck F, Wolf-Ostermann K, Stanze H (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. doi:10.1089/pmr.2023.0019

176. Selby D, Wortzman R, Bean S, Mills A (2023) Perception of roles across the interprofessional team for delivery of medical assistance in dying. *J Interprof Care* 37(1):39–46. doi:10.1080/13561820.2021.1997947
177. Schildmann J, Dahmen B, Vollmann J (2015) Ärztliche Handlungspraxis am Lebensende. *Dtsch Med Wochenschr* 140(1):e1-6. doi:10.1055/s-0034-1387410
178. Feijoo-Cid M, Verdaguer M, Busquet-Duran X, Moreno-Gabriel E, Domènech M, Iñiguez-Rueda L, Vallès-Peris N, Beroiz-Groh P, Cantarell-Barella G, Torán-Monserrat P, Arreciado Marañón A (2025) Nursing care in assisted dying: Plasticity and relational commitment. *Nurs Ethics* 32(7):2044–2058. doi:10.1177/09697330251333378
179. Sandham M, Carey M, Hedgecock E, Jarden R (2022) Nurses' experiences of supporting patients requesting voluntary assisted dying: A qualitative meta-synthesis. *J Adv Nurs* 78(10):3101–3115. doi:10.1111/jan.15324
180. Ho A, Norman JS, Joolae S, Serota K, Twells L, William L (2021) How does Medical Assistance in Dying affect end-of-life care planning discussions? Experiences of Canadian multidisciplinary palliative care providers. *Palliat Care Soc Pract* 15:26323524211045996. doi:10.1177/26323524211045996
181. Bruce A, Beuthin R (2020) Medically assisted dying in Canada: "Beautiful death" is transforming nurses' experiences of suffering. *Can J Nurs Res* 52(4):268–277. doi:10.1177/0844562119856234
182. Bellens M, Debien E, Claessens F, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B (2020) "It is still intense and not unambiguous." Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *J Clin Nurs* 29(3-4):492–502. doi:10.1111/jocn.15110
183. Elmore J, Wright DK, Paradis M (2018) Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics* 25(8):955–972. doi:10.1177/0969733016679468
184. Pesut B, Thorne S, Storch J, Chambaere K, Greig M, Burgess M (2020) Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *J Clin Nurs* 29(19-20):3870–3881. doi:10.1111/jocn.15427
185. Sedgwick M, Brassolotto J, Manduca-Barone A (2024) Rural healthcare professionals' participation in Medical Assistance in Dying (MAiD): beyond a binary decision. *BMC Palliat Care* 23(1):107. doi:10.1186/s12904-024-01440-4
186. Parra Jounou I, Triviño-Caballero R, Cruz-Piqueras M (2024) For, against, and beyond: healthcare professionals' positions on Medical Assistance in Dying in Spain. *BMC Med Ethics* 25(1):69. doi:10.1186/s12910-024-01069-1
187. Pinto P, Fogarty GB, Kissane D (2025) Narrative review of the impact on physicians of administering euthanasia or physician-assisted suicide and its association with moral distress. *Palliat Support Care* 23:e115. doi:10.1017/S1478951525000240

188. Ward V, Freeman S, Callander T, Xiong B (2021) Professional experiences of formal healthcare providers in the provision of medical assistance in dying (MAiD): A scoping review. *Palliat Support Care* 19(6):744–758. doi:10.1017/S1478951521000146
189. Zeilinger EL, Vielgrader T-L, Petersen A, Meyer AL, Brunevskaya N, Unseld M (2025) Nurses' perspectives on assisted suicide: Challenges and support needs. *Soc Sci Med* 366:117663. doi:10.1016/j.socscimed.2024.117663
190. Wareing M (2025) Implications of assisted dying for nursing practice. *Nurs Ethics* 32(2):373–384. doi:10.1177/09697330251314096
191. Unseld M, Meyer AL, Vielgrader T-L, Wagner T, König D, Popinger C, Sturtzel B, Kreye G, Zeilinger EL (2025) Assisted suicide in austria: nurses' understanding of patients' requests and the role of patient symptoms. *Int J Environ Res Public Health* 22(2). doi:10.3390/ijerph22020218
192. Surzykiewicz J, Toussaint LL, Riedl E, Harder J-P, Loichen T, Büssing A, Maier K, Skalski-Bednarsz SB (2025) Perspectives on physician-assisted suicide among German hospice professionals: findings from a diagnostic survey. *Healthcare (Basel)* 13(7). doi:10.3390/healthcare13070763
193. Digby R, McDougall R, Gold M, Ko D, O'Driscoll L, Bucknall T (2022) Introducing Voluntary Assisted Dying: staff perspectives in an acute hospital. *Int J Health Policy Manag* 11(6):777–785. doi:10.34172/ijhpm.2020.216
194. Close E, Jeanneret R, Downie J, Willmott L, White BP (2023) A qualitative study of experiences of institutional objection to medical assistance in dying in Canada: ongoing challenges and catalysts for change. *BMC Med Ethics* 24(1):71. doi:10.1186/s12910-023-00950-9
195. Khoshnood N, Hopwood M-C, Lokuge B, Kurahashi A, Tobin A, Isenberg S, Husain A (2018) Exploring Canadian physicians' experiences providing medical assistance in dying: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage* 56(2):222-229.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2018.05.006
196. Piili RP, Hökkä M, Vänskä J, Tolvanen E, Louhiala P, Lehto JT (2024) Facing a request for assisted death - views of Finnish physicians, a mixed method study. *BMC Med Ethics* 25(1):50. doi:10.1186/s12910-024-01051-x
197. Brown J, Goodridge D, Thorpe L, Crizzle A (2021) "What is right for me, is not necessarily right for you": the endogenous factors influencing nonparticipation in medical assistance in dying. *Qual Health Res* 31(10):1786–1800. doi:10.1177/10497323211008843
198. Dumont I, Maclure J (2019) Objection de conscience et aide médicale à mourir: Une étude qualitative auprès de médecins québécois. *bioethics* 2(2):110–134. doi:10.7202/1065691ar
199. Beuthin R, Bruce A, Scaia M (2018) Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. *Nurs Forum* 53(4):511–520. doi:10.1111/nuf.12280

200. Archer M, Willmott L, Chambaere K, Deliens L, White BP (2025) Key challenges in providing assisted dying in Belgium: a qualitative analysis of health professionals' experiences. *Palliat Care Soc Pract* 19:26323524251318044. doi:10.1177/26323524251318044
201. Dholakia SY, Bagheri A, Simpson A (2022) Emotional impact on healthcare providers involved in medical assistance in dying (MAiD): a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMJ Open* 12(7):e058523. doi:10.1136/bmjopen-2021-058523
202. Bal N de, Dierckx de Casterlé B, Beer T de, Gastmans C (2006) Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): a qualitative study. *Int J Nurs Stud* 43(5):589–599. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.08.003
203. Castelli Dransart DA, Pedrazzini Scozzari E (2025) Assisted suicide within long-term care facilities for older adults: organizational issues and processes experienced by health and social care providers in Switzerland. *Front Psychiatry* 16:1537038. doi:10.3389/fpsyt.2025.1537038
204. Voorhees JR, Rietjens JAC, van der Heide A, Drickamer MA (2014) Discussing physician-assisted dying: physicians' experiences in the United States and the Netherlands. *Gerontologist* 54(5):808–817. doi:10.1093/geront/gnt087
205. Pühl H (Hrsg) (1990) *Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation*. Ed. Marhold, Berlin
206. Marckmann G, Schildmann J (2025) Ethikberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung. In: Schildmann J, Marckmann G (Hrsg) *Ethikberatung in der Patientenversorgung. Ein Handbuch für die Praxis*, 1. Aufl. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, S 138–147
207. Beer T de, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B (2004) Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics* 30(5):494–498. doi:10.1136/jme.2003.004028
208. Salomon F (2025) Der Wunsch nach assistiertem Suizid - Herausforderungen und praktische Erfahrungen aus der ambulanten Ethikberatung. In: Giese C, Rabe M, Salomon F (Hrsg) *Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege?* De Gruyter Oldenbourg, Berlin, S 205–230
209. Schildmann J (2026) Suizidprävention und verantwortbarer Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz in Sachsen-Anhalt. 1. Netzwerktreffen an der Universitätsmedizin Halle stößt auf große Resonanz. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* (37(7/8))
210. Yan H, Bytautas J, Isenberg SR, Kaplan A, Hashemi N, Kornberg M, Hendrickson T (2023) Grief and bereavement of family and friends around medical assistance in dying: scoping review. *BMJ Support Palliat Care* 13(4):414–428. doi:10.1136/spcare-2022-003715

211. Gamondi C, Pott M, Forbes K, Payne S (2015) Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* 5(2):146–152. doi:10.1136/bmjspcare-2013-000483
212. Castelli Dransart DA, Pillonel A (2025) "I thought I was ready": Experiences and feelings of significant others and professionals on the assisted suicide day. Results from observations and interviews. *Death Stud*:1–14. doi:10.1080/07481187.2025.2547236
213. Renckens SC, Pasma HR, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD (2024) Aftercare provision for bereaved relatives following euthanasia or physician-assisted suicide: a cross-sectional questionnaire study among physicians. *Int J Public Health* 69:1607346. doi:10.3389/ijph.2024.1607346
214. Boven C, Dillen L, Dierickx S, van den Block L, Piers R, van den Noortgate N, van Humbeeck L (2023) Relatives' experiences of being involved in assisted dying: a qualitative study. *Qual Health Res* 33(13):1154–1164. doi:10.1177/10497323231196827
215. Wagner B, Hofmann L (2026) Die Rolle der Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids: Herausforderungen und Unterstützungsbedarf. *Bundesgesundheitsbl* 69(3):319–325. doi:10.1007/s00103-026-04194-x
216. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Elwyn G, Vissers KC, van Weel C (2013) Perspectives of decision-making in requests for euthanasia: a qualitative research among patients, relatives and treating physicians in the Netherlands. *Palliat Med* 27(1):27–37. doi:10.1177/0269216312463259
217. Beuthin R, Bruce A, Thompson M, Andersen AEB, Lundy S (2022) Experiences of grief-bereavement after a medically assisted death in Canada: Bringing death to life. *Death Stud* 46(8):1982–1991. doi:10.1080/07481187.2021.1876790
218. Gamondi C, Fusi-Schmidhauser T, Oriani A, Payne S, Preston N (2019) Family members' experiences of assisted dying: A systematic literature review with thematic synthesis. *Palliat Med* 33(8):1091–1105. doi:10.1177/0269216319857630
219. Gamondi C, Pott M, Preston N, Payne S (2018) Family caregivers' reflections on experiences of assisted suicide in Switzerland: a qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage* 55(4):1085–1094. doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.12.482
220. Ohm S, Bozzaro C (2025) Experience reports from active volunteer members in German right-to-die organisations through qualitative content analysis. *BMC Med Ethics* 26(1):98. doi:10.1186/s12910-025-01263-9
221. Boven C, van Humbeeck L, van den Block L, Piers R, van den Noortgate N, Dillen L (2023) Bereavement care and the interaction with relatives in the context of euthanasia: A qualitative study with healthcare providers. *Int J Nurs Stud* 140:104450. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104450

222. Wagner B, Boucsein V, Maercker A (2011) The impact of forensic investigations following assisted suicide on post-traumatic stress disorder. *Swiss Med Wkly* 141:w13284. doi:10.4414/smw.2011.13284
223. Andriessen K, Krysinska K, Castelli Dransart DA, Dargis L, Mishara BL (2020) Grief after euthanasia and physician-assisted suicide. *Crisis* 41(4):255–272. doi:10.1027/0227-5910/a000630
224. Wagner B, Müller J, Maercker A (2012) Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *Eur Psychiatry* 27(7):542–546. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.12.003
225. Maercker A, Forstmeier S,ENZLER A, Krüsi G, Hörler E, Maier C, Ehlert U (2008) Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry* 49(2):113–120. doi:10.1016/j.comppsy.2007.07.002
226. Laperle P, Achille M, Ummel D (2024) To lose a loved one by medical assistance in dying or by natural death with palliative care: a mixed methods comparison of grief experiences. *Omega (Westport)* 89(3):931–953. doi:10.1177/00302228221085191
227. Rechenberg-Winter P, Fischinger E (2018) *Kursbuch systemische Trauerbegleitung*, 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
228. Goldberg R, Nissim R, An E, Hales S (2021) Impact of medical assistance in dying (MAiD) on family caregivers. *BMJ Support Palliat Care* 11(1):107–114. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001686
229. Ullrich A, Bergelt C, Marx G, Daubmann A, Benze G, Heine J, Dickel L-M, Wowretzko F, Zhang Y, Bokemeyer C, Nauck F, Oechsle K (2024) The CAREPAL-8: a short screening tool for multidimensional family caregiver burden in palliative care. *BMC Palliat Care* 23(1):195. doi:10.1186/s12904-024-01480-w
230. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2002) *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Manual und Testunterlagen. Pfizer, Karlsruhe
231. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004) Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica* 50(4):171–181. doi:10.1026/0012-1924.50.4.171
232. Laireiter A-R (1993) ISEL-d: Skala der wahrgenommenen interpersonalen Unterstützung. Deutschsprachige Version der ISEL-Skala von Cohen und Hoberman. In: Westhoff G (Hrsg) *Handbuch psychosozialer Meßinstrumente*. Hogrefe, Göttingen, S 452–456
233. Kocalevent R-D, Berg L, Beutel ME, Hinz A, Zenger M, Härter M, Nater U, Brähler E (2018) Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *BMC Psychol* 6(1):31. doi:10.1186/s40359-018-0249-9

234. Dimitrov N, Brähler E, Hering T, Glaesmer H, Zenger M (2025) Normative values and psychometric properties of the Oslo Social Support Scale-3 (OSSS-3) for adults aged 60 to 85 years. *Eur J Ageing* 22(1):32. doi:10.1007/s10433-025-00867-9
235. Glaesmer H, Romppel M, Braehler E, Hinz A, Maercker A (2015) Adjustment Disorder as proposed for ICD-11: dimensionality and symptom differentiation. *Psychiatry Res* 229:940–994
236. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J, Smith KV, Maciejewski PK (2021) Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 20(1):96–106. doi:10.1002/wps.20823
237. Holm M, Alvariza A, Fürst C-J, Öhlen J, Årestedt K (2019) Psychometric evaluation of the anticipatory grief scale in a sample of family caregivers in the context of palliative care. *Health Qual Life Outcomes* 17(1):42. doi:10.1186/s12955-019-1110-4
238. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, Karatzias T, Hyland P (2018) The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand* 138(6):536–546. doi:10.1111/acps.12956
239. Christen D, Killikelly C, Maercker A, Augsburger M (2021) Item response model validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD. *Clin Psychol Eur* 3(4):e5501. doi:10.32872/cpe.5501
240. Haun MW, Schakowski A, Preibsch A, Friederich H-C, Hartmann M (2019) Assessing decision regret in caregivers of deceased German people with cancer - A psychometric validation of the Decision Regret Scale for Caregivers. *Health Expect* 22(5):1089–1099. doi:10.1111/hex.12941
241. Roest B, Trappenburg M, Leget C (2019) The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics* 20(1):23. doi:10.1186/s12910-019-0361-2
242. Boven C, Shapiro GK, van Humbeeck L, Dillen L, van den Noortgate N, Rodin G (2026) What about the family? A content analysis of international legislative frameworks and guidelines on assisted dying. *Policy Polit Nurs Pract* 27(2):96–107. doi:10.1177/15271544251408789
243. Kaplow J, Da Silva L, Hill R, Mooney M, Rooney E, Yudovich S (2019) Talking to your child about a suicide death: A guide for parents and caregivers. https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/talking_to_your_child_about_a_suicide_death_.pdf. Zugegriffen: 14. Juli 2026
244. Cain AC (2002) Children of suicide: the telling and the knowing. *Psychiatry* 65(2):124–136. doi:10.1521/psyc.65.2.124.19937
245. Paul C (2019) Suizidtrauer bei Kindern und Jugendlichen angstfrei unterstützen. AGUS-Schriftenreihe. Hilfe in der Trauer nach Suizid, Band 1, Bayreuth

- 246. Mitchell AM, Wesner S, Brownson L, Gale DD, Garand L, Havill A (2006) Effective communication with bereaved child survivors of suicide. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 19(3):130–136. doi:10.1111/j.1744-6171.2006.00060.x/
- 247. Wagner B (2013) Spezifische Todesumstände und Trauergruppen. In: Wagner B (Hrsg) *Komplizierte Trauer*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S 33–86
- 248. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. <https://www.awmf.org/regelwerk/>

Versionsnummer:	1.0
Erstveröffentlichung:	22.10.2026
Nächste Überprüfung geplant:	21.10.2028

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online

13. Anhang

13.1 Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der Leitliniengruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden. Finanzielle Interessen an der Durchführung wurden als hohe Interessenkonflikte und Beteiligung an Organisationen zum Thema Suizidassistenten beziehungsweise Fortbildungen mit finanzieller Honorierung als mittlere und geringe Interessenkonflikte gewertet.

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
MScN Albers, Anja	Nein	Nein	DNAPN, Medizinische Universität Wien (IERM) UKE, Deutscher Pflegekongress Berlin	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP)	Nein	Nein	Mitglied: DGP DNAPN e.V. DGF AEM DIVI, Wissenschaftliche Tätigkeit: End-of-Life Care und Ethische Entscheidungsfindungen auf der Intensivstation, Klinische Tätigkeit: Intensivpflege von neurologisch schwersterkrankten Menschen sowie deren Angehörigen. Hilfe zur Selbsthilfe bei schwierigen Entscheidungsfindungen in der letzten Lebensphase auf der Intensivstation, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Nein, Persönliche Beziehung: Nein	Themenbezug: keinen Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Alt-Epping, Bernd	Nein	Nein	Nein	BMS	Nein	Nein	Mitglied: Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der DKG (APM) Vorstandsmitglied der Dt. Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Ethik, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Anselm, Reiner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Evangelische Kirche in Deutschland, Wissenschaftliche Tätigkeit: Medizinische Ethik, u.a. auch Suizidassistent aus der Perspektive der evangelischen Ethik	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Bauer, Dagmar	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Klinische Tätigkeit: Palliativbeauftragte, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Schulung für Palliativansprechpartner am Klinikum Stuttgart	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Bausewein, Claudia	Nein	Nein	diverse Vorträge für Krankenhäuser, Vereine, nicht pharmazeutische Industrie	Nein	Universität Göttingen Helmholtz Zentrum München IBE München, King's College London, Uni Erlangen Uni Halle, Nein, Nein, Nein, Nein, Nein	Nein	Mitglied: Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Mitglied: Co-Koordinatorin S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbaren Krebserkrankungen, Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Mitglied: Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, Wissenschaftliche Tätigkeit:	Themenbezug: kein Themenbezug (Schulungen/Forschung zum Thema nicht als IK bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Betreuung von Patienten mit Atemnot aufgrund fortgeschrittener Erkrankungen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Komplexität und Outcome Messung in der Palliativversorgung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gezielte Sedierung am Lebensende, Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Umgang mit Todeswünschen und Suizidassistenz, Klinische Tätigkeit: Palliativversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung der Christophorus Akademie für Palliativmedizin an der Klinik für Palliativmedizin LMU Klinikum München	
Dr. Berberich, Götz	Gerichte (z.B. Sozialgericht), Bayerische Landesärztekammer	Nein	Lehrtätigkeit: Psychotherapie-Ausbildungsinsitute (VFKV; ...)	Schattauer-Verlag, Deutscher Ärzteverlag	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) - Vorstandsmitglied, Mitglied: DKPM, DGPT, DÄVT, MAP, BPM, EAPM, PBV, DGZ (Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen)- Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, Burn-out, Psychosomatik, Psychoonkologie. Versorgungsforschung Grundlagenforschung zu psychischen und psychosomatischen	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Störungen , Klinische Tätigkeit: Depressionen, Burnout, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Somatoforme Störungen, Psychoonkologie. Traumafolgestörungen, Angststörungen , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ärztesgesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneipp-Ärztebund: Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	
Dr Bock, Felix	Nein	Nein	Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Grünenthal Meds, Kyowa Kirin, Novartis, Janssen , LAGUS MV, Grünenthal	Nein	Universität Kiel	Nein	Mitglied: DEGRO e.V. Fachgesellschaft für die Strahlentherapie, normales Mitglied, Mandatsträger, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Mitglied, Mitglied: DGfC e.V. Verband für Coaches, Mitglied, Mitglied: Trauerlotsen e.V., Vorstandsvorsitzender, Mitglied: Ökumenischer ambulanter Hospizdienst Rostock, Sterbebegleiter, Wissenschaftliche Tätigkeit: Lungenkarzinom, zirkulierende Tumor-DNA und Rektumkarzinom, Klinische Tätigkeit: Patientenversorgung Strahlentherapie, ambulanter Bereich, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehre an der Universitätsmedizin Rostock	Themenbezug: kein thematischer Bezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Dinkel, Andreas	Nein	Nein	IFT-Gesundheitsförderung, Coliquio	Deutsches Ärzteblatt	Nein	Nein	Mitglied: AG für Psychoonkologie (PSO) in der DKG; Vorstandsmitglied, Mitglied: Mitglied International Psychooncology Society (IPOS); Mitglied der Interessengruppe "Fear of Cancer Recurrence", Mitglied: Mitglied Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, Mitglied: Stellvertretender Sprecher AG Psychoonkologie im Netzwerk Onkologische Spitzenzentren, Mitglied: Stellvertretender Sprecher Projektgruppe Psychoonkologie am Tumorzentrum München (TzM), Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychoonkologie - psychische Belastung von Krebspatienten und psychoonkologische Versorgung Psychosoziale Aspekte chronischer Krankheiten Psychotherapie PRO und PROM, Klinische Tätigkeit: Psychoonkologischer Konsiliar- und Liaisondienst Psychoonkologische Ambulanz	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. med. Engel,	Simon-Kucher Partners GmbH	Nein	Novartis Pharma GmbH,	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V., Mitglied:	Themenbezug: kein Themenbezug

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Alice	Willy-Brandt-Allee 13 53113 Bonn Germany		Novartis Pharma GmbH, Lundbeck GmbH, diaphan GmbH und Medice Arzneimittel Pütter GmbH Co. KG, diaphan GmbH und Medice Arzneimittel Pütter GmbH Co. KG, Medice GmbH				Berufsverband Deutscher Psychiater e.V., Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN), Klinische Tätigkeit: Diagnostik und Therapie von Therapieresistenten Depressionen, ADHS	Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Erbguth, Frank	Neurowissenschaftliche Begutachtungen b. Gerichten und Versicherungen	Erstellung von Patientenmaterialien zur Myasthenie-Erkrankung in Kooperation mit Alexion Pharma	3 Vorträge zu Themen der Geriatrie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Wissenschaftliche (Fach-)Gesellschaften: Funktionen: DGNB (1. Vorsitzender), Deutsche Hirnstiftung b(Präsident) Mitgliedschaften: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Ges. f. Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin (DGNI), GN, DGNI, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Deutsche Myasthenie Gesellschaft (DMG), Deutsche Dystonie Gesellschaft (DDG), Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG), Deutsche Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie (DGKN), Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), Wissenschaftliche Tätigkeit: Gesamtspektrum der Neurologie,	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Medizinethik, Klinische Tätigkeit: Bis 03/2022: als Chefarzt => Gesamtspektrum der Neurologie, Seit 2022: kassenärztliche Ermächtigungsambulanz für Bewegungsstörungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorlesungstätigkeit an der Paracelsus Medizinischen Universität zu (1) Medizinethik (2) "Medical Humanities"	
Dr. med. Farr, Luise	Nein	Nein	Hospiz- und Palliativarbeit Schleswig-Holstein, Kompetenzzentrum Weiterbildung Mecklenburg-Vorpommern, Praxis Dr. Sabine Wagner Berlin, Palliativnetz Horizont gGmbH	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: Lehre evidenzbasierter Medizin in medizinischer Aus- und Weiterbildung (PEBB - Patient:innen evidenzbasiert beraten und behandeln), Wissenschaftliche Tätigkeit: HAPASS - Hausärztliche Perspektiven auf den assistierten Suizid, 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, Klinische	Themenbezug: Kein Themenbezug - Vortragstätigkeit kein relevanter IK Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Jena, Klinische Tätigkeit: Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Universitätsklinikum Jena, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kompetenzzentrum Weiterbildung Mecklenburg-Vorpommern: "Ärztliche Suizidassistenz (k)ein Thema für die hausärztliche Praxis?", Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Thüringer Tag der Allgemeinmedizin: „Frau Doktor, bitte helfen Sie mir beim Sterben!“ - Anfragen nach Suizidassistenz in der hausärztlichen Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Hausärztlicher Qualitätszirkel Dr. med. Sabine Wagner, Berlin: „Frau Doktor, bitte helfen Sie mir beim Sterben!“ - Anfragen nach Suizidassistenz in der hausärztlichen Praxis	
Fiedler, Georg	DASP	Nein	diverse	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention Deutsche Akademie für Suizidprävention, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizid, assistierter Suizid und Suizidprävention	Themenbezug: Kein Themenbezug - Vortragstätigkeit / Beratung nicht im Sinne von IK relevant Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. med. Fuchs, Stephan	Nein	Nein	pharm-unabhängigen Fortbildungsinstituten/Einrichtungen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: keine Mitgliedschaft in Interessensverbänden, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Tätigkeit	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Führer, Monika	Nein	Nein	Nein	Nein	Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung , Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention	Nein	Mitglied: Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie GPOH - PallPOH, Mitglied: Gesellschaft für Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsstrukturen in der Kinderpalliativmedizin Advance Care Planning in der Kinderpalliativmedizin Perinatale Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Pädiatrische Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitentwicklung und Supervision der MAPPS-Schulungen zu pädiatrischem ACP im Kinderpalliativzentrum München, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung von Weiterbildungskursen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Persönliche Beziehung: keine	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
RA Prof. Dr. med. Gaidzik, Peter W.	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Priv.-Doz. Dr. Gather, Jakob	Nein	Nein	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN),	Nein	1) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) , 2) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 3) Bundesministerium der Justiz (BMJ),	Nein	Mitglied: Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) Koordinator der interdisziplinären AG "Ethik in der Psychiatrie" in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) und Koordinator des Netzwerks "Ethikberatung in der Psychiatrie" , Mitglied: Deutsche	Themenbezug: Kein Themenbezug (Vorträge, Seminare und Forschung zum Thema zwar inhaltlich relevant, aber nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum Westfalen GmbH Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund, ZNS Tage Köln (Diaplan GmbH), DGPPN, LVR Klinik Köln, kbo-Isar-Amper-Klinikum Haar, FernUniversität in Hagen, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Kiel), EvK Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Gesundheitsethik Hannover, Krankenhaus des Maßregelvollzugs Krankenhausbetrieb des Landes Berlin, FoMF		FoRUM Forschungsförderung an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum, Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Bundesministerium für Forschung, Technologie und Raumfahrt (BMFTR)		Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Mitglied der Kommission "Ethik und Recht", Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Mitglied der Jury für den jährlich zu vergebenden "Ulrike-Fritz-Lindenthal-Preis - Förderpreis zur Entstigmatisierung und Autonomie psychisch kranker Menschen" in der DGPPN, Mitglied: Mitglied der FOSTREN COST Action "Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services", Mitglied: Mitglied der European Violence in Psychiatry Research Group (EviRPG), Mitglied: Mitglied/Koordinator des Arbeitskreises "Gewalt und Zwang in der Psychiatrie (Nord)", Wissenschaftliche Tätigkeit: Ethik in der Psychiatrie, insbesondere Konzeption und Rechtfertigung von Zwang, Voraussetzungen, Selbstbestimmung/ Einwilligungsfähigkeit, gesundheitliches Wohl, Sicherheit, klinische Ethikberatung, Diskriminierung und epistemische Ungerechtigkeit, assistierter Suizid, Klinische Tätigkeit: Akutpsychiatrie, Affektive Störungen, Forensische Psychiatrie, Gefährdungspsychiatrie,	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			GmbH, AWO Bundesverband e.V., Psychiatrie Baselland, Thales-Akademie für angewandte Philosophie gGmbH, Masterstudiengang Medizinethik UNIVERSITÄTS MEDIZIN der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, KNFP AG Zollikerstrasse 214 8008 Zürich, FoMF GmbH				Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitinitiator und Mitausrichter der jährlich stattfindenden "Netzwerktreffen klinische Ethikberatung in der Psychiatrie" in Zusammenarbeit mit der AEM und der DGPPN, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Mitinitiator und Mitausrichter der Schulung (Grund- und Moderationskurs) "Ethikberatung in der Psychiatrie" in Zusammenarbeit mit der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)	
Prof. Dr. med. habil. Gleich, Sabine	entfällt	Fachzeitschrift Hygiene und Medizin	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Klinikum rechts der Isar	Nein	Institut für Rechtsmedizin der LMU	entfällt	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Tätigkeit als Vizepräsidentin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Infektiologie und Hygiene Rechtsmedizin, siehe auch oben gemachte Angaben, Klinische Tätigkeit: entfällt, da Amtsärztin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: entfällt, Persönliche Beziehung: entfällt	Themenbezug: Forscht zum Thema, aber kein Interessenkonflikt. Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Heidenreich, Thomas	Nein	BIP - Bodenseeinstitut für Psychotherapie, Zeitschrift "Verhaltenstherapie undn Psychosoziale Praxis"	diverse Psychotherapie-Aus- und Weiterbildungsinststitute	Andrea Chmitorz, Alexander Noyon,...	BMBF	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Sucht, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kognitiv-behaviorale Ansätze in Beratung und Therapie, Existenzielle Ansätze, Achtsamkeit, Substanzprävention,	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Kissinger, Gunthard	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Kopf, Daniel	Fa. Boehringer-Ingelheim	Fa. Pfizer	Novartis	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Klinische Tätigkeit: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Persönliche Beziehung: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Persönliche Beziehung: Akademie für Psychotherapie und Seelsorge	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Kupsch, Leonie	Nein	Nein	Nein	Nein	DFG-Verbundprojekt	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Ethische Fragen am Lebensende, Wissenschaftliche Tätigkeit: Selbstbestimmungsfähigkeit und	Themenbezug: Kein Themenbezug bzw. wiss Arbeiten zum Thema nicht relevant im Sinne von IK

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Freiverantwortlichkeit	Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. med. Lewitzka, Ute	Nein	Nein	Janssen Cilag GmbH	Nein	Nein	entfällt	Mitglied: Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention e.V. sowie Mitglied der AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens , Mitglied: Vorsitzende des Werner-Felber-Institutes für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen e.V. , Mitglied: Leitung Referat Suizidologie der DGPPN, Mitglied: Leitung der AG Suizidforschung Zentrum für Psychische Gesundheit Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Universitätsklinikum Frankfurt - Goethe Universität , Wissenschaftliche Tätigkeit: Zahlreiche interdisziplinäre Forschungsprojekte zum Thema Suizidalität über Promotionsarbeiten zahlreiche Publikationen sowie fortlaufende Fort- und Weiterbildungen zum Thema Suizidalität, Klinische Tätigkeit: ambulante Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen, Persönliche Beziehung: entfällt	Themenbezug: Kein Themenbezug - wiss. und weitere Arbeiten zur Suizidprävention/Suizidassistent z nicht relevant im Sinne von IK Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Lindner, Reinhard	Nein	Nein	Nein	Nein	LVR-Klinik Köln, Uni Halle Projekt: Suizidprävention	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Mitglied: Deutsche Akademie für Suizidprävention stv. Vorsitzender, Mitglied: DGPT,	Themenbezug: Kein Themenbezug - wiss und weitere Arbeiten zur Suizidprävention keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
					Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven, -Klinik Köln, Uni Halle/Wien Projekt: Förderung von suizidpräventiven Kenntnissen in Institutionen und Gesellschaft - Suikom, Museum für Sepulkralkultur Projekt: Beratungseinheit anlässlich der Ausstellung "Suizid. Let's talk about it" , UKE, Kinder- und Jugendpsychiatrie, UKE, Institut f. Psychotherapie, Uni Potsdam, UKE, Institut f. Psychotherapie, Uni Würzburg, Medienwissenschaftliche n, Macromedia Hochschule Frankfurt, Mediendesign, Deutsche Akademie für Suizidprävention, KS		Mitglied: DGG, Mitglied: DGPPN, Mitglied: APH , Mitglied: IASP, Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland, Mitglied: DGGG - Deutsche GEsellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Projekte s.o., seit 2020 19 Originalarbeiten zum Thema Suizid, 12 Buchbeiträge zum Thema Suizid, diverse Vorträge, Klinische Tätigkeit: Psychodynamische Psychotherapie in freier Praxis, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: APH Hamburg, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: AEMI Hamburg, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Institut für Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung	Relevanz für IK Bewertung Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Lipp, Volker	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: ZEKO BÄK: Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen (bis 2023) Deutscher Ethikrat (bis 4/2024), Wissenschaftliche Tätigkeit:	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Medizinrecht, Familienrecht, Klinische Tätigkeit: --, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: --, Persönliche Beziehung: --	
Prof. Dr. Marckmann, Georg	Nein	Continentale Krankenversicherung, EU-Projekt PROFID (Helios Health Institute)	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Präsident Akademie für Ethik in der Medizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Vorstandsmitglied ACP Deutschland (vormals: Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus planen (DiV-BVP)), Klinische Tätigkeit: Vorstandsmitglied Gesellschaft für Recht und Politik in Gesundheitswesen (GRPG)	Themenbezug: Kein-Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Mayer, Michael	Nein	Nein	Carum-Akademie Uniklinik Dresden, ZiP Südwürttember, Bildungswerk Irsee, SAPV-Team Kaufbeuren (Supervision)	Schlütersche, Bildungsverlag EINS GmbH, Hogrefe	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP), Mitglied des Vorstands, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Akademie der Bezirkskliniken Schwaben	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. med. Mumm, Friederike	Nein	Nein	Nein	From Testing to Targeted Treatments (FT3) Program	Nein	Nein	Mitglied: - Mandatsträgerin S3 Supportive Therapie Onkologie Cervix-Ca, S2k-Leitlinie Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung; Mandatsträgerin DGHO S3 Palliativmedizin S3 Umgang mit Suizidalität (UmS)	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							- Mitglied der Projektgruppe „Shared Decision Making“ und "Patientenorientierung" Bayerisches Zentrum für Krebsforschung (BZKF) - Co-Vorsitzende, DGHO Arbeitsgruppe "Psycho-Onkologie" - Vorsitzende der Projektgruppe Psychoonkologie am Tumorzentrum München (TZM) mit dem Netzwerk Psychosoziale Onkologie München (N-PSOM) - Gründungsmitglied, Klinisches Ethikkomitee, LMU Klinikum München - Mitglied AG Psychoonkologie des CCC-Netzwerks, DKH , Klinische Tätigkeit: Psycho-Onkologie WB Palliativmedizin	
Prof. Dr. med. Müller-Werdan, Ursula	Nein	5. Mund ZARR Advisory Board	B.R.A.H.M.S., Pfizer, Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Universitätsklinikum Regensburg, Paul-Gerhard-	Elsevier Verlag, Springer Verlag, Springer Verlag, Kohlhammer Verlag, Springer Verlag, Paul-Gerhard-Stiftung, Deutsche Gesellschaft	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer, Mitglied: Werner- und Maren-Otto-Stiftung, Mitglied: Deutsche Seniorenliga, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Kardiologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Mitglied: Deutsche Sepsis Stiftung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Alterskrankheiten insbesondere Herz-/Kreislauferkrankungen,	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Stiftung, Paul-Gerhard-Stiftung, Paul-Gerhard-Stiftung	für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Paul-Gerhard-Stiftung, D-A-CH-Gesellschaft Prävention Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Paul-Gerhard-Stiftung, Pfizer Pharma GmbH, Pfizer Pharma GmBH, FomF Fortbildung, Tillotts Pharma GmbH, C.T.I GmbH, Astra Zeneca			Mechanismen der Organalterung, Herzdysfunktion bei Sepsis und Entzündung, Sarkopenie und Gebrechlichkeit, Klinische Tätigkeit: Klinikdirektorin/ Ärztliche Leitung stationärer und teilstationärer Geriatrie	
Nau, Hans	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der AG Palliative Care in der DVSG	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Neitzke, Gerald	Nein	Wiss. Beirat im Forschungsprojekt AGREE, an der MHH (Institut für	div. Kliniken mit Fortbildungen zur Klinischen Ethikberatung,	Nein	BMBF	Nein	Mitglied: Mitglied in der Akademie für Ethik in der Medizin (Fachgesellschaft) Mitglied in der DIVI	Themenbezug: kein Themenbezug (Forschung/Fortbildungen zu Ethik/Ethikberatung am

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
		Allgemeinmedizin)	Zentrum für Gesundheitsethik, Qualifizierungsprogramm Ethikberatung Hannover, A.I.M.: ärztliche Fortbildung Palliativmedizin				(Fachgesellschaft), Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Ethik, Ethikberatung, Ethik am Lebensende, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Kooperationspartner im Qualifizierungsprogramm Ethikberatung Hannover	Lebensende nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Perrar, Klaus Maria	keine	keine	Fortbildungen der DAGPP (unabhängig) Dr. Mildred Scheel Akademie Köln (unabhängig) Klinikum Herford (unabhängig) SAPV No Pain Rhein-Erftkreis (unabhängig) Mannheim Geriatrie (unabhängig)	a) Thiemeverlag und b) Kohlhammerverlag c) Elsevier Verlag	keine	keine	Mitglied: Mitglied: DGGPP, DED, DGP, DGGG Vorstand: Alzheimer Gesellschaft Kreis Düren, Hospizbewegung Düren-Jülich, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: seit 15.11.2021 keine mehr, davor Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Themenbezug: kein Themenbezug (Fortbildungen zu Todeswünschen nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Petereit, Johannes	IQTIG	Nein	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied im Gesamtvorstand der DVSG, Mitglied: Mitglied in der Ethik-Kommission des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit (DBSH), Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			(DVSG), PubliCare und ResMed, VAMED Reha-Klinik Lehmrade				der Onkologie (ASO) der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), Wissenschaftliche Tätigkeit: Entlassmanagement, sozialrechtliche Beratung und Intervention, Sozialarbeiterisches Case Management, Ethikberatung, Berufsethik der Sozialen Arbeit	
Prof. Dr. Pollmächer, Thomas	Begutachtungen für den Innovationsfond	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGPPN (Präsident, past-Präsident, Vorsitz Kommission Ethik und Recht. , Wissenschaftliche Tätigkeit: Ethik und Recht im Kontext der Psychiatrie, Klinische Tätigkeit: Klinische Psychiatrie	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Pundt, Heidrun	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DBfK Nordwest	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Richter, Brigitte	Nein	nein	DGBS	Nein	nein	nein	Mitglied: Pandora SH PE e.V. Nürnberg/ Außenbeauftragte, Wissenschaftliche Tätigkeit: Früherkennung Schizophrenie, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Riedel, Annette	Nein	Nein	Nein	Nein	BMG	Nein	Mitglied: Mandatsträgerin der Akademie für Ethik in der Medizin Hier war ich von 2012 bis zum 29. September 2024 Mitglied im	Themenbezug: Kein Themenbezug (Forschung zum Thema nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet)

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zur Pflegeethik und zur Rolle der Pflegefachpersonen im Kontext des assistierten Suizid	Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Roth-Sackenheim, Christa	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: DGPPN, BVDN, BVDP jeweils Mitglied im Vorstand, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Themenbezug: kein thematischer Bezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Sautermeister, Jochen	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Thematisch einschlägig: Theologisch-ethische und moralpsychologische Fragen am Lebensende	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Scheiner, Ricarda	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Sprecherin Sektion Psychologie Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Konzeption und Umsetzung Curriculum "Schulung zum Umgang mit Todeswünschen"	Themenbezug: Kein Themenbezug (Schulungen zu Todeswünschen nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Schildmann, Jan	Nein	Nein	Vorträge zum Thema	Nein	Durchführung eines DFG Verbundprojektes zum Thema	Nein	Mitglied: Mitgliedschaft AEM, DGHO , Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen zum Thema , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungen zum Thema	Themenbezug: Kein Themenbezug (Forschung zum Thema nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med., M.Sc. Schneider, Barbara	Evangelische Lukasstiftung , Vitos	Suizidprophylaxe, Psychopharmakotherapie	AWO Psychiatrie-Akademie, Ärztekammer Baden-Württemberg, Konföderation der evangelischen Kirchen in Niedersachsen, St. Augustinus Fachkliniken gGmbH , Johnson und Johnson, Aristo, Erzbistum Paderborn, St. Petrus Bonn, AIHE, Katholische Hochschule Köln, Köln, Vortrag, Nein, Münster, Meran , Neuss, Essen, Trier, Katholische Frauengemeinschaft, Universität Halle, Heinrich-Pera-Hospiz Halle, FOMF, Brüder-Klinikum Julia Lanz	Kohlhammer, andere Honorare gespendet, BZGA, Nein	BMG	Nein	Mitglied: Leitung Nationales Suizidpräventionsprogramm , Mitglied: Mitglied Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, Vorsitzende 2014 bis 2018, Mitglied: Mitglied International Academy of Suicide Research, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidalität, Suchterkrankungen, Klinische Tätigkeit: Chefärztin mit Ermächtigungsambulanz (Substitution), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Themenbezug: Kein Themenbezug - wissenschaftliche und klinische Arbeiten zur Suizidprävention nicht IK relevant Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Mannheim, EKFUL, AWO, Solupharm, Workshop DGPPN					
Dr. Schwartz, Jacqueline	Nein	Nein	Nein	Mitautorin Buch : FAQ Palliativmedizin, Hrsg:Karin Oechsle, Alexandra Scherg	EPIC: Europäische Studie, Förderung über EU-Horizon	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie Mitglied Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der DKG, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidassistenz, FVET, Wissenschaftliche Tätigkeit: Schnittstelle Intensivmedizin/Palliativmedizin Spiritualität Palliativmedizinische Lehre Schnittstelle LVAD und Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Versorgung von stationären Palliativpatienten (Palliativstation und palliativmedizinischer Dienst)	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
AWMF Moderation Schwier, Frauke	keine	keine	DGKiM e.V.	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.	DGKiM e.V., Deutsche Krebsgesellschaft, Netzwerk Universitätsmedizin Medicine for Pandemic Preparedness 2.0, G-BA Innovationsfonds	keine	Mitglied: DGKiM e.V. DGfPI e.V. DGKCH e.V.	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. med. Ass. jur. Schäffer,	Nein	Springer Medizin	ÄKBV München,	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V., Mitglied:	Themenbezug: Kein Themenbezug

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Benno		Verlag GmbH	RoMed-Berufsfachschule für Pflege Rosenheim				Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Medizinrecht, assistierter Suizid, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leichenschau	Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. phil. Simon, Alfred	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Member of the AEM and the DGP (German Association for Palliative Medicine), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Trainer for ethics counseling in healthcare; lecturer for further education in palliative medicine and palliative care	Themenbezug: keinen thematischen Bezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. med. Sommerlatte, Sabine	Nein	Nein	Nein	Nein	BMBF, Deutsche Krebshilfe, Nein, Nein, BMBF, Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Priorisierung in der Krebsmedizin im Rahmen des CancerCOVID-Forschungsverbundes, Wissenschaftliche Tätigkeit: Entscheidungen am Lebensende	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Dr. Sperling, Uwe	-	-	-	-	BMBF, Projekt KIAFlex, Carl-Zeiss-Stiftung, Projekt SMART-AGE, Ministerium für Gesundheit, Soziales und Integration Baden-Württemberg, Projekt SereNaWeb	-	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS): Vorstandsmitglied, stellv. Mandatsträger für diese Leitlinie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG): Mitglied, Mandatsträger für die S3-Leitlinie: Umgang mit Suizidalität, Wissenschaftliche Tätigkeit: Suizidalität und Suizidprävention im höheren Lebensalter, Wissenschaftliche Tätigkeit: Digitalisierung im Gesundheitswesen, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-	Themenbezug: Kein Themenbezug (DGS nicht als relevanter IK gewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	
Prof. Dr. Stanze, Henrikje	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Akademisierung in der Pflege Suizidassistenz Advance Care Planning Moral Distress und Moral Injury	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Stoklossa, Cindy	IQTIG	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Themenbezug: kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Tarbiat, Kaveh	-	-	-	-	-	-	Mitglied: Vorstandsmitglied Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (ApK Bayern) , Mitglied: Stellvertretender Vorstandsvorsitzender Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), Wissenschaftliche Tätigkeit: -, Klinische Tätigkeit: -, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: -, Persönliche Beziehung: -	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: Keine
Thaler, Petra	Mentalis	DGPPN	Krisendienst, Polizei Bayern und Sozialpädagogischer Dienst	Nein	Nein	Nein	Nein	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. Voltz, Raymond	AOK Health Assurance	Nein	Desire to die lecture about 4-5 a year, Desire to die trainings about 8 a year	Nein	Federal Ministry of Education and Research, Federal Joint Committee (GBA) Germany, Innovation Fund , Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth , Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth , Endlich. Palliative Hospice at Dr. Mildred Scheel Haus UK Köln e.V., Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ) Paula Kubitscheck-Vogel-Stiftung (PKV-Stiftung) , German Guideline Program in Oncology (GGPO)	Nein	Mitglied: German Association for Palliative Medicine (DGP), member, Mitglied: German Network Health Service Research(DNVF), member, Wissenschaftliche Tätigkeit: Early Integration of palliative care Palliative care in neurology Dealing with desire to die in palliative care Improvement of care for palliative patients , Klinische Tätigkeit: Palliative Care , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dr Mildred Scheel Academy for Research and Education, Cologne Bildungswerk Aachen	Themenbezug: Kein Themenbezug (Todeswunsch-Seminare / Forschung nicht im Sinne von IK-Relevanz bewertet) Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
Prof. Dr. Wagner, Birgit	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin	Bundesverband verwaiste Eltern und reuende Geschwister e.V., Deutsche Bischofskonferenz	Nein	Nein	BMBF, BMG, BMI	Nein	Mitglied: Nationales Suizidpräventionsprogramm	Themenbezug: Kein Themenbezug (Suizidprävention inhaltlich relevant, aber nicht im Sinne IK relevant gewertet) Einstufung 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 Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
								Konsequenzen: keine
Walter, Stefanie	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt, Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH)	Stiftung Deutsche Krebshilfe	Stiftung Perspektiven und Hautkrebsnetzwerk Deutschland, finanziell unterstützt durch die Techniker Krankenkasse, AG PRIO der DKG	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) AG Prävention und Integrative Onkologie (AG PRiO), Mitglied: Fachausschuss Krebs-Selbsthilfe/Patientenbeirat der Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), Wissenschaftliche Tätigkeit: Arzt-Patienten-Kommunikation	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine
apl. Prof. Dr. med. Wedding, Ulrich	Cogentia Healthcare Consulting Ltd, SOLUTION AKADEMIE	Nein	Kyowa Kirin, Klinikum Essen Mitte, Landkreis Schmalkalden-Meiningen	Hogrefe Verlag	Nein	Bayer AG 100 Stück, GSK 300 Stück	Mitglied: Landesärztekammer Thüringen - Vizepräsident, Mitglied: Landesärztekammer Thüringen Vorstandsmitglied, Mitglied: AIO Sprecher der AG Geriatrische Onkologie, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft - Stellvertretender Sprecher, Mitglied: Vorsitzender des Vorstands der Hospiz und Palliativ-Stiftung Jena, Mitglied: Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geriatrische Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorsitzender der	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen-/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*inneninteressen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen	
Zappe, Robert	Nein	Nein	Relias Learning GmbH, DiAkademie Moritzburg	Hogrefe Verlag	Nein	Nein	Mitglied: Beirat im Vorstand der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, Mitglied: Mitglied im Sächsischen Pflegerat (für die DFPP) , Mitglied: Mitglied im Landesfachbeirat Psychiatrie Sachsen, Mitglied: Mitglied im Deutschen Pflegerat, Wissenschaftliche Tätigkeit: Publikationen mit dem Schwerpunkt auf Themen der Psychiatrischen Pflege, Klinische Tätigkeit: Pflegefachspezialist Psychiatrie: Psychiatrische Pflege - Praxisentwicklung; Implementierung von Best-Practice und Evaluation er Psychiatrischen Pflege; fachliche Teamentwicklung, Supervision; Interdisziplinäre Projektarbeit zu Themen der psychiatrischen Versorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Pflegefachliche Beratung an der Carus Akademie Dresden (Weiterbildungakademie der Uniklinik Dresden) in der Fachweiterbildung Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (0,2VK)	Themenbezug: Kein Themenbezug Einstufung COI: keine Konsequenzen: keine

13.2 Sondervoten

Abweichendes Votum zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

**Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V.
Oktober 2026**

Wir beantragen die Hinzufügung unseres Sondervotums zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

Empfehlungen

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V. stimmt Empfehlung 23 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Vor jeder Suizidassistenz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentcheidung mindestens zweimal beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung oder anderen gewichtigen Umständen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Weitere Beurteilungen oder ein längerer Zeitraum können im Einzelfall erforderlich sein.

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V. stimmt Empfehlung 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilungen unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistenz unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an deren Durchführung mitwirken.

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V. stimmt Empfehlung 32 hinsichtlich der dort vorgesehenen Vier-Wochen-Frist nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizident schlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit. Die Dauerhaftigkeit des Suizident schlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage über einen angemessenen Zeitraum beurteilt werden. Regelhaft soll hierfür ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zugrunde gelegt werden. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, kann dieser Zeitraum verkürzt werden.

1. Stellungnahme

Die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V. trägt die S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“ grundsätzlich mit. Sie stimmt jedoch den Empfehlungen 23 und 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu. Soweit Empfehlung 32 den Abstand von mindestens vier Wochen zur Prüfung der Dauerhaftigkeit übernimmt, ist sie aus Sicht der DASP entsprechend anzupassen.

Der Dissens betrifft zwei eng begrenzte, für die Absicherung der Freiverantwortlichkeit jedoch wesentliche Punkte: erstens die Dauer des Zeitraums, über den die Beständigkeit eines

Suizidentschlusses geprüft werden soll, und zweitens die personelle Unabhängigkeit derjenigen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen.

Zum zeitlichen Abstand hält die DASP einen Regelzeitraum von lediglich vier Wochen, insbesondere dann für nicht ausreichend begründet, wenn keine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Die Leitlinie stellt selbst fest, dass es keine empirische Grundlage gibt, aus der sich eine allgemein gültige Mindestdauer zur Feststellung der Dauerhaftigkeit ableiten ließe. Gerade unter dieser Unsicherheit erscheint es sachgerechter, einen längeren Zeitraum zum Regelfall zu machen und eine Verkürzung im Einzelfall zu begründen. Eine Regelung in umgekehrter Richtung – vier Wochen als Ausgangspunkt, Verlängerung nur bei besonderer Begründung – verlagert die Begründungslast aus Sicht der DASP an die falsche Stelle.

Der internationale Vergleich rechtfertigt eine Vier-Wochen-Regelfrist nicht. In Staaten mit kürzeren Fristen oder kürzeren Mindestabständen bestehen regelmäßig zusätzliche materielle oder prozedurale Voraussetzungen. Vor allem wird vielfach danach unterschieden, ob der Tod aufgrund einer Erkrankung in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Das Bundesverfassungsgericht hat eine solche materielle Beschränkung der Suizidassistenz für Deutschland gerade nicht zugelassen (d.h. dass Zugang **nicht auf bestimmte Erkrankungen oder Lebensphasen beschränkt werden darf**). Deshalb kommt der prozeduralen Prüfung von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit hier besondere Bedeutung zu.

Die DASP schlägt daher vor, für nichtterminal geprägte Situationen einen Regelzeitraum von sechs Monaten vorzusehen. Dieser Zeitraum ist nicht als empirisch nachgewiesene Grenze zu verstehen, ab der ein Suizidentschluss als dauerhaft gelten könnte. Er ist als verfahrensbezogene Schutzregel unter Bedingungen wissenschaftlicher Unsicherheit gemeint. Bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, bei drohendem Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder anderen gewichtigen Umständen muss eine nachvollziehbar begründete Verkürzung möglich bleiben.

Zum zweiten Punkt unterstützt die DASP ausdrücklich das in den Empfehlungen 24 und 25 angelegte Mehr-Augen-Prinzip. Sie hält es jedoch für erforderlich, dass beide Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, von der späteren Organisation und Durchführung der Suizidassistenz unabhängig sind. Die Verbindung von Beurteilung und anschließender Mitwirkung an der Suizidassistenz schafft einen vermeidbaren Rollenkonflikt (Befangenheit). Es sollte bereits der Anschein vermieden werden, dass die positive Feststellung der Freiverantwortlichkeit ein wirtschaftliches Eigeninteresse an der anschließenden Durchführung der Suizidassistenz begründen kann. Die in der Leitlinie angeführte Sorge, eine vollständige personelle Trennung könne zu aufwändig sein, reicht nach Auffassung der DASP angesichts der Irreversibilität der Entscheidung nicht aus, um diese Unabhängigkeitsanforderung abzusenken.

2. Kurzfassung der Begründung

Die Leitlinie übernimmt aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vier Kriterien der Freiverantwortlichkeit: Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, Freiheit von unzulässigem Druck sowie Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Gerade das letzte Kriterium verlangt eine Betrachtung über die Zeit. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich hervorgehoben, dass ein Suizidentschluss nicht Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage sein darf.

Gleichzeitig hat das Gericht die Suizidassistenz nicht auf Menschen mit schwerer, unheilbarer oder terminaler Erkrankung beschränkt. Für Deutschland kann deshalb nicht vorausgesetzt werden, dass ein Wunsch nach Suizidassistenz regelmäßig in einer bereits weit fortgeschrittenen körperlichen Erkrankungssituation entsteht. Auch Menschen in psychosozialen, psychischen oder existenziellen Krisen können **ein solches Anliegen** äußern, ohne dass ihre

Freiverantwortlichkeit notwendig aufgehoben wäre. Gerade in diesen Konstellationen kann sich die Bewertung der eigenen Lebenssituation über Wochen und Monate verändern.

Die vorhandene Forschung liefert keine Zeitgrenze, ab der ein Suizidwunsch als stabil oder dauerhaft gelten kann. Sie zeigt jedoch deutlich, dass suizidale Gedanken und Wünsche dynamisch verlaufen, kurzfristig schwanken und sich auch über mehrere Monate erheblich verändern können. Aus dieser Datenlage lässt sich eine Vier-Wochen-Frist daher nicht empirisch begründen.

Auch die ausländischen Regelungen sind nur eingeschränkt vergleichbar. In den Niederlanden besteht keine feste gesetzliche Wartefrist; in Belgien und Kanada gelten bei nicht absehbar bevorstehendem Tod zusätzliche Sicherungen bzw. längere Prüfzeiträume. In der Schweiz sind kurze Gesprächsabstände in weitere materielle Anforderungen eingebettet. Für Deutschland folgt daraus nach Auffassung der DASP eher die Notwendigkeit einer differenzierten Schutzregel als die Plausibilität einer einheitlichen kurzen Regelfrist.

Bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit spricht schließlich viel für eine klare Funktionentrennung. Wer die Freiverantwortlichkeit beurteilt, sollte nicht zugleich an der Durchführung des assistierten Suizids beteiligt sein. Eine solche Trennung stärkt die Nachvollziehbarkeit und Unabhängigkeit der Beurteilung und entspricht der besonderen Bedeutung des Mehr-Augen-Prinzips.

3. Ausführliche Begründung

3.1 Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit als eigenständige Kriterien

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt. Voraussetzung einer rechtmäßigen Suizidassistenz ist jedoch eine freiverantwortliche Entscheidung. Das Gericht verlangt hierfür unter anderem eine „gewisse Dauerhaftigkeit“ und „innere Festigkeit“ des Entschlusses. Damit geht die Prüfung über die bloße punktuelle Feststellung von Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus.

Diese Anforderung hat eine eigene Schutzfunktion. Sie soll ausschließen, dass eine irreversible Entscheidung auf einer vorübergehenden Lebenskrise, einer aktuellen Stimmungslage oder einer kurzfristigen Zuspitzung beruht. Das Gericht weist zugleich darauf hin, dass Suizidwünsche häufig ambivalent und veränderlich sind. Die zeitliche Dimension ist damit kein nachgeordnetes Detail des Verfahrens, sondern Bestandteil der Freiverantwortlichkeitsprüfung selbst.

Für die praktische Ausgestaltung folgt daraus allerdings keine bestimmte verfassungsrechtlich vorgegebene Frist. Weder vier Wochen noch sechs Monate lassen sich unmittelbar aus dem Urteil ableiten. Das Gericht eröffnet dem Gesetzgeber vielmehr einen Gestaltungsspielraum für prozedurale Sicherungen und nennt ausdrücklich Aufklärungs- und Wartepflichten. Besonders bedeutsam ist, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis von Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit gestellt werden können.

3.2 Warum vier Wochen als Regelfrist nicht überzeugen

Die Leitlinie sieht in Empfehlung 23 zwei Beurteilungen im Abstand von mindestens vier Wochen vor. Eine Verlängerung oder Verkürzung soll im begründeten Einzelfall möglich sein. Zugleich hält die Leitlinie ausdrücklich fest, dass es keine empirischen Erkenntnisse gibt, aus denen sich ableiten ließe, wie häufig und in welchem Abstand geprüft werden muss, um nicht dauerhafte Entscheidungen verlässlich zu erkennen.

Gerade deshalb ist die Festlegung eines Regelzeitraums eine normative Entscheidung unter Unsicherheit. Die DASP hält es nicht für überzeugend, ausgerechnet die kurze Frist von vier Wochen zum Ausgangspunkt zu machen. Eine solche Konstruktion führt dazu, dass nach Ablauf

von vier Wochen eine Verlängerung zusätzlich begründet werden muss, obwohl es keine klaren Kriterien dafür gibt, wann diese Verlängerung angezeigt sein soll.

Praktisch entsteht damit ein asymmetrisches Verfahren: Ist nach vier Wochen die Freiverantwortlichkeit zweimal bejaht worden, besteht regelmäßig ein erheblicher Verfahrensimpuls in Richtung Abschluss. Eine weitere Beobachtungszeit muss aktiv begründet werden. Für die Prüfung eines Merkmals, dessen Kern gerade die Stabilität über die Zeit ist, erscheint dies dysfunktional. Plausibler ist die umgekehrte Konstruktion: Ein längerer Zeitraum bildet die Regel; wer ihn verkürzt, muss die hierfür sprechenden Umstände dokumentieren.

3.3 Besonderheit der deutschen Rechtslage und internationaler Vergleich

Internationale Regelungen können Hinweise für die Verfahrensgestaltung geben, sind aber nur eingeschränkt übertragbar. In mehreren Ländern ist der Zugang zu Euthanasie oder assistiertem Suizid an eine schwere oder unheilbare Erkrankung bzw. an medizinisch definiertes Leiden gebunden. Teilweise werden zusätzliche Anforderungen gestellt, wenn der Tod nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

In den Niederlanden gibt es keine allgemeine gesetzliche Wartefrist. Das Verfahren verlangt jedoch eine medizinische Ausgangssituation mit unerträglichem Leiden ohne Aussicht auf Besserung, die Prüfung zumutbarer Alternativen und die Beurteilung durch einen unabhängigen Arzt. Das Verfahren kann je nach Fall Wochen, Monate oder länger dauern.

Belgien sieht bei nicht in naher Zukunft erwartetem Tod ein verstärktes Verfahren vor. Kanada unterscheidet ebenfalls danach, ob der natürliche Tod vernünftigerweise vorhersehbar ist; bei nicht vorhersehbarem Tod gilt ein deutlich umfangreicheres Assessment mit einer grundsätzlich längeren Prüfdauer. Die Schweizer Regelungen kennen zwar kurze Mindestabstände zwischen Gesprächen, stellen daneben aber weitere Anforderungen an Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, schwerwiegendes Leiden und die Prüfung von Alternativen.

Diese Unterschiede sind für Deutschland zentral. Das Bundesverfassungsgericht hat die Zulässigkeit der Suizidassistenz gerade nicht an eine bestimmte Erkrankung oder an eine terminale Situation geknüpft. Deshalb kann eine kurze Frist aus Systemen mit engeren materiellen Zugangskriterien nicht ohne Weiteres übernommen werden. Wenn die materielle Zugangsschwelle weiter ist, gewinnt die Verlässlichkeit der prozeduralen Prüfung an Gewicht.

3.4 Forschungsdaten zur zeitlichen Veränderlichkeit

Die Forschung erlaubt keine belastbare Aussage, ab welchem Zeitraum ein Todes- oder Suizidwunsch als „dauerhaft“ gelten kann. Das gilt sowohl für allgemeine Suizidalitätsforschung als auch erst recht für die spezifische Situation einer Anfrage nach Suizidassistenz. Eine wissenschaftlich exakt begründbare Mindestfrist existiert daher nicht.

Die vorhandenen Längsschnittdaten zeigen jedoch, dass suizidale Gedanken und Wünsche keineswegs statisch sind. Kivelä et al. (2019) untersuchten den Verlauf suizidaler Ideation im Rahmen der NESDA-Studie über mehrere Jahre. Die Suizidideation nahm im Verlauf deutlich ab, besonders in der frühen Nachbeobachtungsphase. Saulnier et al. (2026) beschrieben nach psychiatrischer Hospitalisierung unterschiedliche Verläufe über sechs Monate, darunter einen großen Anteil mit raschem oder kontinuierlichem Rückgang der Suizidideation. Diese Befunde sind nicht unmittelbar auf Anfragen nach Suizidassistenz übertragbar; sie zeigen aber, dass relevante Veränderungen über Zeit häufig sind.

Auch die Literatur zu Wünschen nach Euthanasie oder assistiertem Suizid belegt keine feste Zeitgrenze. Der systematische Review von Castelli Dransart et al. (2019) zeigt vielmehr die Heterogenität der zugrunde liegenden psychosozialen Faktoren und die begrenzte Evidenz zu tatsächlichen Entscheidungssituationen. Für Deutschland fehlt bislang eine belastbare systematische Datengrundlage; das RegAS-Projekt soll hierzu erstmals strukturierte Daten liefern.

Aus dieser Evidenz folgt nicht zwingend eine Frist von sechs Monaten. Sie spricht aber dagegen, vier Wochen als empirisch hinreichend abgesicherten Regelzeitraum zu behandeln. Der Vorschlag von sechs Monaten ist daher ausdrücklich als vorsorgliche prozedurale Setzung zu verstehen, die bei gewichtigen Gründen verkürzt werden kann.

3.5 Unabhängigkeit der Beurteilenden

Empfehlung 24 sieht die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Personen vor. Die Leitlinie begründet dieses Mehr-Augen-Prinzip selbst mit der Irreversibilität der Entscheidung und der Notwendigkeit, Defizite der Freiverantwortlichkeit mit einem angemessenen Maß an Sicherheit auszuschließen.

Empfehlung 25 verlangt jedoch nur, dass mindestens eine dieser Personen ausschließlich die Freiverantwortlichkeit beurteilt und nicht an weiteren Prozessschritten beteiligt ist. Damit kann die zweite beurteilende Person zugleich in Beratung, Organisation oder Durchführung der Suizidassistentz einbezogen sein.

Die DASP sieht darin keinen zwingenden Nachweis individueller Befangenheit. Sie hält diese Rollenverbindung aber für vermeidbar und für die Qualität des Verfahrens nicht sinnvoll. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit sollte möglichst unabhängig von einem eigenen späteren Handlungsauftrag erfolgen. Das stärkt sowohl die tatsächliche Unabhängigkeit als auch die Nachvollziehbarkeit des Verfahrens nach außen.

Der in der Leitlinie angeführte Einwand eines höheren Personalbedarfs ist praktisch relevant, rechtfertigt aus Sicht der DASP aber nicht, die Unabhängigkeit eines der beiden Beurteilenden preiszugeben. Bei einer irreversiblen Entscheidung sollte die Funktionentrennung Vorrang vor organisatorischer Vereinfachung haben.

4. Alternativvorschläge

Zu Empfehlung 23

Vor jeder Suizidassistentz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung mindestens zweimal durch entsprechend qualifizierte Personen beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere wenn eine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung, ein drohender Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder andere gewichtige Umstände vorliegen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Bei Hinweisen auf Ambivalenz, eine aktuelle psychosoziale Krise oder wesentliche Veränderungen der Lebens- oder Krankheitssituation können ein längerer Zeitraum und weitere Beurteilungen erforderlich sein.

Folgeänderung zu Empfehlung 32: Die dort enthaltene Vier-Wochen-Frist zur Prüfung der Dauerhaftigkeit sollte an die geänderte Empfehlung 23 angepasst werden.

Zu Empfehlung 25

Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilungen unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistentz unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an deren Durchführung mitwirken.

5. Schlussbemerkung

Die DASP unterstützt das Anliegen der Leitlinie, für den Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz fachlich nachvollziehbare und praxistaugliche Standards zu formulieren. Der Dissens zu den Empfehlungen 23 und 25 betrifft deshalb nicht die grundsätzliche Ausrichtung

der Leitlinie, sondern zwei aus Sicht der Suizidprävention zentrale Sicherungselemente. Die DASP bittet darum, dieses abweichende Votum bei der Verabschiedung und Publikation der Leitlinie kenntlich zu machen.

Anlage: Literatur und Rechtsgrundlagen

- Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a.; insbesondere Rn. 232–245 und 339–341.
- Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, et al. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*. 2021;25(3):420–430.
- Kivelä L, Krause-Utz A, Mouthaan J, et al. Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence – A NESDA study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;257:365–375.
- Saulnier KG, Ilgen MA, Lapidus A, et al. Suicidal ideation trajectories among adults following psychiatric hospitalization. *Behaviour Research and Therapy*. 2026;199:104997.
- Kremeike K, Hodiamont F, Koenes C, et al.; RegAS Study Group. Development, implementation, and evaluation of a registry for the documentation and analysis of assisted suicide in Germany (RegAS) – study protocol. *BMC Medical Ethics*. 2026;27:190.
- Netherlands: Regional Euthanasia Review Committees / Government of the Netherlands, due-care criteria and procedure for euthanasia and assisted suicide.
- Belgium: Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia / FPS Public Health, legal requirements and procedure.
- Canada: Health Canada, Medical Assistance in Dying (MAID), safeguards for cases in which natural death is not reasonably foreseeable.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Umgang mit Sterben und Tod / Suizidhilfe, aktuelle Richtlinien.
- AWMF. Regelwerk Leitlinien: strukturierte Konsensfindung und Umgang mit begründetem Dissens.

Für die Deutsche Akademie für Suizidprävention (DASP) e. V.

10.10.2026

Georg Fiedler

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied



Sondervotum zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin e.V. (DEGAM)

Empfehlung 1

„Ein vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität soll im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz nur von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen mit der entsprechenden Kompetenz und Erfahrung durchgeführt werden.“

Sondervotum

„Ein vertieftes Gespräch zu Todeswünschen und Suizidalität sollte im Kontext von Anfragen nach Suizidassistenz von Mitarbeitenden im Gesundheits- und Sozialwesen mit der entsprechenden Kompetenz und Erfahrung durchgeführt werden.“

Begründung:

Die Beschränkung auf „Mitarbeitende im Gesundheits- und Sozialwesen mit entsprechender Kompetenz und Erfahrung“ lässt offen, wer denn diese Anforderungen an Kompetenz und Erfahrung überhaupt erfüllt. Eine enge Auslegung dieser starken („soll“) und einschränkenden („nur“) Empfehlung legt nahe, dass nur bestimmte Fachspezialist:innen, etwa mit psychiatrischem, psychotherapeutischem oder palliativmedizinischem Hintergrund, adäquat für derartige Gespräche qualifiziert sind. Die DEGAM möchte betonen, dass mit Blick auf Fachdefinition und Weiterbildungsinhalte der Allgemeinmedizin Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin grundsätzlich geeignet und in der Lage sind, vertiefte Gespräche zu Todeswünschen und Suizidalität zu führen. Daher spricht sich die DEGAM für eine Abschwächung der Empfehlung von „soll“ auf „sollte“ und eine Streichung des einschränkenden „nur“ aus.

Empfehlung 24

„Die Freiverantwortlichkeit soll von mindestens einer entsprechend qualifizierten Fachärzt:in und einer weiteren unabhängigen Person, die Fachärzt:in im Bereich der psychischen Gesundheit oder psychologische Psychotherapeut:in ist, beurteilt werden. Das Ergebnis soll strukturiert und schriftlich dokumentiert werden.“

Sondervotum

„Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll durch mindestens zwei unabhängig voneinander urteilende Fachärzt:innen und/oder Psychologische Psychotherapeut:innen

erfolgen. Fachpersonen aus dem Gebiet der Psychiatrie/Psychotherapie sollen hinzugezogen werden, wenn Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bestehen. Das Ergebnis soll strukturiert und schriftlich dokumentiert werden.“

Begründung:

Aus Sicht der DEGAM ist eine Einbeziehung psychiatrisch-psychotherapeutischer Expertise bei entsprechendem Verdacht notwendig. Die Beschränkung auf begründete Verdachtsfälle dient einem angemessenen und indikationsgeleiteten Einsatz begrenzter Ressourcen.

Abweichendes Votum zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

**Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Entwurf für die Verbandsabstimmung – Oktober 2026**

Wir beantragen die Hinzufügung unseres Sondervotums zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

Empfehlungen

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. stimmt Empfehlung 23 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Vor jeder Suizidassistenz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentcheidung mindestens zweimal beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung oder anderen gewichtigen Umständen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Weitere Beurteilungen oder ein längerer Zeitraum können im Einzelfall erforderlich sein.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. stimmt Empfehlung 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilungen unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistenz unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an deren Durchführung mitwirken.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. stimmt Empfehlung 32 hinsichtlich der dort vorgesehenen Vier-Wochen-Frist nicht zu.

Empfohlene Formulierung: Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizident schlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit. Die Dauerhaftigkeit des Suizident schlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage über einen angemessenen Zeitraum beurteilt werden. Regelhaft soll hierfür ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zugrunde gelegt werden. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, kann dieser Zeitraum verkürzt werden.

1. Stellungnahme

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. trägt die S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“ grundsätzlich mit. Sie stimmt jedoch den Empfehlungen 23 und 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu. Soweit Empfehlung 32 den Abstand von mindestens vier Wochen zur Prüfung der Dauerhaftigkeit übernimmt, ist sie aus Sicht der DGGG entsprechend anzupassen.

Der Dissens betrifft zwei eng begrenzte, für die Absicherung der Freiverantwortlichkeit jedoch wesentliche Punkte: erstens die Dauer des Zeitraums, über den die Beständigkeit eines Suizident schlusses geprüft werden soll, und zweitens die personelle Unabhängigkeit derjenigen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen.

Zum zeitlichen Abstand hält die DGGG einen Regelzeitraum von lediglich vier Wochen, insbesondere dann für nicht ausreichend begründet, wenn keine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Die Leitlinie stellt selbst fest, dass es keine empirische Grundlage gibt, aus der sich eine allgemein gültige Mindestdauer zur Feststellung der Dauerhaftigkeit ableiten ließe. Gerade unter dieser Unsicherheit erscheint es sachgerechter, einen längeren Zeitraum zum Regelfall zu machen und eine Verkürzung im Einzelfall zu begründen. Eine Regelung in umgekehrter Richtung – vier Wochen als Ausgangspunkt, Verlängerung nur bei besonderer Begründung – verlagert die Begründungslast aus Sicht der DGGG an die falsche Stelle.

Der internationale Vergleich rechtfertigt eine Vier-Wochen-Regelfrist nicht. In Staaten mit kürzeren Fristen oder kürzeren Mindestabständen bestehen regelmäßig zusätzliche materielle oder prozedurale Voraussetzungen. Vor allem wird vielfach danach unterschieden, ob der Tod aufgrund einer Erkrankung in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Das Bundesverfassungsgericht hat eine solche materielle Beschränkung der Suizidassistenz für Deutschland gerade nicht zugelassen (d.h. dass Zugang **nicht auf bestimmte Erkrankungen oder Lebensphasen beschränkt werden darf**). Deshalb kommt der prozeduralen Prüfung von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit hier besondere Bedeutung zu.

Die DGGG schlägt daher vor, für nichtterminal geprägte Situationen einen Regelzeitraum von sechs Monaten vorzusehen. Dieser Zeitraum ist nicht als empirisch nachgewiesene Grenze zu verstehen, ab der ein Suizidentenschluss als dauerhaft gelten könnte. Er ist als verfahrensbezogene Schutzregel unter Bedingungen wissenschaftlicher Unsicherheit gemeint. Bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, bei drohendem Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder anderen gewichtigen Umständen muss eine nachvollziehbar begründete Verkürzung möglich bleiben.

Zum zweiten Punkt unterstützt die DGGG ausdrücklich das in den Empfehlungen 24 und 25 angelegte Mehr-Augen-Prinzip. Sie hält es jedoch für erforderlich, dass beide Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, von der späteren Organisation und Durchführung der Suizidassistenz unabhängig sind. Die Verbindung von Beurteilung und anschließender Mitwirkung an der Suizidassistenz schafft einen vermeidbaren Rollenkonflikt (Befangenheit). Es sollte bereits der Anschein vermieden werden, dass die positive Feststellung der Freiverantwortlichkeit ein wirtschaftliches Eigeninteresse an der anschließenden Durchführung der Suizidassistenz begründen kann. Die in der Leitlinie angeführte Sorge, eine vollständige personelle Trennung könne zu aufwändig sein, reicht nach Auffassung der DGGG angesichts der Irreversibilität der Entscheidung nicht aus, um diese Unabhängigkeitsanforderung abzusenken.

2. Kurzfassung der Begründung

Die Leitlinie übernimmt aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vier Kriterien der Freiverantwortlichkeit: Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, Freiheit von unzulässigem Druck sowie Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Gerade das letzte Kriterium verlangt eine Betrachtung über die Zeit. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich hervorgehoben, dass ein Suizidentenschluss nicht Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage sein darf.

Gleichzeitig hat das Gericht die Suizidassistenz nicht auf Menschen mit schwerer, unheilbarer oder terminaler Erkrankung beschränkt. Für Deutschland kann deshalb nicht vorausgesetzt werden, dass ein Wunsch nach Suizidassistenz regelmäßig in einer bereits weit fortgeschrittenen körperlichen Erkrankungssituation entsteht. Auch Menschen in psychosozialen, psychischen oder existenziellen Krisen können ein solches Anliegen äußern, ohne dass ihre Freiverantwortlichkeit notwendig aufgehoben wäre. Gerade in diesen Konstellationen kann sich die Bewertung der eigenen Lebenssituation über Wochen und Monate verändern.

Die vorhandene Forschung liefert keine Zeitgrenze, ab der ein Suizidwunsch als stabil oder dauerhaft gelten kann. Sie zeigt jedoch deutlich, dass suizidale Gedanken und Wünsche dynamisch verlaufen, kurzfristig schwanken und sich auch über mehrere Monate erheblich

verändern können. Aus dieser Datenlage lässt sich eine Vier-Wochen-Frist daher nicht empirisch begründen.

Auch die ausländischen Regelungen sind nur eingeschränkt vergleichbar. In den Niederlanden besteht keine feste gesetzliche Wartefrist; in Belgien und Kanada gelten bei nicht absehbar bevorstehendem Tod zusätzliche Sicherungen bzw. längere Prüfzeiträume. In der Schweiz sind kurze Gesprächsabstände in weitere materielle Anforderungen eingebettet. Für Deutschland folgt daraus nach Auffassung der DGGG eher die Notwendigkeit einer differenzierten Schutzregel als die Plausibilität einer einheitlichen kurzen Regelfrist.

Bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit spricht schließlich viel für eine klare Funktionentrennung. Wer die Freiverantwortlichkeit beurteilt, sollte nicht zugleich an der Durchführung des assistierten Suizids beteiligt sein. Eine solche Trennung stärkt die Nachvollziehbarkeit und Unabhängigkeit der Beurteilung und entspricht der besonderen Bedeutung des Mehr-Augen-Prinzips.

3. Ausführliche Begründung

3.1 Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit als eigenständige Kriterien

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt. Voraussetzung einer rechtmäßigen Suizidassistenz ist jedoch eine freiverantwortliche Entscheidung. Das Gericht verlangt hierfür unter anderem eine „gewisse Dauerhaftigkeit“ und „innere Festigkeit“ des Entschlusses. Damit geht die Prüfung über die bloße punktuelle Feststellung von Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus.

Diese Anforderung hat eine eigene Schutzfunktion. Sie soll ausschließen, dass eine irreversible Entscheidung auf einer vorübergehenden Lebenskrise, einer aktuellen Stimmungslage oder einer kurzfristigen Zuspitzung beruht. Das Gericht weist zugleich darauf hin, dass Suizidwünsche häufig ambivalent und veränderlich sind. Die zeitliche Dimension ist damit kein nachgeordnetes Detail des Verfahrens, sondern Bestandteil der Freiverantwortlichkeitsprüfung selbst.

Für die praktische Ausgestaltung folgt daraus allerdings keine bestimmte verfassungsrechtlich vorgegebene Frist. Weder vier Wochen noch sechs Monate lassen sich unmittelbar aus dem Urteil ableiten. Das Gericht eröffnet dem Gesetzgeber vielmehr einen Gestaltungsspielraum für prozedurale Sicherungen und nennt ausdrücklich Aufklärungs- und Wartepflichten. Besonders bedeutsam ist, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis von Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit gestellt werden können.

3.2 Warum vier Wochen als Regelfrist nicht überzeugen

Die Leitlinie sieht in Empfehlung 23 zwei Beurteilungen im Abstand von mindestens vier Wochen vor. Eine Verlängerung oder Verkürzung soll im begründeten Einzelfall möglich sein. Zugleich hält die Leitlinie ausdrücklich fest, dass es keine empirischen Erkenntnisse gibt, aus denen sich ableiten ließe, wie häufig und in welchem Abstand geprüft werden muss, um nicht dauerhafte Entscheidungen verlässlich zu erkennen.

Gerade deshalb ist die Festlegung eines Regelzeitraums eine normative Entscheidung unter Unsicherheit. Die DGGG hält es nicht für überzeugend, ausgerechnet die kurze Frist von vier Wochen zum Ausgangspunkt zu machen. Eine solche Konstruktion führt dazu, dass nach Ablauf von vier Wochen eine Verlängerung zusätzlich begründet werden muss, obwohl es keine klaren Kriterien dafür gibt, wann diese Verlängerung angezeigt sein soll.

Praktisch entsteht damit ein asymmetrisches Verfahren: Ist nach vier Wochen die Freiverantwortlichkeit zweimal bejaht worden, besteht regelmäßig ein erheblicher Verfahrensimpuls in Richtung Abschluss. Eine weitere Beobachtungszeit muss aktiv begründet werden. Für die Prüfung eines Merkmals, dessen Kern gerade die Stabilität über die Zeit ist, erscheint dies dysfunktional. Plausibler ist die umgekehrte Konstruktion: Ein längerer Zeitraum bildet die Regel; wer ihn verkürzt, muss die hierfür sprechenden Umstände dokumentieren.

3.3 Besonderheit der deutschen Rechtslage und internationaler Vergleich

Internationale Regelungen können Hinweise für die Verfahrensgestaltung geben, sind aber nur eingeschränkt übertragbar. In mehreren Ländern ist der Zugang zu Euthanasie oder assistiertem Suizid an eine schwere oder unheilbare Erkrankung bzw. an medizinisch definiertes Leiden gebunden. Teilweise werden zusätzliche Anforderungen gestellt, wenn der Tod nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

In den Niederlanden gibt es keine allgemeine gesetzliche Wartefrist. Das Verfahren verlangt jedoch eine medizinische Ausgangssituation mit unerträglichem Leiden ohne Aussicht auf Besserung, die Prüfung zumutbarer Alternativen und die Beurteilung durch einen unabhängigen Arzt. Das Verfahren kann je nach Fall Wochen, Monate oder länger dauern.

Belgien sieht bei nicht in naher Zukunft erwartetem Tod ein verstärktes Verfahren vor. Kanada unterscheidet ebenfalls danach, ob der natürliche Tod vernünftigerweise vorhersehbar ist; bei nicht vorhersehbarem Tod gilt ein deutlich umfangreicheres Assessment mit einer grundsätzlich längeren Prüfdauer. Die Schweizer Regelungen kennen zwar kurze Mindestabstände zwischen Gesprächen, stellen daneben aber weitere Anforderungen an Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, schwerwiegendes Leiden und die Prüfung von Alternativen.

Diese Unterschiede sind für Deutschland zentral. Das Bundesverfassungsgericht hat die Zulässigkeit der Suizidassistenz gerade nicht an eine bestimmte Erkrankung oder an eine terminale Situation geknüpft. Deshalb kann eine kurze Frist aus Systemen mit engeren materiellen Zugangskriterien nicht ohne Weiteres übernommen werden. Wenn die materielle Zugangsschwelle weiter ist, gewinnt die Verlässlichkeit der prozeduralen Prüfung an Gewicht.

3.4 Forschungsdaten zur zeitlichen Veränderlichkeit

Die Forschung erlaubt keine belastbare Aussage, ab welchem Zeitraum ein Todes- oder Suizidwunsch als „dauerhaft“ gelten kann. Das gilt sowohl für allgemeine Suizidalitätsforschung als auch erst recht für die spezifische Situation einer Anfrage nach Suizidassistenz. Eine wissenschaftlich exakt begründbare Mindestfrist existiert daher nicht.

Die vorhandenen Längsschnittdaten zeigen jedoch, dass suizidale Gedanken und Wünsche keineswegs statisch sind. Kivelä et al. (2019) untersuchten den Verlauf suizidaler Ideation im Rahmen der NESDA-Studie über mehrere Jahre. Die Suizidideation nahm im Verlauf deutlich ab, besonders in der frühen Nachbeobachtungsphase. Saulnier et al. (2026) beschrieben nach psychiatrischer Hospitalisierung unterschiedliche Verläufe über sechs Monate, darunter einen großen Anteil mit raschem oder kontinuierlichem Rückgang der Suizidideation. Diese Befunde sind nicht unmittelbar auf Anfragen nach Suizidassistenz übertragbar; sie zeigen aber, dass relevante Veränderungen über Zeit häufig sind.

Auch die Literatur zu Wünschen nach Euthanasie oder assistiertem Suizid belegt keine feste Zeitgrenze. Der systematische Review von Castelli Dransart et al. (2019) zeigt vielmehr die Heterogenität der zugrunde liegenden psychosozialen Faktoren und die begrenzte Evidenz zu tatsächlichen Entscheidungssituationen. Für Deutschland fehlt bislang eine belastbare systematische Datengrundlage; das RegAS-Projekt soll hierzu erstmals strukturierte Daten liefern.

Aus dieser Evidenz folgt nicht zwingend eine Frist von sechs Monaten. Sie spricht aber dagegen, vier Wochen als empirisch hinreichend abgesicherten Regelzeitraum zu behandeln. Der Vorschlag von sechs Monaten ist daher ausdrücklich als vorsorgliche prozedurale Setzung zu verstehen, die bei gewichtigen Gründen verkürzt werden kann.

3.5 Unabhängigkeit der Beurteilenden

Empfehlung 24 sieht die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Personen vor. Die Leitlinie begründet dieses Mehr-Augen-Prinzip selbst mit der Irreversibilität der Entscheidung und der Notwendigkeit, Defizite der Freiverantwortlichkeit mit einem angemessenen Maß an Sicherheit auszuschließen.

Empfehlung 25 verlangt jedoch nur, dass mindestens eine dieser Personen ausschließlich die Freiverantwortlichkeit beurteilt und nicht an weiteren Prozessschritten beteiligt ist. Damit kann die zweite beurteilende Person zugleich in Beratung, Organisation oder Durchführung der Suizidassistenten einbezogen sein.

Die DGGG sieht darin keinen zwingenden Nachweis individueller Befangenheit. Sie hält diese Rollenverbindung aber für vermeidbar und für die Qualität des Verfahrens nicht sinnvoll. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit sollte möglichst unabhängig von einem eigenen späteren Handlungsauftrag erfolgen. Das stärkt sowohl die tatsächliche Unabhängigkeit als auch die Nachvollziehbarkeit des Verfahrens nach außen.

Der in der Leitlinie angeführte Einwand eines höheren Personalbedarfs ist praktisch relevant, rechtfertigt aus Sicht der DGGG aber nicht, die Unabhängigkeit eines der beiden Beurteilenden preiszugeben. Bei einer irreversiblen Entscheidung sollte die Funktionentrennung Vorrang vor organisatorischer Vereinfachung haben.

4. Alternativvorschläge

Zu Empfehlung 23

Vor jeder Suizidassistenten soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentenentscheidung mindestens zweimal durch entsprechend qualifizierte Personen beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere wenn eine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung, ein drohender Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder andere gewichtige Umstände vorliegen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Bei Hinweisen auf Ambivalenz, eine aktuelle psychosoziale Krise oder wesentliche Veränderungen der Lebens- oder Krankheitssituation können ein längerer Zeitraum und weitere Beurteilungen erforderlich sein.

Folgeänderung zu Empfehlung 32: Die dort enthaltene Vier-Wochen-Frist zur Prüfung der Dauerhaftigkeit sollte an die geänderte Empfehlung 23 angepasst werden.

Zu Empfehlung 25

Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilungen unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistenten unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an deren Durchführung mitwirken.

5. Schlussbemerkung

Die DGGG unterstützt das Anliegen der Leitlinie, für den Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenten fachlich nachvollziehbare und praxistaugliche Standards zu formulieren. Der Dissens zu den Empfehlungen 23 und 25 betrifft deshalb nicht die grundsätzliche Ausrichtung der Leitlinie, sondern zwei aus Sicht der Suizidprävention zentrale Sicherungselemente. Die DGGG bittet darum, dieses abweichende Votum bei der Verabschiedung und Publikation der Leitlinie kenntlich zu machen.

Anlage: Literatur und Rechtsgrundlagen

Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u. a.; insbesondere Rn. 232–245 und 339–341.

Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, et al. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging & Mental Health*. 2021;25(3):420–430.

- Kivelä L, Krause-Utz A, Mouthaan J, et al. Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence – A NESDA study. *Journal of Affective Disorders*. 2019;257:365–375.
- Saulnier KG, Ilgen MA, Lapidus A, et al. Suicidal ideation trajectories among adults following psychiatric hospitalization. *Behaviour Research and Therapy*. 2026;199:104997.
- Kremeike K, Hodiamont F, Koenes C, et al.; RegAS Study Group. Development, implementation, and evaluation of a registry for the documentation and analysis of assisted suicide in Germany (RegAS) – study protocol. *BMC Medical Ethics*. 2026;27:190.
- Netherlands: Regional Euthanasia Review Committees / Government of the Netherlands, due-care criteria and procedure for euthanasia and assisted suicide.
- Belgium: Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia / FPS Public Health, legal requirements and procedure.
- Canada: Health Canada, Medical Assistance in Dying (MAID), safeguards for cases in which natural death is not reasonably foreseeable.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Umgang mit Sterben und Tod / Suizidhilfe, aktuelle Richtlinien.
- AWMF. Regelwerk Leitlinien: strukturierte Konsensfindung und Umgang mit begründetem Dissens.

Für die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Ort, Datum / Unterschrift

Sondervotum zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz“

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin e.V. (DGRM)

Empfehlung 32

Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizidentschlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit.

Die Dauerhaftigkeit eines Suizidentschlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage im Abstand von mindestens vier Wochen gesichert werden. In begründeten Einzelfällen kann dieser Abstand verkürzt werden.

Sondervotum

Es sollte eine deutlich längere Mindestwartefrist zwischen erster Anfrage und Durchführung des assistierten Suizids liegen (sogenannte Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses). Die Wartefrist sollte in der Regel sechs Monate betragen. In begründeten Einzelfällen kann diese verkürzt werden.

Begründung

Ein Suizid ist unumkehrbar. Der Entschluss dazu muss laut Bundesverfassungsgericht (BVerfG) daher unter anderem eine gewisse Dauerhaftigkeit aufweisen, darf insbesondere nicht auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruhen (Urteil vom 26. Februar 2020, Rn. 244) [1]. Damit ist aus fachlicher Sicht der DGRM grundsätzlich ein Schutz vor Übereilung der Suizidentscheidung angezeigt. Das BVerfG gibt in seinem Urteil aus dem Jahr 2020 keine zeitliche Vorgabe für die Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses. In der Literatur wird jedoch darauf hingewiesen, dass bei schweren Lebenskrisen die Bewältigung und Neuorientierung häufig sechs Monate oder mehr benötigen könnten [2]. Die Analyse assistierter Suizide (AS) in München ergab, dass im Mittel ein Zeitraum von nur knapp 46 Tagen zwischen dem Gespräch zur gutachterlichen Bewertung der Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung und dem AS lag [3]. Solange keine sicheren wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Bewertung der Dauerhaftigkeit des Suizidentschlusses beim AS vorliegen, ist zum Schutz der Autonomie Suizidwilliger eine im Regelfall längere Wartefrist aus fachlicher Sicht der DGRM geboten und für Sterbewillige auch zumutbar. In begründeten Einzelfällen, z. B. bei palliativen Patienten mit einer aus Sicht der behandelnden Ärzte begrenzten Lebenserwartung von weniger als sechs Monaten, sind aus fachlicher Sicht der DGRM kürzere Wartezeiten möglich.

1. Bundesverfassungsgericht. Urteil vom 26.02.2020 - 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 2527/16. Zugriffen: 01.10.2026. URL: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html.
2. Saß H, Cording C. Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. Nervenarzt 93, 1150–1155. 2022.
3. Schäffer B, Peschel O, Graw M, Gleich S. Assistierte Suizide in München – eine Analyse vorliegender Gutachten. Rechtsmedizin. 2024;34(6):395-401.

Sondervotum zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz“

**Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland,
09.10.2026**

Wir beantragen die Hinzufügung unseres Sondervotums zur S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz (AWMF Reg. Nr. 096-001)“

1. Unsere alternativen Empfehlungen

1.1: Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) stimmt Empfehlung 23 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Alternative Formulierung für Empfehlung 23: Vor jeder Suizidassistentz soll die Freiverantwortlichkeit der Suizidentzcheidung mindestens zweimal beurteilt werden. Zur Beurteilung der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll zwischen der ersten und der abschließenden Beurteilung regelhaft ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten liegen. In begründeten Einzelfällen kann dieses Intervall verkürzt werden, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung oder anderen gewichtigen Umständen. Die Gründe für eine Verkürzung sollen nachvollziehbar dokumentiert werden. Weitere Beurteilungen oder ein längerer Zeitraum können im Einzelfall erforderlich sein.

1.2. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) stimmt Empfehlung 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu.

Alternative Formulierung für Empfehlung 25: Die Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, sollen ihre Beurteilungen unabhängig voneinander vornehmen. Beide sollen von der anschließenden Organisation und Durchführung der Suizidassistentz unabhängig sein und insbesondere nicht selbst an der Durchführung mitwirken.

1.3. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) stimmt Empfehlung 32 hinsichtlich der dort vorgesehenen Vier:wochen-Frist nicht zu.

Alternative Formulierung für Empfehlung 32: Im Rahmen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit soll die innere Festigkeit eines Suizidentzschlusses durch kritisches Hinterfragen und das wiederholte Ansprechen von Alternativen überprüft werden. Ambivalenz ist ein Hinweis auf eine fehlende innere Festigkeit. Die Dauerhaftigkeit des Suizidentzschlusses soll durch wiederholte Exploration der Hintergründe und der Motivlage über einen angemessenen Zeitraum beurteilt werden. Regelhaft soll hierfür ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten zugrunde gelegt werden. In begründeten Einzelfällen, insbesondere bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, kann dieser Zeitraum verkürzt werden.

2. Stellungnahme

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) trägt die S2k-Leitlinie „Umgang mit Anfragen nach Suizidassistentz“ grundsätzlich mit. Sie stimmt jedoch den Empfehlungen 23 und 25 in der vorliegenden Fassung nicht zu. Soweit Empfehlung 32 den Abstand von mindestens vier Wochen zur Prüfung der Dauerhaftigkeit übernimmt, ist sie aus Sicht des NaSPro entsprechend anzupassen.

Der Dissens betrifft zwei eng begrenzte, für die Absicherung der Freiverantwortlichkeit jedoch wesentliche Punkte: erstens die Dauer des Zeitraums, über den die Beständigkeit eines Suizidentschlusses geprüft werden soll, und zweitens die personelle Unabhängigkeit derjenigen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen.

Zum zeitlichen Abstand hält das NaSPro einen Regelzeitraum von lediglich vier Wochen, insbesondere dann für nicht ausreichend begründet, wenn keine in absehbarer Zeit zum Tode führende Erkrankung vorliegt. Die Leitlinie stellt selbst fest, dass es keine empirische Grundlage gibt, aus der sich eine allgemein gültige Mindestdauer zur Feststellung der Dauerhaftigkeit ableiten ließe. Gerade unter dieser Unsicherheit erscheint es sachgerechter, einen längeren Zeitraum zum Regelfall zu machen und eine Verkürzung im Einzelfall zu begründen. Eine Regelung in umgekehrter Richtung - vier Wochen als Ausgangspunkt, Verlängerung nur bei besonderer Begründung - verlagert die Begründungslast aus Sicht des Nationalen Suizidpräventionsprogramms an die falsche Stelle. Wo eine Fehlentscheidung den unwiderruflichen Verlust eines Menschenlebens bedeuten kann, darf nicht besondere Sorgfalt begründungspflichtig sein, sondern allein ihre Verkürzung.

Der internationale Vergleich rechtfertigt eine Vier-Wochen-Regelfrist nicht. In Staaten mit kürzeren Fristen oder kürzeren Mindestabständen bestehen regelmäßig zusätzliche materielle oder prozedurale Voraussetzungen. Vor allem wird vielfach danach unterschieden, ob der Tod aufgrund einer Erkrankung in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Das Bundesverfassungsgericht hat eine solche materielle Beschränkung der Suizidassistentz für Deutschland gerade nicht zugelassen (d. h., dass der Zugang nicht auf bestimmte Erkrankungen oder Lebensphasen beschränkt werden darf). Deshalb kommt der prozeduralen Prüfung von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit hier eine besondere Bedeutung zu.

Das NaSPro schlägt daher vor, für nichtterminal geprägte Situationen einen Regelzeitraum von sechs Monaten vorzusehen. Dieser Zeitraum ist nicht als empirisch nachgewiesene Grenze zu verstehen, ab der ein Suizidentschluss als dauerhaft gelten könnte. Er ist als verfahrensbezogene Schutzregel unter Bedingungen wissenschaftlicher Unsicherheit gemeint. Bei einer in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankung, bei drohendem Verlust der Entscheidungsfähigkeit oder anderen gewichtigen Umständen muss eine nachvollziehbar begründete Verkürzung möglich bleiben.

Zum zweiten Punkt unterstützt das NaSPro ausdrücklich das in den Empfehlungen 24 und 25 angelegte Mehr-Augen-Prinzip. Das NaSPro hält es jedoch für erforderlich, dass beide Personen, die die Freiverantwortlichkeit beurteilen, von der späteren Organisation und Durchführung der Suizidassistentz unabhängig sind. Die Verbindung von Beurteilung und anschließender Mitwirkung an der Suizidassistentz schafft einen vermeidbaren Rollenkonflikt (Befangenheit). Es sollte bereits der Anschein vermieden werden, dass die positive Feststellung der Freiverantwortlichkeit ein wirtschaftliches Eigeninteresse an der anschließenden Durchführung der Suizidassistentz begründen kann. Die in der Leitlinie angeführte Sorge, eine vollständige personelle Trennung könne zu aufwändig sein, reicht nach Auffassung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms angesichts der Irreversibilität der Entscheidung nicht aus, um diese Unabhängigkeitsanforderung abzusenken.

3. Kurzfassung der Begründung

Die Leitlinie übernimmt aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Kriterien der Freiverantwortlichkeit: Einsichts- und Urteilsfähigkeit, Kenntnis der entscheidungsrelevanten Informationen, Freiheit von unzulässigem Druck sowie Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Gerade die beiden letzten Kriterien verlangen eine Betrachtung über die Zeit. Das Bundesverfassungsgericht hat ausdrücklich hervorgehoben, dass ein

Suizidentschluss nicht Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise oder aktuellen Stimmungslage sein darf.

Gleichzeitig hat das Gericht die Suizidassistentz: nicht auf Menschen mit schwerer, unheilbarer oder terminaler Erkrankung beschränkt. Für Deutschland kann deshalb nicht vorausgesetzt werden, dass ein Wunsch nach Suizidassistentz regelmäßig in einer bereits weit fortgeschrittenen körperlichen Erkrankungssituation entsteht. Auch Menschen in psychosozialen, psychischen oder existenziellen Krisen können ein solches Anliegen äußern, ohne dass ihre Freiverantwortlichkeit notwendigerweise aufgehoben wäre. Gerade in diesen Konstellationen kann sich die Bewertung der eigenen Lebenssituation über Wochen und Monate verändern.

Die vorhandene Forschung liefert keine Zeitgrenze, ab der ein Suizidwunsch als stabil oder dauerhaft gelten kann. Sie zeigt jedoch deutlich, dass suizidale Gedanken und Wünsche dynamisch verlaufen, kurzfristig schwanken und sich auch über mehrere Monate erheblich verändern können. Aus dieser Datenlage lässt sich eine Vier-Wochen-Frist daher nicht empirisch begründen.

Auch die ausländischen Regelungen sind nur eingeschränkt vergleichbar. In den Niederlanden besteht keine feste gesetzliche Wartefrist; in Belgien und Kanada gelten bei nicht absehbar bevorstehendem Tod zusätzliche Sicherungen bzw. längere Prüfzeiträume. In der Schweiz sind kurze Gesprächsabstände in weitere materielle Anforderungen eingebettet. Für Deutschland folgt daraus nach Auffassung des NaSPros eher die Notwendigkeit einer differenzierten Schutzregel als die Plausibilität einer einheitlichen kurzen Regelfrist.

Bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit spricht schließlich viel für eine klare Funktionentrennung. Wer die Freiverantwortlichkeit beurteilt, sollte nicht zugleich an der Durchführung des assistierten Suizids beteiligt sein. Eine solche Trennung zwischen Beurteilung und Durchführung stärkt die Nachvollziehbarkeit und Unabhängigkeit der Beurteilung und entspricht der besonderen Bedeutung des Mehr-Augen-Prinzips.

4. Ausführliche Begründung

4.1. Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit als eigenständige Kriterien

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt. Voraussetzung einer rechtmäßigen Suizidassistentz ist jedoch eine freiverantwortliche Entscheidung. Das Gericht verlangt hierfür unter anderem eine „gewisse Dauerhaftigkeit“ und „innere Festigkeit“ des Entschlusses. Damit geht die Prüfung über die bloße punktuelle Feststellung von Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus.

Diese Anforderung hat eine eigene Schutzfunktion. Sie soll ausschließen, dass eine irreversible Entscheidung auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder einer aktuellen Stimmungslage beruht. Das Gericht weist zugleich darauf hin, dass Suizidwünsche häufig ambivalent und veränderlich sind. Die zeitliche Dimension ist damit kein nachgeordnetes Detail des Verfahrens, sondern Bestandteil der Freiverantwortlichkeitsprüfung selbst.

Für die praktische Ausgestaltung folgt daraus allerdings keine bestimmte verfassungsrechtlich vorgegebene Frist. Weder vier Wochen noch sechs Monate lassen sich unmittelbar aus dem Urteil ableiten. Das Gericht eröffnet dem Gesetzgeber vielmehr einen Gestaltungsspielraum für prozedurale Sicherungen und nennt ausdrücklich Aufklärungs- und Wartepflichten. Besonders bedeutsam ist, dass je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis von Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit gestellt werden können.

4.2. Warum vier Wochen als Relfrist nicht überzeugen

Die Leitlinie sieht in Empfehlung 23 zwei Beurteilungen im Abstand von mindestens vier Wochen vor. Eine Verlängerung oder Verkürzung soll im begründeten Einzelfall möglich sein. Zugleich hält die Leitlinie fest, dass es keine empirischen Erkenntnisse gibt, aus denen sich ableiten ließe, wie häufig und in welchem Abstand geprüft werden muss, um nicht dauerhafte Entscheidungen verlässlich zu erkennen.

Gerade deshalb ist die Festlegung eines Regelzeitraums eine normative Entscheidung unter Unsicherheit. Das NaSPro hält es nicht für überzeugend, ausgerechnet die kurze Frist von vier Wochen zum Ausgangspunkt zu machen. Eine solche Konstruktion führt dazu, dass nach Ablauf von vier Wochen eine Verlängerung zusätzlich begründet werden muss, obwohl es keine klaren Kriterien dafür gibt, wann diese Verlängerung angezeigt sein soll.

Praktisch entsteht damit ein asymmetrisches Verfahren: Ist nach vier Wochen die Freiverantwortlichkeit zweimal bejaht worden, besteht regelmäßig ein erheblicher Verfahrensimpuls in Richtung Abschluss. Eine weitere Beobachtungszeit muss aktiv begründet werden. Für die Prüfung eines Merkmals, dessen Kern gerade die Stabilität über die Zeit ist, erscheint dies dysfunktional. Plausibler ist die umgekehrte Konstruktion; Ein längerer Zeitraum bildet die Regel; wer ihn verkürzt, muss die hierfür sprechenden Umstände dokumentieren.

4.3. Besonderheit der deutschen Rechtslage und internationaler Vergleich

Internationale Regelungen können Hinweise für die Verfahrensgestaltung geben, sind aber nur eingeschränkt übertragbar. In mehreren Ländern ist der Zugang zu Euthanasie oder assistiertem Suizid an eine schwere oder unheilbare Erkrankung bzw. an medizinisch definiertes Leiden gebunden. Teilweise werden zusätzliche Anforderungen gestellt, wenn der Tod nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

In den Niederlanden gibt es keine allgemeine gesetzliche Wartefrist. Das Verfahren verlangt jedoch eine medizinische Ausgangssituation mit unerträglichem Leiden ohne Aussicht auf Besserung, die Prüfung zumutbarer Alternativen und die Beurteilung durch einen unabhängigen Arzt. Das Verfahren kann je nach Fall Wochen, Monate oder länger dauern.

Belgien sieht bei nicht in naher Zukunft erwartetem Tod ein verstärktes Verfahren vor. Kanada unterscheidet ebenfalls danach, ob der natürliche Tod vernünftigerweise vorhersehbar ist; bei nicht vorhersehbarem Tod gilt ein deutlich umfangreicheres Assessment mit einer grundsätzlich längeren Prüfdauer. Die Regelungen in der Schweiz kennen zwar kurze Mindestabstände zwischen Gesprächen, stellen daneben aber weitere Anforderungen an Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung, schwerwiegendes Leiden und die Prüfung von Alternativen.

Diese Unterschiede sind für Deutschland zentral. Das Bundesverfassungsgericht hat die Zulässigkeit der Suizidassistenz gerade nicht an eine bestimmte Erkrankung oder an eine terminale Situation geknüpft. Deshalb kann eine kurze Frist aus Systemen mit engeren materiellen Zugangskriterien nicht ohne Weiteres übernommen werden. Wenn die materielle Zugangsschwelle weiter ist, gewinnt die Verlässlichkeit der prozeduralen Prüfung an Gewicht.

4.4. Forschungsdaten zur zeitlichen Veränderlichkeit

Die Forschung erlaubt keine belastbare Aussage, ab wie dem Zeitraum ein Todes- oder Suizidwunsch als „dauerhaft“ gelten kann. Das gilt sowohl für allgemeine Suizidalitätsforschung als auch erst recht für die spezifische Situation einer Anfrage nach Suizidassistenz. Eine wissenschaftlich exakt begründbare Mindestfrist existiert daher nicht.

Die vorhandenen Längsschnittdaten zeigen jedoch, dass suizidale Gedanken und Wünsche keineswegs statisch sind. Kivelä et al. (2019) untersuchten den Verlauf suizidaler Ideation im Rahmen der NESDA-Studie über mehrere Jahre. Die Suizidideation nahm im Verlauf deutlich ab, besonders in der frühen Nachbeobachtungsphase. Saulnier et al. (2026) beschrieben nach psychiatrischer Hospitalisierung unterschiedliche Verläufe über sechs Monate, darunter einen großen Anteil mit raschem oder kontinuierlichem Rückgang der Suizidideation. Diese Befunde sind nicht unmittelbar auf Anfragen nach Suizidassistenz übertragbar; sie zeigen aber, dass relevante Veränderungen über die Zeit häufig sind.

Auch die Literatur zu Wünschen nach Euthanasie oder assistiertem Suizid belegt keine feste Zeitgrenze. Der systematische Review von Castelli Dransart et al. (2019) zeigt vielmehr die Heterogenität der zugrunde liegenden psychosozialen Faktoren und die begrenzte Evidenz zu tatsächlichen Entscheidungssituationen. Für Deutschland fehlt bislang eine belastbare systematische Datengrundlage; das RegAS-Projekt soll hierzu erstmals strukturierte Daten liefern.

Aus dieser Evidenz folgt nicht zwingend eine Frist von sechs Monaten. Sie spricht aber dagegen, vier Wochen als empirisch hinreichend abgesicherten Regelzeitraum zu behandeln. Der Vorschlag von sechs Monaten ist daher ausdrücklich als vorsorgliche prozedurale Setzung zu verstehen, die bei wichtigen Gründen verkürzt werden kann.

4.5. Unabhängigkeit der Beurteilenden

Empfehlung 24 sieht die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Personen vor. Die Leitlinie begründet dieses Mehr-Augen-Prinzip selbst mit der Irreversibilität der Entscheidung und der Notwendigkeit, Defizite der Freiverantwortlichkeit mit einem angemessenen Maß an Sicherheit auszuschließen.

Empfehlung 25 verlangt jedoch nur, dass mindestens eine dieser Personen ausschließlich die Freiverantwortlichkeit beurteilt und nicht an weiteren Prozessschritten beteiligt ist. Damit kann die zweite beurteilende Person zugleich in Beratung, Organisation oder Durchführung der Suizidassistenz einbezogen sein.

Das NaSPro erkennt zwar, dass die in Empfehlung 25 genannte Regelung nicht zwingend eine individuelle Befangenheit darstellt. Die Verbindung von Beurteilung und späterer Mitwirkung an der Suizidassistenz schafft jedoch einen vermeidbaren strukturellen Interessenkonflikt. Insbesondere dann, wenn die spätere Durchführung auch wirtschaftliche Interessen mit sich bringt. Dies gefährdet die Qualität des Verfahrens. Die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit sollte möglichst unabhängig von einem eigenen späteren Handlungsauftrag erfolgen. Das stärkt sowohl die tatsächliche Unabhängigkeit als auch die Nachvollziehbarkeit des Verfahrens nach außen.

Der in der Leitlinie angeführte Einwand eines höheren Personalbedarfs ist praktisch relevant, rechtfertigt aus Sicht des NaSPros aber nicht, die Unabhängigkeit eines der beiden Beurteilenden preiszugeben. Bei einer irreversiblen Entscheidung sollte die Funktionentrennung Vorrang vor organisatorischer Vereinfachung haben,

5. Schlussbemerkung

Das Nationale Suizidpräventionsprogramm unterstützt das Anliegen der Leitlinie, für den Umgang mit Anfragen nach Suizidassistenz fachlich nachvollziehbare und praxistaugliche Standards zu formulieren. Der Dissens zu den Empfehlungen 23 und 25 betrifft deshalb nicht die grundsätzliche Ausrichtung der Leitlinie, sondern zwei aus Sicht der Suizidprävention zentrale Sicherungselemente. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm bittet darum, dieses Sondervotum bei der Verabschiedung und Publikation der Leitlinie

kenntlich zu machen, Die alternativen Empfehlungen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms befinden sich unter "1. Unsere alternativen Empfehlungen".

Anlage: Literatur und Rechtsgrundlagen

- Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020- 2 BvR 2347/15 u. a.; insbesondere Rn. 232-245 und 339-341.
- Castelli Dransart DA; Lapierre S, Erlangsen A, et al. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide: Aging & Mental Health. 2021;25(3):420-430.
- Kivelä L, Krause-Utz A, Mouthaan J, et al. Longitudinal course of suicidal ideation and predictors of its persistence - A NESDA study. Journal of Affective Disorders. 2019;257:365- 375.
- Saulnier KG; Ilgen MA, Lapidès A, et al. Suicidal ideation trajectories among adults following psychiatric hospitalization. Behaviour Research and Therapy. 2026;199 :1 04997.
- Kremeike K, Hodiamont F, Koehes C, et al.; RegAS Study Group. Development, implementation, and evaluation of a registry for the documentation and analysis of assisted suicide in Germany (RegAS) - study protocol. BMC Medical Ethics. 2026;27:190.
- Netherlands: Regional Euthanasia Review Committees /.Government of the Netherlands, due-care criteria and procedure for euthanasia and assisted suicide:
- Belgium: Federal Commission for the Control and Evaluation of Euthanasia / FPS Public Health, legal requirements and procedure.
- Canada: Health Canada, Medical Assistance in Dying (MAID), safeguards for cases in which natural death is not reasonably foreseeable .
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Umgang mit Sterben und Tod/ Suizidhilfe, aktuelle Richtlinien.
- AWMF : Regelwerk Leitlinien: strukturierte Konsensfindung und Umgang mit begründetem Dissens.

Für Das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro)

Köln, 09.10.2026



Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc., **MHBA**