

Aus der  
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin  
Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München



**Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz in der deutschen  
Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen  
Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von  
**Julian Moritz Turiaux**

aus  
München

Jahr  
2026

---

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Erstes Gutachten: Prof. Dr. Claudia Bausewein

Zweites Gutachten: Prof. Dr. Martin Fegg

Drittes Gutachten: Priv. Doz. Dr. Mathias Schütz

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 05.02.2026

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INHALTSVERZEICHNIS .....</b>                                                                  | <b>1</b>  |
| <b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>                                                                     | <b>4</b>  |
| <b>ABSTRACT .....</b>                                                                            | <b>6</b>  |
| <b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>                                                               | <b>8</b>  |
| <b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>                                                                 | <b>9</b>  |
| <b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....</b>                                                                | <b>10</b> |
| <b>1 EINLEITUNG .....</b>                                                                        | <b>11</b> |
| 1.1 STERBEHILFE.....                                                                             | 11        |
| 1.1.1 <i>Begriffsklärung und Formen von Sterbehilfe .....</i>                                    | <i>11</i> |
| 1.1.2 <i>Rechtliche Entwicklungen der Sterbehilfe in Deutschland .....</i>                       | <i>12</i> |
| 1.1.2.1 Strafrecht und Sterbehilfe.....                                                          | 12        |
| 1.1.2.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit des § 217<br>StGb      14 |           |
| 1.1.2.3 Ärztliches Berufsrecht und Suizidassistentz .....                                        | 15        |
| 1.1.2.4 Betäubungsmittelgesetz und Suizidassistentz .....                                        | 16        |
| 1.1.2.5 Gesetzesentwürfe des Deutschen Bundestags zur Neuregelung der<br>Suizidassistentz.....   | 17        |
| 1.1.3 <i>Rechtliche Situation der Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen weltweit .....</i>       | <i>19</i> |
| 1.2 FREIVERANTWORTLICHKEIT .....                                                                 | 22        |
| 1.2.1 <i>Voraussetzungen für das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit.....</i>                   | <i>23</i> |
| 1.2.2 <i>Beurteilung der Freiverantwortlichkeit.....</i>                                         | <i>24</i> |
| 1.2.2.1 Übertragbarkeit der Operationalisierung der Einwilligungsfähigkeit .....                 | 24        |
| 1.2.2.2 Vorgehen zur Beurteilung der Unfähigkeit zur Freiverantwortlichkeit.....                 | 26        |
| 1.2.3 <i>Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit durch psychische Störungen .....</i>      | <i>26</i> |
| 1.3 SUIZIDALITÄT .....                                                                           | 28        |
| 1.3.1 <i>Definition und Klassifikation von Suizidalität.....</i>                                 | <i>28</i> |
| 1.3.2 <i>Epidemiologie.....</i>                                                                  | <i>29</i> |
| 1.3.3 <i>Risikofaktoren.....</i>                                                                 | <i>30</i> |

|          |                                                                                     |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.3.4    | <i>Die Interpersonale Theorie Suizidalen Verhaltens</i> .....                       | 33        |
| 1.4      | TODESWÜNSCHE IM KONTEXT DER PALLIATIVVERSORGUNG .....                               | 35        |
| 1.5      | FORSCHUNGSHINTERGRUND.....                                                          | 37        |
| 1.5.1    | <i>Daten zu Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen im Ausland</i> .....              | 37        |
| 1.5.2    | <i>Daten zu Suizidassistentz in Deutschland</i> .....                               | 38        |
| 1.6      | PROJEKTZIELE .....                                                                  | 39        |
| <b>2</b> | <b>METHODIK</b> .....                                                               | <b>41</b> |
| 2.1      | STUDIENDESIGN .....                                                                 | 41        |
| 2.2      | STICHPROBENBESCHREIBUNG UND -REKRUTIERUNG .....                                     | 41        |
| 2.3      | FRAGEBOGENENTWICKLUNG UND -PILOTIERUNG .....                                        | 41        |
| 2.4      | FRAGEBOGENBESCHREIBUNG .....                                                        | 42        |
| 2.5      | DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG .....                                                    | 44        |
| 2.6      | DATENAUFBEREITUNG.....                                                              | 44        |
| 2.7      | DATENANALYSE.....                                                                   | 45        |
| 2.8      | ANTWORTRATEN.....                                                                   | 46        |
| 2.9      | ETHISCHE UND RECHTLICHE ASPEKTE.....                                                | 47        |
| <b>3</b> | <b>ERGEBNISSE</b> .....                                                             | <b>48</b> |
| 3.1      | ANTWORTRATEN.....                                                                   | 48        |
| 3.2      | SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER TEILNEHMENDEN DGP-MITGLIEDER .....                    | 48        |
| 3.3      | HÄUFIGKEIT VON SUIZIDASSISTENZ-ANFRAGEN UND -PRAXIS.....                            | 50        |
| 3.4      | SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN DER SUIZIDBEGEHRENDEN PERSONEN.....                       | 51        |
| 3.5      | ANAMNESTISCHE DATEN DER SUIZIDBEGEHRENDEN PERSONEN.....                             | 53        |
| 3.6      | GRÜNDE FÜR SUIZIDWÜNSCHE .....                                                      | 55        |
| 3.7      | EINSCHÄTZUNG DER FREIVERANTWORTLICHKEITSKRITERIEN .....                             | 56        |
| 3.8      | UMGANG MIT SUIZIDASSISTENZ-ANFRAGEN .....                                           | 57        |
| 3.9      | GRÜNDE DAFÜR, KEINE SUIZIDASSISTENZ GELEISTET ZU HABEN .....                        | 59        |
| 3.10     | RAHMENBEDINGUNGEN DURCHGEFÜHRTER SUIZIDASSISTENZEN.....                             | 59        |
| 3.11     | SUIZIDASSISTENZ-FÄLLE .....                                                         | 61        |
| <b>4</b> | <b>DISKUSSION</b> .....                                                             | <b>63</b> |
| 4.1      | HÄUFIGKEIT VON SUIZIDASSISTENZ-ANFRAGEN UND -PRAXIS.....                            | 63        |
| 4.2      | SOZIODEMOGRAPHISCHE UND ANAMNESTISCHE DATEN DER SUIZIDBEGEHRENDEN<br>PERSONEN ..... | 65        |

|                                                            |                                                                                                   |            |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.3                                                        | GRÜNDE FÜR SUIZIDWÜNSCHE .....                                                                    | 66         |
| 4.4                                                        | UMGANG MIT SUIZIDASSISTENZ-ANFRAGEN UND EINSCHÄTZUNG DER<br>FREIVERANTWORTLICHKEITSKRITERIEN..... | 68         |
| 4.5                                                        | GRÜNDE DAFÜR, KEINE SUIZIDASSISTENZ GELEISTET ZU HABEN.....                                       | 69         |
| 4.6                                                        | RAHMENBEDINGUNGEN DURCHGEFÜHRTER SUIZIDASSISTENZEN.....                                           | 70         |
| 4.7                                                        | SUIZIDASSISTENZ-FÄLLE .....                                                                       | 72         |
| 4.8                                                        | STÄRKEN UND LIMITATIONEN.....                                                                     | 72         |
| 4.9                                                        | FAZIT UND AUSBLICK.....                                                                           | 74         |
| <b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>                           |                                                                                                   | <b>76</b>  |
| <b>ANHANG A: FRAGEBOGEN .....</b>                          |                                                                                                   | <b>98</b>  |
| <b>ANHANG B: UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG ETHIK.....</b> |                                                                                                   | <b>136</b> |
| <b>DANKSAGUNG .....</b>                                    |                                                                                                   | <b>137</b> |
| <b>AFFIDAVIT .....</b>                                     |                                                                                                   | <b>138</b> |
| <b>ÜBEREINSTIMMUNGSERKLÄRUNG.....</b>                      |                                                                                                   | <b>139</b> |
| <b>PUBLIKATIONSLISTE.....</b>                              |                                                                                                   | <b>140</b> |

## Zusammenfassung

Einleitung: Wissenschaftliche Daten zu Suizidassistenz-Anfragen und -Praxis stammen vorwiegend aus Nordamerika, den Benelux-Staaten und der Schweiz. Entsprechende Daten aus Deutschland sind kaum vorhanden. Die Studie zielte darauf ab, Suizidassistenz-Anfragen, die an Professionelle in der deutschen Palliativversorgung gerichtet wurden, deren Umgang mit diesen Anfragen sowie die Rahmenbedingungen, innerhalb derer assistierte Suizide stattfanden, zu beschreiben.

Methodik: Es wurde eine webbasierte Umfrage (Oktober 2023 - Januar 2024) unter allen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) durchgeführt, deren E-Mail-Adressen bekannt waren (n=5667). Der Fragebogen basierte auf einer umfassenden Literaturrecherche und wurde unter Beteiligung von Expert:innen aus einschlägigen Fachbereichen konzipiert. Die Daten wurden quantitativ-deskriptiv mit IBM SPSS Statistics<sup>®</sup> und qualitativ-inhaltsanalytisch mit MAXQDA<sup>®</sup> ausgewertet.

Ergebnisse: Aufruftrate 434/2585 (16,8%), Teilnehmendenrate 337/434 (77,6%), Abschlussrate 272/337 (80,7%). Insgesamt wurden n=321 Datensätze ausgewertet. Mehr als 60% der Teilnehmenden waren mindestens 51 Jahre alt (202/321, 62,9%), knapp 65% waren Frauen. Es nahmen mehrheitlich Ärzt:innen an der Umfrage teil (59,5%). Knapp ein Viertel der Teilnehmenden waren Pflegekräfte (24,6%). Knapp 60% der Teilnehmenden gaben an, seit 2020 konkrete Suizidassistenz-Anfragen erhalten zu haben (189/321, 58,9%). Bei den allermeisten Suizidassistenz-Fällen, die in der Umfrage berichtet wurden, lag eine Erkrankung vor (210/224, 93,8%). In mehr als 50% der Fälle litt die suizidbegehrende Person an einer Krebserkrankung (111/210, 52,9%). Am zweithäufigsten lag eine Amyotrophe Lateralsklerose (31/210, 14,8%) vor. 7,1% (15/210) der suizidbegehrenden Personen hatten eine psychische Erkrankung. Die am häufigsten angegebenen Gründe für die Suizidwünsche waren Autonomieverlust (153/224, 68,3%), Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen (128/224, 57,1%), Würdeverlust (122/224, 54,5%) und der Verlust der Kontrolle über körperliche Funktionen (117/224, 52,2%). In ca. einem Viertel der Fälle stimmten die Teilnehmenden eher nicht oder überhaupt nicht zu, dass die suizidbegehrende Person zum Zeitpunkt der Anfrage über existierende Hilfemöglichkeiten informiert war (52/220, 23,6%) bzw. dass der Suizidwunsch zum Zeitpunkt der Anfrage von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit getragen war (59/220, 26,8%). In ca. der Hälfte der Fälle erfolgte eine strukturierte Erfassung von Suizidwünschen (52,5%, 114/217). In knapp drei Viertel der Fälle mit anhaltendem Suizidwunsch erfolgte eine weitere Betreuung, ohne Suizidassistenz zu leisten

(84/113, 74,3%). In 10/113 Fällen (8,8%) wurde ein assistierter Suizid durchgeführt. In 4/10 Fällen erfolgte keine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit durch eine zusätzliche Fachkraft. Am häufigsten wurden Opioide als Suizidmittel eingesetzt (5/10), gefolgt von Barbituraten (3/10). In 8/10 Fällen betrug die Dauer zwischen Anfrage und Durchführung höchstens drei Monate.

Diskussion: Die Mehrheit der Teilnehmenden erhielt seit 2020 konkrete Suizidassistenten-Anfragen. Nach deren Ansicht waren wesentliche Freiverantwortlichkeitskriterien zum Zeitpunkt der Anfrage in bis zu einem Viertel der Fälle nicht erfüllt. Der Umgang der Teilnehmenden mit Suizidassistenten-Anfragen war in mehrerlei Hinsicht kompetent. Eine strukturierte Erfassung von Suizidwünschen ist unerlässlich für die Behandlungsplanung und die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit. Begutachtung und Durchführung der Suizidassistenten sollten personell getrennt werden. Die Entwicklung professioneller Standards ist erforderlich, um einen verantwortungsvollen Umgang mit Anfragen zu Suizidassistenten und deren Durchführung sicherstellen zu können. Entsprechende Anstrengungen werden bereits unternommen.

## Abstract

Introduction: Scientific data on requests for and practice of assisted suicide originate primarily from North America, the Benelux countries and Switzerland. Corresponding data from Germany are scarce. The study aimed to describe requests for assisted suicide addressed to professionals in German palliative care, how professionals handled requests and under which conditions assisted suicide took place.

Methods: A web-based survey (October 2023 - January 2024) was conducted among all members of the German Association for Palliative Medicine with known e-mail addresses (n=5667). The questionnaire was based on a comprehensive literature review and designed with participation of experts from relevant fields. A quantitative-descriptive data analysis was conducted with IBM SPSS Statistics® and a qualitative content analysis was conducted using MAXQDA®.

Results: View rate 434/2585 (16,8%), participation rate 337/434 (77,6%), completion rate 272/337 (80,7%). A total of n=321 data sets were analysed. More than 60% of the participants were at least 51 years old (202/321, 62.9%), almost 65% were women. The majority of respondents were doctors (59.5%). Just under a quarter of the participants were nurses (24.6%). Almost 60% of participants stated that they had received specific requests for assisted suicide since 2020 (189/321, 58,9%). The vast majority of assisted suicide cases reported in the survey involved an illness (210/224, 93.8%). In more than 50% of cases, the person requesting assisted suicide was suffering from cancer (111/210, 52.9%). The second most common disease was motor neurone disease (31/210, 14,8%). 7,1% (15/210) of the suicidal persons suffered from a mental disorder. The most frequently cited reasons for suicide wishes were loss of autonomy (153/224, 68,3%), loss of ability to perform activities of daily living (128/224, 57,1%), loss of dignity (122/224, 54,5%) and loss of control over physical functions (117/224, 52,2%). In around a quarter of cases, the participants tended not to agree or did not agree at all that the person requesting assisted suicide was informed about support options at the time of the request (52/220, 23,6%) or that the suicide wish was firm and deliberate at the time of the request (59/220, 26,8%). In about half of the cases, a structured assessment of suicide wishes was carried out (52,5%, 114/217). In almost three quarters of the cases with a persistent suicidal wish, further support was provided without providing assisted suicide (84/113, 74,3%). In 10/113 cases (8,8%), assisted suicide was provided. In 4/10 cases, there was no assessment of free responsibility by an additional specialist. Opioids were most frequently used as suicide

drugs (5/10), followed by barbiturates (3/10). In 8/10 cases, three months or less passed between the request for and the carrying out of assisted suicide.

Discussion: Most participants have received specific requests for assisted suicide since 2020. According to them, essential criteria of free responsibility were not met at the time of the request in up to a quarter of cases. In several respects participants dealt with requests for assisted suicide competently. Recording of suicide wishes in a structured manner is essential for treatment planning and assessment of free responsibility. The assessment and execution of assisted suicide should be performed by different individuals. The development of professional standards is necessary to ensure that requests for and practice of assisted suicide are handled responsibly. Corresponding efforts are already being made.

## Abbildungsverzeichnis

|                                                                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Abb. 1</b> Formen von Todeswünschen (modifiziert nach Kremeike et al., 2019) .....                                                                                                   | 36 |
| <b>Abb. 2</b> Antwortraten (eigene Abbildung).....                                                                                                                                      | 46 |
| <b>Abb. 3</b> Gründe für Suizidwünsche (n=224; Mehrfachantworten möglich; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....                                                                         | 56 |
| <b>Abb. 4</b> Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien (n=220; Abweichungen von 100% aufgrund von Runden auf die erste Nachkommastelle; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0) ..... | 57 |
| <b>Abb. 5</b> Initialer Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen (n=217; Mehrfachantworten möglich; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0) .....                                                   | 58 |
| <b>Abb. 6</b> Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen bei beständigem Suizidwunsch (n=113; Mehrfachantworten möglich; eigene Abbildung).....                                                | 58 |
| <b>Abb. 7</b> Gründe dafür, keine Suizidassistenz geleistet zu haben (n=83; Mehrfachantworten möglich; eigene Abbildung) .....                                                          | 59 |

## Tabellenverzeichnis

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tab. 1</b> Rechtliche Situation der Suizidassistenz/Tötung auf Verlangen weltweit (modifiziert nach Mroz et al., 2021, 2022).....       | 20 |
| <b>Tab. 2</b> Beispiele für Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit durch psychische Störungen (modifiziert nach Nedopil, 2022)..... | 27 |
| <b>Tab. 3</b> Soziodemographische Daten der teilnehmenden DGP-Mitglieder (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....                            | 49 |
| <b>Tab. 4</b> Häufigkeit von Anfragen und Durchführungen von Suizidassistenz/Tötung auf Verlangen (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....   | 51 |
| <b>Tab. 5</b> Soziodemographische Daten der suizidbegehrenden Personen (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....                              | 52 |
| <b>Tab. 6</b> Anamnestiche Daten der suizidbegehrenden Personen (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....                                     | 54 |
| <b>Tab. 7</b> Rahmenbedingungen durchgeführter Suizidassistenzen (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0).....                                    | 60 |

## Abkürzungsverzeichnis

|               |                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>BGH</b>    | Bundesgerichtshof                                                                           |
| <b>BtMG</b>   | Betäubungsmittelgesetz                                                                      |
| <b>BVerfG</b> | Bundesverfassungsgericht                                                                    |
| <b>BVerwG</b> | Bundesverwaltungsgericht                                                                    |
| <b>CFCEE</b>  | Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie                             |
| <b>DGP</b>    | Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin                                                  |
| <b>DGPPN</b>  | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde |
| <b>HC</b>     | Health Canada                                                                               |
| <b>ITS</b>    | Interpersonale Theorie Suizidalen Verhaltens                                                |
| <b>LNAW</b>   | Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften                                            |
| <b>MBO-Ä</b>  | (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte                   |
| <b>OHA</b>    | Oregon Health Authority                                                                     |
| <b>RKS</b>    | Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe                                              |
| <b>ShG</b>    | Suizidhilfegesetz                                                                           |
| <b>StGb</b>   | Strafgesetzbuch                                                                             |
| <b>WHO</b>    | World Health Organisation                                                                   |
| <b>WSDH</b>   | Washington State Department of Health                                                       |

# 1 Einleitung

## 1.1 Sterbehilfe

Im Anschluss an eine Begriffsklärung werden die unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe dargestellt. Darauf folgt eine ausführliche Betrachtung der aktuellen Rechtslage in Bezug auf die Sterbehilfe in Deutschland. Dabei wird das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26.02.2020 aufgrund seiner herausragenden Bedeutung für die deutsche Debatte um die Suizidassistenten eingehender betrachtet. Nach der Darstellung der beiden prominentesten Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Suizidassistenten in Deutschland schließt das Kapitel mit einem Überblick über die rechtliche Situation im Ausland.

### 1.1.1 Begriffsklärung und Formen von Sterbehilfe

Es existiert eine Bandbreite an Begrifflichkeiten, die weltweit verwendet werden, um unterschiedliche Formen von Sterbehilfe zu beschreiben (Downie et al., 2022). Der im Ausland weit verbreitete Begriff *Euthanasie* (engl. *euthanasia*) stammt aus dem Griechischen und bezeichnet den „schönen Tod“. Im Kontext der Zeit des Nationalsozialismus beschreibt der Begriff den systematischen Mord an ca. 300.000 Menschen mit körperlichen und psychischen Erkrankungen, deren Leben die NS-Ideologie als „lebensunwert“ verstand (Koppehl, 2017). Aufgrund der historischen Vorbelastung findet der Begriff im deutschen Sprachgebrauch heute kaum noch Verwendung. Auch der an dessen Stelle getretene Begriff der *Sterbehilfe* erscheint insofern problematisch, als er etwas Positives und Wünschenswertes suggeriert („Hilfe“), was mindestens im Falle einer *aktiven Sterbehilfe*, also einer Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen hin, als unangemessen empfunden werden kann (Nationaler Ethikrat, 2006). Aufgrund dieser und weiterer missverständlicher Begrifflichkeiten machte der Nationale Ethikrat – Vorgänger des heutigen Deutschen Ethikrates – im Jahr 2006 einen Vorschlag zur Terminologie von „*Entscheidungen und Handlungen am Lebensende, die sich mittelbar oder unmittelbar auf den Prozess des Sterbens und den Eintritt des Todes auswirken*“ (Nationaler Ethikrat, S. 96, 2006), die im Folgenden dargestellt werden soll.

*Sterbebegleitung* beschreibt demzufolge sämtliche Maßnahmen zur Pflege und Betreuung von Todkranken und Sterbenden. Das umfasst unter anderem die Unterstützung bei der Körperpflege, das Löschen von Durst und Hunger, die Reduktion von Symptomen wie Übelkeit und Atemnot, aber auch eine psychologische oder seelsorgerische Betreuung von

Sterbenden. Unter *Therapien am Lebensende* (früher *indirekte Sterbehilfe*) werden sämtliche medizinische Maßnahmen verstanden, die zum Ziel haben, das Leiden einer sterbenden Person zu lindern. Dabei wird in Kauf genommen, dass der Tod infolge der Maßnahme unter Umständen vorzeitig eintritt. Beispiele für *Therapien am Lebensende* sind eine hochdosierte Schmerzmedikation oder eine palliative Sedierung. Der Begriff *Sterbenlassen* (früher *passive Sterbehilfe*) beschreibt den Verzicht auf lebensverlängernde medizinische Maßnahmen, der zu einem früheren Todeseintritt führt, als es bei Beibehaltung der Maßnahme zu erwarten wäre. Dies kann in der Unterlassung, eine lebensverlängernde Maßnahme zu beginnen, aber auch in der Beendigung einer bereits begonnenen Maßnahme bestehen. Beispiele für *Sterbenlassen* sind der Verzicht auf künstliche Ernährung oder die Einstellung einer künstlichen Beatmung. Der Begriff *Tötung auf Verlangen* (früher *aktive Sterbehilfe*) beschreibt den Umstand, dass auf das ausdrückliche und ernstliche Verlangen einer Person hin, medizinisch nicht indizierte Maßnahmen angewandt werden, um den Tod der Person herbeizuführen, der krankheitsbedingt noch nicht eintreten würde. Beispiele hierfür sind die Verabreichung einer letalen Medikamentendosis oder einer todbringenden Spritze. Davon abzugrenzen ist die *Beihilfe zur Selbsttötung* (auch *Suizidassistentz* oder *assistierter Suizid*). Dabei unterstützt eine Person eine andere Person bei der Vorbereitung oder Durchführung einer *freiverantwortlichen*<sup>1</sup> Selbsttötung, z.B. durch Verschreibung eines todbringenden Medikaments (Nationaler Ethikrat, 2006). Im Gegensatz zur *Tötung auf Verlangen* führt die suizidbegehrende Person im Falle einer *Suizidassistentz* die Tat selbst aus und behält damit die sog. *Tatherrschaft* (Bundesgerichtshof (BGH), 1963).

## 1.1.2 Rechtliche Entwicklungen der Sterbehilfe in Deutschland

### 1.1.2.1 Strafrecht und Sterbehilfe

Die aktuelle Rechtsprechung erachtet *Therapien am Lebensende* als rechtlich zulässig (BGH, 1996, 2001). Dies wird unter anderem damit begründet, dass die Ermöglichung eines würdevollen und schmerzfreien Todes entsprechend dem Patient:innenwillen ein höherwertigeres Rechtsgut darstelle als die Aussicht auf ein geringfügig längeres Leben unter schwersten Schmerzen (BGH, 1996).

In seinem Urteil vom 13.09.1994 stellte der BGH fest, dass der Abbruch einer medizinischen Maßnahme (*Sterbenlassen*) auch dann rechtlich zulässig sei, wenn der

---

<sup>1</sup> Der Begriff *Freiverantwortlichkeit* im Kontext von Suizidentscheidungen wird in Kapitel 1.2 ausführlich erklärt.

Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Von zentraler Bedeutung in diesem Zusammenhang sei der mutmaßliche Wille des:der Patient:in. Es seien strenge Anforderungen an die Voraussetzungen für die Annahme zu stellen, dass der:die Patient:in mit dem Abbruch der Maßnahme einverstanden ist. Maßgeblich hierfür seien vergangene mündliche oder schriftliche Äußerungen des:der Patient:in, dessen:deren religiöse Überzeugungen, persönliche Wertvorstellungen sowie die altersbedingte Lebenserwartung (BGH, 1994). In dem daran anknüpfenden Urteil vom 25.06.2010 stellte der BGH fest, dass das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer medizinischen Maßnahme (*Sterbenlassen*) rechtlich nicht nur zulässig, sondern sogar geboten sei. Voraussetzung für einen sog. *gerechtfertigten Behandlungsabbruch* sei, dass dieser dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patient:innenwillen entspricht und das Ziel verfolgt, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen (BGH, 2010).

Die Tötung eines:einer Patient:in, der:die keinen Sterbewunsch hat, ist strafbar im Sinne des § 212 Strafgesetzbuch (StGb; *Totschlag*) bzw. des § 211 StGb (*Mord*). Auch durch das Vorliegen eines ausdrücklichen und ernsthaften Verlangens eines:einer Patient:in, getötet zu werden, wird eine Tötung nicht zu einer rechtmäßigen Handlung und ist somit strafbewehrt (§ 216 StGb, *Tötung auf Verlangen*). Der Gesetzgeber wertet den ausdrücklichen Sterbewunsch der getöteten Person jedoch als unrechts- und schuld mindernd, was sich in einem im Vergleich zu den zuvor erwähnten Tötungsdelikten erheblich geringerem Strafmaß widerspiegelt (Nationaler Ethikrat, 2006).

Im Gegensatz zur *Tötung auf Verlangen* ist die *Beihilfe zur Selbsttötung* straffrei. Dies ergibt sich aus der Rechtsdogmatik, dass eine Bestrafung wegen Beihilfe eine rechtswidrige Haupttat voraussetzt. Diese ist im Falle einer *Beihilfe zur Selbsttötung* nicht gegeben, da die (versuchte) Selbsttötung an sich straffrei ist. Deren Straflosigkeit ergibt sich wiederum daraus, dass §§ 211 ff. StGb (*Tötungsdelikte*) die Tötung einer anderen Person voraussetzen und das deutsche Rechtssystem keine Pflicht zum Weiterleben kennt (Henking, 2015). Die Straffreiheit der *Beihilfe zur Selbsttötung* setzt jedoch voraus, dass der:die Suizident:in eigenständig gehandelt – die sog. *Tatherrschaft* innehatte (BGH, 1963) – und sich *freiverantwortlich* zum Suizid entschieden hat (Henking, 2015). Aufgrund der herausgehobenen Bedeutung der *Freiverantwortlichkeit* für die Debatte um die *Suizidassistentz* erfolgt eine ausführliche Erläuterung des Konzepts in Kapitel 1.2.

Die bis zum Jahr 2015 zunehmende Tätigkeit von Sterbehilfeorganisationen in Deutschland führte zu Forderungen nach einer strafrechtlichen Regelung der Suizidassistentz (Henking, 2015). Nach einer intensiven Debatte entschied sich der Bundestag am 06.11.2015

für die Annahme des Entwurfes eines *Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung* (Brand et al., 2015; Deutscher Bundestag, 2015). Die am 10.12.2015 in Kraft getretene Strafnorm (§ 217 Abs. 1 StGb) stellte fortan die *geschäftsmäßige* – die auf Wiederholung angelegte, nicht notwendigerweise kommerziell orientierte – Suizidassistentz unter Strafe. Angehörige und andere nahestehende Personen dagegen blieben straffrei (§ 217 Abs. 2 StGb). Ziel des zugrundeliegenden Gesetzesentwurfes war es, zu verhindern, dass sich die Suizidassistentz zu einem normalen Angebot der Gesundheitsversorgung in Deutschland entwickelt. Die Autor:innen führten aus, dass eine Gewöhnung an organisierte Suizidassistentz-Angebote dazu führen könnte, dass allen voran alte und/oder kranke Menschen sich einem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt fühlen könnten. Zum Schutz der Selbstbestimmung und des Grundrechts auf Leben müssten geschäftsmäßige Angebote der Suizidassistentz verboten werden (Brand et al., 2015).

Gegen § 217 StGb reichten Sterbehilfeorganisationen, schwer erkrankte Menschen, die mithilfe einer Sterbehilfeorganisation ihr Leben beenden wollten, in der Patient:innenversorgung tätige Ärzt:innen sowie im Bereich suizidbezogener Beratung tätige Rechtsanwält:innen Verfassungsbeschwerde ein (BVerfG, 2020). Am 26.02.2020 schließlich erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem wegweisenden Urteil § 217 StGb für verfassungswidrig und nichtig. Im folgenden Kapitel wird der Inhalt dieses Urteils genauer dargestellt.

### **1.1.2.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit des § 217 StGb**

Das BVerfG begründete die Verfassungswidrigkeit des § 217 StGb damit, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse und dies auch die Freiheit einschließe, das eigene Leben zu beenden und dafür die freiwillige Unterstützung Dritter in Anspruch zu nehmen (Rn 208). Wie keine andere Entscheidung sei es Ausdruck der persönlichen Identität, unter welchen Umständen ein Mensch Sinn in seinem Leben sieht bzw. das eigene Leben beenden möchte (Rn 209).

Im Kontrast zur Rechtsprechung in anderen Ländern (siehe Kapitel 1.1.3), sei das Recht auf selbstbestimmtes Sterben laut dem Gerichtsurteil nicht auf fremddefinierte Situationen begrenzt, wie z.B. terminale Erkrankungen oder bestimmte Lebensphasen (Rn 210). Das BVerfG argumentierte, dass eine solche Beschränkung eine Bewertung der Motive der suizidbegehrenden Person impliziere, was wiederum dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes zuwiderlaufe (Rn 210).

Übereinstimmend mit den Ausführungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte schreibt das BVerfG dem Staat jedoch die Verantwortung zu, sicherzustellen, dass die Entscheidung für eine Suizidassistenz *freiverantwortlich* getroffen wird (Rn 232, 305). Für das Vorliegen von *Freiverantwortlichkeit* formulierte das BVerfG konkrete Voraussetzungen (Rn 240 ff.), die in Kapitel 1.2 genauer beschrieben werden.

Weiters stellte das BVerfG fest, dass der Gesetzgeber einen legitimen Zweck damit verfolge, im Sinne der Wahrnehmung seiner staatlichen Schutzpflicht, konkret drohenden Gefahren für die persönliche Autonomie von Seiten Dritter entgegenzuwirken (z.B. gesellschaftliche Normalisierung von Suizidassistenz; Rn 233). Er dürfe Entwicklungen entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen, Suizid zu begehen, fördern (Rn 235). Das Gericht teile die Annahme des Gesetzgebers, dass die Selbstbestimmung und das Leben durch eine gänzlich unregulierte geschäftsmäßige Suizidassistenz gefährdet sei (Rn 248). Die aus § 217 StGB hervorgehende Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts sei jedoch insofern unverhältnismäßig, als dem Individuum kaum verlässliche reale Optionen außerhalb der geschäftsmäßigen Suizidhilfe zur Verfügung stünden, eine freiverantwortliche Suizidentscheidung umzusetzen (Rn 280). Die Ausübung des grundgesetzlich verankerten Rechts, das eigene Leben durch die freiwillige Unterstützung Dritter zu beenden, werde durch § 217 StGB folglich verunmöglicht (Rn 264).

Um die Selbstbestimmung des:der Einzelnen in Bezug auf das eigene Leben zu schützen, gewährte das BVerfG dem Gesetzgeber Spielräume, die organisierte Suizidassistenz zu regulieren und zeigte mögliche Verfahrenswege auf. Diese reichen von gesetzlichen Aufklärungs- und Wartepflichten über Erlaubnisvorbehalte zur Sicherung der Zuverlässigkeit von Suizidassistenz-Angeboten bis zu Verboten besonders gefahrenträchtiger Formen von Suizidhilfe (Rn 339). Jedwede Regulierung müsse jedoch die Entfaltung und Umsetzung des individuellen Rechts auf selbstbestimmtes Sterben ausreichend ermöglichen. Eine entsprechende Gestaltung des Berufsrechts der Ärzt:innen und Apotheker:innen sowie des Betäubungsmittelrechts sei erforderlich (Rn 341).

### **1.1.2.3 Ärztliches Berufsrecht und Suizidassistenz**

Bis zum Jahr 2011 galt laut „(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ (MBO-Ä), dass diese das Leben von Sterbenden nicht aktiv verkürzen dürfen. Auf dem 114. Deutschen Ärztetag wurde eine Präzisierung des entsprechenden Paragraphen beschlossen (§ 16 S. 3 MBO-Ä). Fortan galt die über das Strafrecht hinaus reichende Vorschrift, dass Ärzt:innen keine Hilfe zum Suizid leisten dürfen (Ärzte Zeitung, 2011). Eine

bundeseinheitliche Regelung bestand jedoch insofern nicht, als lediglich zehn der siebzehn Landesärztekammern § 16 S. 3 MBO-Ä in ihre jeweiligen Berufsordnungen übernommen haben (Borasio et al., 2020). Unter Berücksichtigung des BVerfG-Urteils vom 26.02.2020 (siehe Kapitel 1.1.2.2) beschloss der 124. Deutsche Ärztetag die Streichung des § 16 S. 3 MBO-Ä. Seitdem besteht kein berufsrechtliches Verbot mehr für Ärzt:innen, Suizidassistenten zu leisten (Bundesärztekammer, 2021). Der 127. Deutsche Ärztetag ergänzte schließlich folgenden Passus (§ 16 S. 3 MBO-Ä): „Die Mitwirkung bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) ist grundsätzlich keine ärztliche Aufgabe. Sie ist bei schwerer oder unerträglicher Erkrankung nach wohlabgewogener Gewissensentscheidung im Einzelfall zulässig.“ (Bundesärztekammer, 2023).

#### **1.1.2.4 Betäubungsmittelgesetz und Suizidassistenten**

Nach § 30 Abs. 1 Nr. 3 (*Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln*) des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) ist die Abgabe, Verabreichung oder Überlassung von Betäubungsmitteln zum unmittelbaren Verbrauch und eine dadurch leichtfertige Verursachung des Todes einer anderen Person mit einer Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren bewährt. Im Jahr 2001 entschied der BGH jedoch, dass die Bestrafung der beim Suizid unterstützenden Person gemäß dieser Norm ausgeschlossen sei, wenn der Suizidentschluss freiverantwortlich ist (BGH, 2001).

Es wird jedoch diskutiert, ob sich eine Person durch die Verschreibung oder Verschaffung von Betäubungsmitteln zum Zwecke einer Suizidassistenten nach § 29 BtMG i.V.m. § 13 BtMG strafbar machen könnte (Borasio et al., 2020). Zum einen dürfen die in Anlage III des BtMG aufgeführten Betäubungsmittel nur von Ärzt:innen, Zahnärzt:innen und Tierärzt:innen verschrieben, verabreicht oder zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden (§ 13 Abs. 1 BtMG). Nichtärztliche Personen, die einer anderen Person entsprechende Betäubungsmittel verschaffen, machen sich dementsprechend strafbar. Zum anderen ist eine Verschreibung, Verabreichung oder Überlassung entsprechender Betäubungsmittel nur dann möglich, wenn ihre Applikation am oder im menschlichen oder tierischen Körper begründet ist (§ 13 Abs. 1 BtMG). Im rechtswissenschaftlichen Diskurs ist umstritten, ob die Verwendung von Betäubungsmitteln zum Zwecke eines freiverantwortlichen Suizids eine im Sinne dieser Norm begründete Anwendung darstellt. Die vorherrschende Meinung ist jedoch, dass eine solche Anwendung im Widerspruch zur Zielsetzung des BtMG steht, zumal eine Tötung nicht als Heilung oder Linderung begriffen werden kann und damit kein therapeutisches Ziel verfolgt (Feldmann, 2009; Gavela, 2013; Hillenkamp, 2014; zitiert nach Borasio et al., 2020).

Im Kontrast dazu hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) im Jahr 2017 entschieden, dass die Abgabe eines Betäubungsmittels<sup>2</sup> zum Zwecke eines Suizids mit dem BtMG ausnahmsweise vereinbar sei, wenn sich die suizidbegehrende Person wegen einer terminalen Erkrankung in einer extremen Notlage befindet. Voraussetzung für deren Vorliegen sei, dass die terminale Erkrankung mit erheblichem physischen Leid verbunden ist, das bei der betroffenen Person zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden kann. Darüber hinaus müsse die betroffene Person entscheidungsfähig sein und ihr Entschluss, das eigene Leben zu beenden, von Freiheit und Ernsthaftigkeit getragen sein. Nicht zuletzt sei eine solche Notlage nur dann gegeben, wenn der betroffenen Person keine andere zumutbare Möglichkeit zur Verfügung steht, ihren Sterbewunsch zu realisieren. In dem beschriebenen Ausnahmefall müsse das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entsprechende Betäubungsmittel auf Antrag herausgeben (BVerwG, 2017). Im Widerspruch zum BVerwG-Urteil lehnte das BfArM darauffolgende Anträge auf Erlaubnis des Erwerbs eines Betäubungsmittels zum Zwecke eines Suizids ausnahmslos ab. Im Juli 2018 wies das Bundesgesundheitsministerium das BfArM an, derartige Anträge negativ zu bescheiden (Deutsches Ärzteblatt, 2019). Die dagegen gerichteten Klagen blieben erfolglos. Im November 2023 entschied das BVerwG, dass die Erlaubnisversagung für den Erwerb des zur Debatte stehenden Betäubungsmittels (Natrium-Pentobarbital) angesichts der verfügbaren Möglichkeiten zum medizinisch begleiteten Suizid mit dem grundgesetzlich geschützten Recht auf selbstbestimmtes Sterben vereinbar sei (BVerwG, 2023). Somit ist die Einfuhr, Abgabe oder Verschreibung von Natrium-Pentobarbital zum Zwecke eines assistierten Suizids gemäß der aktuellen Rechtsprechung in Deutschland nicht zulässig.

#### **1.1.2.5 Gesetzesentwürfe des Deutschen Bundestags zur Neuregelung der Suizidassistentz**

Auf eine Orientierungsdebatte des Deutschen Bundestags im April 2021 folgte im Juni 2022 die Beratung dreier Gesetzesinitiativen interfraktioneller Gruppen zur Reform der Suizidassistentz (Castellucci et al., 2022; Helling-Plahr et al., 2022; Künast et al., 2022). Nach Zusammenführung zweier Entwürfe (Helling-Plahr et al., 2022; Künast et al., 2022) und Abänderung des dritten Entwurfs (Castellucci et al., 2022) passierten zwei Gesetzentwürfe den

---

<sup>2</sup> In diesem konkreten Fall ging es um 15 g Natrium-Pentobarbital (Pentobarbital in Form von Natriumsalz). Dabei handelt es sich um ein Barbiturat, das in Deutschland unter das Betäubungsmittelrecht fällt (Wissenschaftliche Dienste – Deutscher Bundestag, 2020).

zuständigen Rechtsausschuss ((6. Ausschuss) (RA), 2023), die im Folgenden skizziert werden sollen.

Der abgeänderte „Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung“ sieht vor, die Suizidassistentz weiterhin im Rahmen des Strafrechts zu regeln (Castellucci et al., 2022; RA, 2023). Demzufolge soll die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung weiterhin strafbar sein und kann mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe belegt werden. Unter folgenden Voraussetzungen jedoch soll deren Rechtswidrigkeit entfallen: Die betreffende Person muss volljährig und einsichtsfähig sein. Im Rahmen zweier psychiatrischer/psychotherapeutischer Untersuchungstermine – bei Vorliegen einer terminalen Erkrankung und zugleich begrenzter Lebenserwartung ist ein Termin ausreichend – muss eine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung ausgeschlossen und die Freiverantwortlichkeit des Entschlusses festgestellt werden. Zwischen den Untersuchungsterminen hat ein ergebnisoffenes Beratungsgespräch zu erfolgen. Der Suizid darf frühestens zwei Wochen und spätestens zwei Monate nach dem zweiten Untersuchungstermin erfolgen (Castellucci et al., 2022; RA, 2023).

Im Kontrast zu dem zuvor beschriebenen Gesetzesentwurf möchte der Entwurf für ein „Gesetz zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Regelung der Hilfe zu Selbsttötung (Suizidhilfegesetz (ShG))“ die Suizidassistentz außerhalb des Strafrechts regeln (RA, 2023). Kern des Entwurfes ist die Normierung des Rechts auf freiverantwortlichen Suizid und Hilfeleistung dabei. Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass die Länder staatlich zertifizierte Beratungsstellen zur Verfügung stellen, bei denen sich Betroffene bezüglich einer Suizidassistentz beraten lassen können. Ärzt:innen soll die Verschreibung von Arznei- oder Betäubungsmitteln an volljährige Personen, die einen freiverantwortlichen Suizid vollziehen möchten, ermöglicht werden. Davor muss eine umfassende Aufklärung erfolgen und durch Vorlage einer Bescheinigung nachgewiesen werden, dass sich die betreffende Person höchstens drei Monate und mindestens drei Wochen vor Verschreibung bei einer Beratungsstelle beraten lassen hat. Es ist eine Härtefallregelung insbesondere für terminal erkrankte Menschen mit begrenzter Lebenserwartung vorgesehen, der zufolge ein Suizidmittel auch ohne Vorlage einer Bescheinigung verschrieben werden kann.

Beide Gesetzesentwürfe lehnte der Deutsche Bundestag in einer Abstimmung am 06.07.2023 mehrheitlich ab (Deutscher Bundestag, 2023). Ein gemeinsamer Antrag zur Stärkung der Suizidprävention (Kappert-Gonthier et al., 2023) wurde dagegen mit großer Mehrheit angenommen (Deutscher Bundestag, 2023). Somit besteht bis zum gegenwärtigen

Zeitpunkt (Juli 2025), mehr als fünf Jahre nach dem Urteil des BVerfG (2020), keine gesetzliche Neuregelung der Suizidassistentz.

### **1.1.3 Rechtliche Situation der Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen weltweit**

Innerhalb der letzten 30 Jahre haben zahlreiche Länder rechtliche Grundlagen geschaffen, mittels einer Gesetzes oder eines höchstrichterlichen Urteils, um Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen zu ermöglichen. Im Jahr 2019 lebten bereits über 200 Millionen Menschen weltweit in Staaten, in denen mindestens die Suizidassistentz legal bzw. straffrei ist (Mroz et al., 2021). In einigen weiteren Staaten, wie z.B. Großbritannien (Deutsches Ärzteblatt, 2024a), Island (Iceland Review, 2024) und Südkorea (The Korea Times, 2022) wird eine entsprechende Gesetzgebung diskutiert. In Frankreich passierte ein entsprechendes Gesetz bereits die Nationalversammlung (Die Zeit, 2025).

Während in Australien, Neuseeland, Kanada, Kolumbien, den Benelux-Staaten sowie Spanien neben der Suizidassistentz durch Ärzt:innen auch die Tötung auf Verlangen legal ist, erlauben einige US-Bundesstaaten, die Schweiz, Italien, Österreich und Deutschland ausschließlich die Suizidassistentz (Mroz et al., 2022). In jeder dieser Rechtsordnungen finden sich inhaltliche und verfahrensrechtliche Anforderungen, die an die Zulässigkeit von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen geknüpft sind. Bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Regelungen besteht – mit wenigen Ausnahmen – wesentliche Übereinstimmung in Bezug auf folgende Aspekte:

- die Person muss volljährig sein
- die Anfrage muss freiwillig, wohl überlegt und von Dauer sein
- die Person muss an einer schweren oder unheilbaren körperlichen Erkrankung leiden
- die Person muss ein unerträgliches physisches oder psychisches Leid erfahren, das nicht gelindert werden kann
- der:die Ärzt:in muss die betroffene Person über ihre Problemlage und bestehende Behandlungsoptionen aufklären und beide Parteien müssen zu dem Schluss gekommen sein, dass keine Aussicht auf Besserung besteht
- ein:e zweite:r unabhängige:r Ärzt:in muss konsultiert worden sein
- eine Wartefrist zwischen Anfrage und Durchführung muss eingehalten werden (Mroz et al., 2021)

Die Zulässigkeit von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen für Minderjährige und Menschen mit einer psychischen Störung wird sehr kontrovers diskutiert (Cuman & Gastmans, 2017; Marckmann & Pollmächer, 2024). Lediglich die Benelux-Staaten und Kanada verfügen über gesetzliche Regelungen, die Menschen mit einer psychischen Störung Zugang zu Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen unter bestimmten Voraussetzungen ermöglichen (Mroz et al., 2022). Die Niederlande und Belgien sind die einzigen Staaten weltweit, in denen auch Minderjährigen mit Einsichtsfähigkeit ein Recht auf Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen gesetzlich zugesprochen wird (Raus, 2016).

In Bezug auf die Suizidassistentz befindet sich Deutschland in einer liberalen Sonderposition, zumal das Recht auf selbstbestimmtes Sterben laut dem BVerfG-Urteil (2020) nicht auf Menschen in bestimmten Lebensphasen oder mit schweren Krankheitszuständen beschränkt ist (siehe Kapitel 1.1.2.2). Folgerichtig könnte eine Suizidassistentz auch im Falle eines z.B. 15-jährigen, gesunden Jugendlichen rechtlich zulässig sein. Die im Deutschen Bundestag eingebrachten Gesetzesentwürfe (siehe Kapitel 1.1.2.5) sowie die einschlägigen Debattenbeiträge (z.B. Deutscher Ethikrat, 2022; Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (LNAW), 2021) knüpfen die Zulässigkeit der Suizidassistentz jedoch an die Volljährigkeit. Es ist folglich zu erwarten, dass eine etwaige künftige gesetzliche Regelung ebenso verfahren wird.

Die folgende Tabelle (Tab. 1)<sup>3</sup> gibt einen Überblick über die rechtliche Situation in Staaten, in denen Suizidassistentz und/oder Tötung auf Verlangen legal bzw. straffrei ist:

**Tab. 1** Rechtliche Situation der Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen weltweit (modifiziert nach Mroz et al., 2021, 2022)

| Gerichtsbarkeit                                                   | Jahr der 1. Gesetzgebung/des 1. Gerichtsurteils | Suizidassistentz legal/straffrei | Tötung auf Verlangen legal/straffrei | Bestimmte Diagnose/Prognose vorausgesetzt | Volljährigkeit vorausgesetzt |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Europa</b>                                                     |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |
| Deutschland                                                       | 2020                                            | ja                               | nein                                 | nicht spezifiziert                        | nicht spezifiziert           |
| Belgien                                                           | 2020                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | nein                         |
| Italien                                                           | 2019                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | nicht spezifiziert           |
| <i>Anmerkung:</i> Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite. |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |

<sup>3</sup>Aufgrund der Dynamik der rechtlichen Entwicklungen weltweit erhebt die Tabelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

| Gerichtsbarkeit                                                   | Jahr der 1. Gesetzgebung/des 1. Gerichtsurteils | Suizid-assistenz legal/straffrei | Tötung auf Verlangen legal/straffrei | Bestimmte Diagnose/Prognose vorausgesetzt | Volljährigkeit vorausgesetzt |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| Luxemburg                                                         | 2009                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Niederlande                                                       | 2002                                            | ja                               | ja                                   | nicht spezifiziert                        | nein                         |
| Österreich                                                        | 2021                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Portugal                                                          | 2023                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Schweiz                                                           | 1942                                            | ja                               | nein                                 | nicht spezifiziert                        | nicht spezifiziert           |
| Spanien                                                           | 2021                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| <b>USA</b>                                                        |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |
| D.C.                                                              | 2016                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Hawai                                                             | 2018                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Kalifornien                                                       | 2015                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Kolorado                                                          | 2016                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Maine                                                             | 2019                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Montana                                                           | 2009                                            | ja                               | nein                                 | nicht spezifiziert                        | nicht spezifiziert           |
| New Jersey                                                        | 2019                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| New Mexico                                                        | 2021                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Oregon                                                            | 1997                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Vermont                                                           | 2013                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| Washington                                                        | 2009                                            | ja                               | nein                                 | ja                                        | ja                           |
| <b>Amerika ohne USA</b>                                           |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |
| Kanada                                                            | 2016                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Kolumbien                                                         | 1997                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Peru                                                              | 2021                                            | ja                               | ja                                   | nicht spezifiziert                        | nicht spezifiziert           |
| <b>Australien</b>                                                 |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |
| New South Wales                                                   | 2023                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| <i>Anmerkung: Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.</i> |                                                 |                                  |                                      |                                           |                              |

| Gerichtsbarkeit    | Jahr der 1. Gesetzgebung/des 1. Gerichtsurteils | Suizidassistentz legal/straffrei | Tötung auf Verlangen legal/straffrei | Bestimmte Diagnose/Prognose vorausgesetzt | Volljährigkeit vorausgesetzt |
|--------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|
| Northern Territory | 1995                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Queensland         | 2021                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| South Australia    | 2021                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Tasmanien          | 2021                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Victoria           | 2017                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| Western Australia  | 2019                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |
| <b>Neuseeland</b>  | 2019                                            | ja                               | ja                                   | ja                                        | ja                           |

## 1.2 Freiverantwortlichkeit

Der Begriff der *Freiverantwortlichkeit* wurde schon vor dem BVerfG-Urteil vom 26.02.2020 (siehe Kapitel 1.1.2.2) vom BGH verwendet (1984, 2019) und hat sich innerhalb der letzten Jahre in der deutschen Debatte um die Suizidassistentz etabliert (z.B. Castellucci et al., 2022; Cording & Saß, 2020; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), 2024; LNAW, 2021; Saß & Cording, 2022).

In seinem Urteil vom 26.02.2020 betonte das BVerfG, dass der Staat dafür Sorge tragen müsse, dass die individuelle Autonomie bei der Entscheidung über die Lebensbeendigung geschützt werden müsse. Die zwingende Voraussetzung von Freiverantwortlichkeit für die Zulässigkeit von Suizidassistentz begründete das Gericht mit der Irreversibilität des Vollzugs einer Suizidentscheidung (Rn 232). Konkret formulierte das Gericht vier Kriterien für das Vorliegen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung, die im folgenden Kapitel genauer betrachtet werden. In den darauffolgenden Kapiteln wird ein mögliches Vorgehen zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit hergeleitet. Abschließend wird überblicksartig dargestellt, wie psychische Störungen die Freiverantwortlichkeit einschränken bzw. aufheben können.

### 1.2.1 Voraussetzungen für das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit

Das BVerfG (2020) formulierte spezifische Voraussetzungen, die vorliegen müssen, um von einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung ausgehen zu können (Rn 240 ff.).

Eine Voraussetzung sei die *Fähigkeit, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störungen bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können* (Rn 241). In diesem Zusammenhang verweist das Gericht auf die Einschätzung der Sachverständigen, dass psychische Störungen die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung erheblich gefährden können, aber nicht müssen. Den sachkundigen Dritten zufolge läge bei ca. 90% der tödlichen Suizidhandlungen ein psychische Störung vor. Darunter befände sich am häufigsten eine Depression (40–60%), die bei ca. einem Fünftel bis einem Viertel der Suizident:innen eine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit zur Folge hätte. Insbesondere unter älteren und schwerkranken Menschen sei der Anteil derjenigen groß, die im Rahmen einer depressiven Störung Suizid vollziehen (Rn 245). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass eine psychische Erkrankung Freiverantwortlichkeit nicht ausschließt und umgekehrt Freiverantwortlichkeit bei psychisch gesunden Menschen nicht notwendigerweise gegeben ist (Saß & Cording, 2022; Schneider, 2022).

Eine weitere Voraussetzung sei die *tatsächliche Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte*. Es sei insbesondere erforderlich, dass die suizidbegehrende Person Handlungsalternativen zum Suizid kennt, deren Folgen bewertet und ihre Entscheidung auf Basis aller erheblichen Informationen trifft. Das Gericht verweist in diesem Zusammenhang auf die Grundsätze, die bei einer Einwilligung in eine Heilbehandlung gelten (Rn 242). Nach Ansicht der Sachverständigen seien Suizidwünsche sehr häufig von falschen Vorstellungen, realitätsfernen Annahmen und Ängsten begleitet. Suizidwünsche würden häufig überdacht, wenn die betreffende Person über ihre individuelle Problemlage und mögliche Alternativen zum Suizid aufgeklärt wird. Entsprechend schätzt das BVerfG eine umfassende Beratung und Aufklärung als zwingend erforderlich ein (Rn 246).

Darüber hinaus müsse die betroffene Person bei ihrer Suizidentscheidung *frei von unzulässiger Einflussnahme oder Druck* sein (Rn 243). In diesem Zusammenhang führt das Gericht aus, dass insbesondere Zwang, Drohung und Täuschung die Freiverantwortlichkeit gefährden können (Rn 247). Dies gelte auch für tatsächliche und subjektiv empfundene Erwartungshaltungen Dritter (z.B. Nützlichkeitsabwägungen (Rn 235, 250) oder wirtschaftlicher Druck (Rn 257)).

Schließlich müsse ein freiverantwortlicher Suizidentschluss *von gewisser Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit geprägt* sein und dürfe nicht auf eine vorübergehende

Lebenskrise zurückgehen. Den Sachverständigen zufolge seien Suizidwünsche häufig von innerer Ambivalenz geprägt, im Verlauf wechselhaft und in den allermeisten Fällen passager. Es sei empirisch belegt, dass kurzfristig gefasste Suizidentscheidungen – wenn der Suizidversuch überlebt wird – im Nachhinein von den Betroffenen in ca. 80-90% als Fehlentscheidung gewertet werden (Rn. 244). Es sei jedoch zulässig, in Abhängigkeit von der Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Beleg der Ernsthaftigkeit und der Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches zu stellen (Rn. 340).

## 1.2.2 Beurteilung der Freiverantwortlichkeit

Wenngleich das BVerfG (2020) die Freiverantwortlichkeit des Suizidentschlusses als zwingende Voraussetzung für die Zulässigkeit von Suizidassistenz definierte, ist bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht geklärt, welche Beurteilungskriterien dafür herangezogen werden sollen (Schneider, 2022).

Der mit dem neuartigen Konstrukt verbundene Begriff der *Freiverantwortlichkeit* weist gewisse Überschneidungen mit bestehenden Rechtsbegriffen auf und sollte deshalb klar davon abgegrenzt werden. Insbesondere mit der *freien Willensbestimmung* in Zusammenhang mit der *Geschäftsfähigkeit* (§ 104 Nr. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)), der *Einwilligungsfähigkeit* (§ 630 d BGB) sowie der *Schuldfähigkeit* (§§ 20, 21 StGB) bestehen inhaltliche Verwandtschaften (Saß & Cording, 2022). Die Voraussetzungen für das Vorliegen von Freiverantwortlichkeit gemäß dem BVerfG-Urteil (2020) sind jedoch umfassender und nicht auf andere Sachverhalte übertragbar. Dies wird mit der Irreversibilität des Vollzugs des Suizidentschlusses und dem hohen Rechtsgut Leben begründet (Cording & Saß, 2020).

### 1.2.2.1 Übertragbarkeit der Operationalisierung der Einwilligungsfähigkeit

Vor dem Hintergrund fehlender Beurteilungskriterien für die Freiverantwortlichkeit und der konzeptuellen Nähe zu dem in der rechtlichen und medizinethischen Praxis etablierten Begriff der *Einwilligungsfähigkeit*, bietet sich jedoch die Überlegung an, welche Aspekte der Operationalisierung der Einwilligungsfähigkeit auf die Freiverantwortlichkeit übertragbar sind (Nedopil, 2022). In diesem Zusammenhang müssen zunächst zwei grundlegende Prinzipien der Begutachtung festgestellt werden. Aufgrund von praktischen Problemen einer positiven Zuschreibung der Einwilligungsfähigkeit hat es sich im psychiatrisch-juristischen Diskurs bewährt, anzunehmen, dass erwachsene Menschen normalerweise einwilligungs-, geschäfts- oder schuldfähig (etc.) sind. Eine Begutachtung ist nur dann notwendig, wenn Zweifel am

Vorliegen der jeweiligen Fähigkeit bestehen. Entsprechend wird die Unfähigkeit – also die Ausnahme – definiert, die bewiesen werden muss. Das zweite Prinzip betrifft die Zweistufigkeit der Begutachtung. Demzufolge muss für die Feststellung der Unfähigkeit zunächst eine Krankheit festgestellt werden und kann erst in einem zweiten Schritt – bei positivem Befund – deren Auswirkungen auf die zu beurteilende Fähigkeit geprüft werden. Ziel dieses Vorgehens ist es, zu verhindern, dass jegliche unsinnig erscheinende Äußerung als Beweis für das Vorliegen von Einwilligungsunfähigkeit betrachtet wird (Nedopil, 2022). Auf der ersten Beurteilungsstufe (Krankheit) kommen laut Saß & Cording (2022) sämtliche Störungen der Kategorie F der ICD-10 (Dilling & Freiberger, 2019) infrage, die eine Beeinträchtigung der Entscheidungsfreiheit in Bezug auf eine Suizidassistenz zur Folge haben können. Beispiele für Störungen, die auf unterschiedliche Weise die Freiverantwortlichkeit einschränken bzw. aufheben können, werden in Kapitel 1.2.3 in einer Übersicht dargestellt.

In Anlehnung an die Definition von *Einwilligungsunfähigkeit* durch die Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (Nedopil et al., 1999) kann die *Unfähigkeit zur Freiverantwortlichkeit* wie folgt definiert werden:

*„Unfähig zur Freiverantwortlichkeit ist, wem es an innerer Festigkeit bezüglich des Sterbewunsches oder an der Fähigkeit, seinen Willensentschluss selbsttätig in ein Handeln umzusetzen, fehlt. Darüber hinaus ist auch derjenige unfähig zur Freiverantwortlichkeit, der wegen Minderjährigkeit, Krankheit oder Behinderung (1. Stufe) unfähig ist,*

- *den für die Entscheidung relevanten Sachverhalt zu verstehen (→ Verständnis)*
- *ihn im Hinblick auf seine gegenwärtige Situation und die sich daraus ergebenden Folgen und Risiken für sich selbst und andere zu verarbeiten (→ Verarbeitung)*
- *zu erfassen, welchen Wert die betroffenen Interessen für ihn haben [wichtig ist die Bezugnahme auf die – nicht durch Krankheit verzerrte – Werthaltung des Betroffenen] (→ Bewertung)*
- *den eigenen Willen auf der Grundlage von Verständnis, Verarbeitung und Bewertung der Situation zu bestimmen (→ Bestimmbarkeit des Willens) (2. Stufe)“*  
(Nedopil, 2022, S. 63)

### **1.2.2.2 Vorgehen zur Beurteilung der Unfähigkeit zur Freiverantwortlichkeit**

In Anlehnung an die Verfahrensweise zur Beurteilung der Einwilligungsunfähigkeit und unter Berücksichtigung der besonderen Aspekte der Willenserklärung zum Suizid (u.a. Notwendigkeit der inneren Festigkeit des Entschlusses, Handlungskompetenz liegt bei der suizidbegehrenden Person) schlägt Nedopil (2022) das folgende Vorgehen zur Beurteilung der Unfähigkeit zur Freiverantwortlichkeit vor: Zunächst soll eine Aufklärung und Beratung über existierende Handlungsalternativen und Hilfsmöglichkeiten erfolgen. Im Sinne des zweistufigen Vorgehens soll nach ausreichender Reflexionszeit zunächst beurteilt werden, ob Minderjährigkeit, psychische Krankheit oder geistige Behinderung vorliegt. Liegt mindestens eine der letzten beiden Bedingungen vor, soll überprüft werden, ob dadurch das Verständnis, die Verarbeitung, die Bewertung oder die Bestimmbarkeit des Willens beeinträchtigt sind oder fehlen. Unabhängig vom Ergebnis der Beurteilung auf der ersten Stufe muss auf der zweiten Stufe beurteilt werden, ob es an innerer Festigkeit und Bereitschaft zur eigenständigen Handlung fehlt, da dies einen Ausschluss von Freiverantwortlichkeit zur Folge hätte (Nedopil, 2022). Hierzu sollte überprüft werden, ob die betroffene Person die Aufklärung verstanden hat, sie die Suizidalternativen überdacht und begründet abgelehnt hat, das Suizidbegehren einem stabilen Wertesystem entspricht, sie die Fähigkeit zum Perspektivwechsel besitzt, sie äußerem Druck ausgesetzt ist, dem sie nicht standhalten kann, und ob sie die Handlungskompetenz an Dritte abgeben möchte (Nedopil, 2022).

### **1.2.3 Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit durch psychische Störungen**

Die Tabelle auf der folgenden Seite (Tab. 2) beschreibt exemplarisch, wie die Freiverantwortlichkeit durch psychische Störungen eingeschränkt oder aufgehoben werden kann.

**Tab. 2** Beispiele für Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit durch psychische Störungen  
(modifiziert nach Nedopil, 2022)

|                                            |                                                                                               | Beeinträchtigung bei...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Voraussetzungen für Freiverantwortlichkeit | Fähigkeit zum Erkennen von Tatsachen und Kausalverläufen<br>( <i>Verständnis</i> )            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intelligenzminderung/Demenz: durch Nichterkennen von Tatsachen und Kausalzusammenhängen</li> <li>- Wahn: durch falsche Beziehungssetzungen</li> <li>- Depression: durch gedankliche Einengungen</li> </ul>                                                                                                                       |
|                                            | Fähigkeit zur Konfliktlösung aufgrund eigener persönlicher Wertung<br>( <i>Verarbeitung</i> ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychotischer Ambivalenz</li> <li>- Stupor</li> <li>- Erregungszuständen</li> <li>- Demenz</li> <li>- Wahn</li> </ul>                                                                                                                                                                                                            |
|                                            | Fähigkeit zur autonomen Wertung<br>( <i>Bewertung</i> )                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahn: wenn Willensäußerung mit Wahn kollidiert</li> <li>- Depression: durch nihilistische Gedanken, Einengung oder Todeswunsch</li> <li>- Jugendlichen: bei Suizidalität aus Liebeskummer</li> <li>- Manie: durch Euphorie und Selbstüberschätzung</li> <li>- Sucht: bei gedanklicher Einengung auf Suchtmittelzufuhr</li> </ul> |
|                                            | Fähigkeit zur inneren Festigkeit                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- emotionaler Instabilität</li> <li>- psychotischer Ambivalenz</li> <li>- unkritischer Beeinflussbarkeit: bei organischen Störungen, dependenten Persönlichkeitsstörungen, Unreife</li> </ul>                                                                                                                                      |
|                                            | Fähigkeit zur autonomen Tathandlung                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- psychotischer Ambivalenz</li> <li>- dependenten Persönlichkeitsstörungen</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              |

## 1.3 Suizidalität

### 1.3.1 Definition und Klassifikation von Suizidalität

*Suizidalität* kann als Oberbegriff für Suizide, Suizidversuche, Suizidpläne und Suizidgedanken verwendet werden. Eine international einheitliche Klassifikation von suizidbezogenen Kognitionen und Verhaltensweisen besteht jedoch nicht (Teismann & Dormann, 2021). Ein vielbeachtetes Klassifikationssystem jedoch stammt von Silverman und Kolleg:innen (2007), welches suizidbezogene Verhaltensweisen entlang der beiden Dimensionen *Suizidale Intention* und *Körperliche Schädigung* beschreibt. Im Rahmen dieses Klassifikationssystems meint der Begriff *Suizid* eine selbstausgeführte, schädigende Verhaltensweise, die zum Tod führt und mit einer Absicht zu sterben verbunden ist. Dagegen zeichnet sich ein *Suizidversuch* dadurch aus, dass das selbstausgeführte, schädigende Verhalten zwar von einer Suizidabsicht begleitet ist, jedoch nicht zum Tod führt. Selbstschädigende Verhaltensweisen, bei denen keine Sterbeabsicht vorliegt, werden je nach dem Ausmaß der körperlicher Schädigung als *Selbstverletzung* (keine oder nicht-tödliche Schädigung) oder *selbsterbeigeführter, nicht-beabsichtigter Tod* (tödliche Schädigung) bezeichnet (Silverman et al., 2007).

Posner & Kolleg:innen (2014) machten einen Vorschlag zur Kategorisierung selbstverletzenden (und damit auch suizidalen) Verhaltens, der auch vom amerikanischen Center for Disease Control and Prevention unterstützt wird (Crosby et al., 2011). Unter dem Begriff *selbstverletzendes Verhalten* werden drei Verhaltensklassen subsumiert, die sich in der zugrundeliegenden Absicht des selbstverletzenden Verhaltens unterscheiden. *Suizidales Verhalten*, das im Kontrast zu den beiden anderen Verhaltenskategorien mit einer Intention zu sterben verbunden ist, wird wiederum unterteilt in *Suizid*, *Suizidversuch*, *unterbrochener Suizidversuch* (*interrupted suicide attempt*), *abgebrochener Suizidversuch* (*aborted suicide attempt*) und *vorbereitende Handlungen* (*preparatory acts or behavior*). Die Definitionen von *Suizid* und *Suizidversuch* sind nahezu deckungsgleich mit denen von Silverman und Kolleg:innen (2007; siehe oben). Als *unterbrochen* bezeichnen Posner & Kolleg:innen (2014) einen *Suizidversuch*, der von einer anderen Person verhindert wird, bevor eine (potenzielle) Schädigung der suizidbegehrenden Person eingetreten ist. Ein *Suizidversuch* gilt als *abgebrochen*, wenn die suizidbegehrende Person ihr vorbereitetes Verhalten stoppt, bevor sie eine (potenzielle) Selbstschädigung erfahren hat. Zu *vorbereitenden Verhaltensweisen* zählen beispielsweise das Kaufen einer Waffe, das Sammeln von Medikamenten oder das Verfassen eines Abschiedsbriefs. Davon ausgenommen sind suizidbezogene Gedanken und Äußerungen (Posner et al., 2014).

Der Begriff *Suizidgedanken* (*suicidal ideation*) umfasst nach Wenzel & Kolleg:innen (2008) sämtliche Gedanken, Vorstellungen, Überzeugungen, innere Stimmen und sonstige Kognitionen einer Person, welche die intentionale Beendigung des eigenen Lebens betreffen. Silverman und Kolleg:innen (2007) unterscheiden Suizidgedanken zudem nach dem Ausmaß der suizidalen Absicht (ohne, mit, mit unklarer suizidaler Absicht), nach der Auftretenshäufigkeit (gelegentlich, vorübergehend, anhaltend) sowie nach dem Ausmaß des Handlungsdrucks (passiv, aktiv).

Die beschriebenen Nomenklaturen für unterschiedliche Formen suizidalen Erlebens und Verhaltens entsprechen einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Perspektive. Im Kontext der Palliativversorgung haben sich die Begriffe *Todeswunsch* und *Wish to Hasten Death* (Wunsch nach Beschleunigung des Sterbens) etabliert. In Abgrenzung zu *Suizidalität* beinhaltet der Begriff *Todeswunsch* nicht notwendigerweise den Wunsch, das eigene Leben vorzeitig zu beenden. Dieser kann auch in einer Akzeptanz des Sterbens und einer damit verbundenen Lebenssattheit bestehen (Feichtner, 2022; Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Eine gesonderte Betrachtung von *Suizidalität* und *Todeswünschen* erscheint auch insofern begründet, als es sich bei psychiatrischen Patient:innen und Patient:innen mit Todeswünschen im Rahmen einer terminalen Erkrankung zumindest in Teilen um unterschiedliche Kollektive handelt (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020). Die Beschreibung des Phänomens *Todeswünsche in der Palliativversorgung* erfolgt in Kapitel 1.4.

### 1.3.2 Epidemiologie

Weltweit sterben jährlich mehr als 720.000 Menschen aufgrund eines Suizids (World Health Organisation (WHO), 2024a). In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) haben sich im Jahr 2023 10.304 Menschen (7.478 Männer und 2.826 Frauen) suizidiert<sup>4</sup> (Statistisches Bundesamt, 2024a). Damit ist ca. jeder hundertste Todesfall in der BRD auf einen Suizid zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, 2024b). Die Suizidrate (Suizide pro 100.000 Personen in einer Bevölkerung) ist im Jahr 2023 (12,2) im Vergleich zum Vorjahr (12,1) leicht angestiegen. Während die Suizidrate im Jahr 2023 nur geringfügig niedriger als jene im Jahr 2003 (13,5) war, hat sich diese gegenüber dem Jahr 1980 (23,6) fast halbiert (Statistisches Bundesamt, 2024b). Es wird vermutet, dass die deutliche Abnahme der Suizide über die letzten Jahrzehnte hinweg darin begründet ist, dass die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Thematik

---

<sup>4</sup> Assistierte Suizide werden in der BRD bislang nicht gesondert erfasst.

gestiegen ist, es zunehmend mehr Kriseninterventionseinrichtungen gibt und sich die Versorgung psychisch kranker Menschen und auch die Fort- und Weiterbildung in medizinisch-psychosozialen Fächern verbessert hat (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2022). In den meisten Ländern – auch in der BRD – steigt das Suizidrisiko mit fortschreitendem Lebensalter an. So waren im Jahr 2023 ca. zwei Drittel der Suizident:innen in Deutschland mindestens 55 Jahre alt. Gleichzeitig lag der Anteil an Suiziden, die von Menschen unter 25 Jahren vollzogen wurden, bei unter fünf Prozent (Statistisches Bundesamt, 2024a). Dem gegenüber steht, dass Suizid im Jahr 2021 weltweit die dritthäufigste Todesursache unter Menschen zwischen 15 und 25 Jahren war (WHO, 2024a). Suizide werden weltweit und altersunabhängig wesentlich häufiger von Männern als von Frauen vollzogen (WHO, 2019). In Deutschland gingen im Jahr 2023 mehr als 70% der Suizide auf Männer zurück (Statistisches Bundesamt, 2024a). Dagegen sind Suizidgedanken und -versuche häufiger bei Frauen zu beobachten. Dieses sog. *gender paradox* wird vorrangig dadurch erklärt, dass Frauen häufiger als Männer Suizidmethoden wählen, die mit einer höheren Überlebenschance verbunden sind (Berardelli et al., 2022; Canetto & Sakinofsky, 1998). Die meisten Suizide in Deutschland im Jahr 2023 erfolgten geschlechtsübergreifend durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken. Diese Suizidmethode wurde jedoch von Männern (46%) deutlich häufiger als von Frauen (27%) gewählt. Umgekehrt verhält es sich mit der zweithäufigsten Suizidmethode. Während im Jahr 2023 25% der Suizidentinnen durch Selbstvergiftung verstarben, wählten nur 8% der Suizidenten diese Methode (Statistisches Bundesamt, 2024c). Im globalen Vergleich der Suizidraten befindet sich Deutschland im mittleren Bereich. Lesotho und Guyana weisen die höchsten Suizidraten weltweit auf (72,4 und 40,3). Die niedrigsten Suizidraten (0,4-1,0) finden sich in Ländern der Karibik (WHO, 2024b).

### 1.3.3 Risikofaktoren

Einige Faktoren erhöhen nachweislich die Auftretenswahrscheinlichkeit von Suizidalität (*Risikofaktoren*). Diese lassen sich unterscheiden in diagnostische, soziodemographische, psychosoziale, die Suizidanamnese betreffende und genetische Faktoren.

Insbesondere das Vorliegen von psychischen Störungen ist mit erhöhter Suizidalität verbunden. So geht aus psychologischen Autopsiestudien hervor, dass bei knapp 90% der Suizident:innen im Vorfeld ihres Todes eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Darunter befanden sich am häufigsten affektive Störungen (43,2%; vor allem Depression), substanzbezogene Störungen (25,7%; vor allem Alkoholabhängigkeit),

Persönlichkeitsstörungen (16,2%) und psychotische Störungen (9,2%; Arsenault-Lapierre et al., 2004). In einer vielzitierten Metaanalyse konnten Harris und Barraclough (1997) zeigen, dass fast alle psychischen Störungen – mit Ausnahme von Demenz und geistiger Behinderung – mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen.

Auch somatische Erkrankungen sind mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden. Ältere Übersichtsarbeiten ergaben, dass durchschnittlich 30-40% der Suizident:innen zum Zeitpunkt des Suizids an einer körperlichen Erkrankung litten (Mackenzie & Popkin, 1990; Whitlock, 1986). Allen voran Krebs (Heinrich et al., 2022; Hu et al., 2023), chronische Schmerzen (Ilgen et al., 2013; Tang & Crane, 2006), schwere neurologische Erkrankungen (Alejos et al., 2023; Erlangsen et al., 2020) und traumatische Hirnverletzungen (Madsen et al., 2018) sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert. Es wird angenommen, dass die Korrelation zwischen Suizidalität und somatischen Erkrankungen von einem vermehrten Erleben von Hoffnungs- und Sinnlosigkeit sowie von komorbiden psychischen Störungen (teilweise) vermittelt wird (Teismann & Dormann, 2021).

Neben psychischen Störungen stellen vergangene Suizidversuche einen der bedeutendsten Risikofaktoren für künftige Suizide dar (Owens et al., 2002). Eine Studie von Gibb & Kolleg:innen ergab, dass ca. 28% derjenigen, die aufgrund eines Suizidversuchs ins Krankenhaus aufgenommen wurden, innerhalb der folgenden zehn Jahre einen weiteren Suizidversuch unternahmen und knapp 5% infolge eines Suizids starben. Die Suizid(versuch)raten waren innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Index-Suizidversuch am höchsten (Gibb et al., 2005). Ein erhöhtes Suizidrisiko nach erfolgreichem Suizidversuch besteht jedoch über Jahrzehnte hinweg (Suominen et al., 2004). Schließlich gehen auch Suizidgedanken mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko einher (Beck et al., 1999; Brown et al., 2005).

Zu den soziodemographischen Risikofaktoren zählen – wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben – unter anderem hohes Lebensalter und männliches Geschlecht. Überdies ist das Suizidrisiko von verwitweten, geschiedenen und getrenntlebenden Personen höher als das von verheirateten Personen (Moscicki, 2014). Außerdem ist das Suizidrisiko von kinderlosen Personen höher als das von Eltern (Qin & Mortensen, 2003) und Schwangeren (Marzuk et al., 1997). Auch Arbeitslosigkeit und finanzielle Probleme sind mit einem höheren Suizidrisiko korreliert (Mathieu et al., 2022).

Überdies haben psychosoziale Faktoren eine wichtige Bedeutung für das Auftreten von Suizidalität. So konnte das Erleben von Hoffnungslosigkeit in zahlreichen Studien mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht werden (Beck et al., 1990; Beck et al., 1985;

Brown et al., 2000). Darüber hinaus zeigte sich wiederholt, dass unterschiedliche Persönlichkeitsvariablen (v.a. Perfektionismus; Neurotizismus; Depressivität) und Indikatoren negativer Affektivität (v.a. Einsamkeit und die Wahrnehmung, eine Belastung für andere zu sein) mit Suizidalität assoziiert sind (Van Orden et al., 2010; Wenzel et al., 2008). Des Weiteren legen diverse Studien einen Zusammenhang zwischen Impulsivität und unterschiedlichen Formen von Suizidalität nahe (Dougherty et al., 2009; McGirr et al., 2008; McKeown et al., 1998; Stewart et al., 2015). Ferner besteht ein Zusammenhang zwischen Indikatoren mangelnder sozialer Integration bzw. sozialer Isolation und Suizidalität. Psychologische Autopsiestudien ergaben, dass Trennungen, sozialer Rückzug, ein dünnes soziale Netz und Einsamkeitserleben mit Suiziden zusammenhängen (Appleby et al., 1999; Beautrais, 2002; Waern et al., 2003). Zudem ist das Suizidrisiko von Gefangenen in Isolationshaft höher als das von anderen Gefangenen (Fazel et al., 2008). Weiters ergab eine große Längsschnittstudie in den USA, dass die Suizidrate mit abnehmender Größe des sozialen Netzwerks steigt (Tsai et al., 2014). Schließlich sind auch kindliche Missbrauchserfahrungen mit einem erhöhten Risiko für Suizidversuche im Erwachsenenalter assoziiert (Angelakis et al., 2019).

Darüber hinaus legen Familienstudien eine genetische Grundlage von Suizidalität nahe. So konnten Brent & Kolleg:innen (2003) zeigen, dass Nachkommen von Menschen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, ein erhöhtes Risiko für Suizidversuche aufweisen. Eine Studie von Kim & Kolleg:innen (2005) ergab, dass Angehörige von Menschen, die Suizid vollzogen haben, ein im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr als zehnfach erhöhtes Risiko aufwiesen, einen Suizidversuch zu unternehmen oder Suizid zu vollziehen. In einer Studie von Mann & Kolleg:innen (2005) hatten affektiv erkrankte Personen (z.B. Depression), die bereits einen Suizidversuch unternommen hatten, knapp doppelt so häufig (23%) einen Verwandten ersten Grades mit einer Suizidvorgeschichte wie affektiv erkrankte Personen, die noch keinen Suizidversuch unternommen hatten. Weitere Hinweise auf einen genetischen Faktor suizidalen Erlebens und Verhaltens liefern Zwillingsstudien, denen zufolge eineiige Zwillinge wesentlich häufiger beide einen Suizid vollziehen als zweieiige Zwillinge (Roy et al., 1991; Roy et al., 1995; Roy & Segal, 2001). Teismann & Kolleg:innen (2016) heben jedoch zurecht hervor, dass nicht nur genetische Faktoren, sondern auch die besondere Belastung durch einen Suizid innerhalb der Verwandtschaft und Effekte von Modelllernen die familiäre Häufung von Suizidalität erklären könnten.

Die Mehrheit der Menschen, die sich für eine Suizidassistenz/Tötung auf Verlangen entscheiden, ist hochbetagt und leidet an einer oder mehreren Erkrankungen, am häufigsten Krebs (Al Rabadi et al., 2019; Dierickx et al., 2020; Emanuel et al., 2016; Montagna et al.,

2023; Steck et al., 2013). Zudem ist bekannt, dass insbesondere ältere Menschen von Armut (Statistisches Bundesamt, 2025), Einsamkeit (Robert Koch-Institut, 2023) und Depression (Deutsches Ärzteblatt, 2024b) betroffen sind. In Anbetracht der in diesem Kapitel berichteten Befunde wird ersichtlich, dass die Gruppe an Menschen, die üblicherweise Suizidassistenten in Anspruch nimmt, zahlreiche Risikofaktoren für Suizidalität aufweist und damit besonders gefährdet ist. Dies bedeutet keineswegs, dass eine Suizidentscheidung im Einzelfall nicht freiverantwortlich sein kann, unterstreicht jedoch die Notwendigkeit der vielseitig geforderten Beratungs- und Begutachtungstermine (z.B. DGPPN, 2024; LNAW, 2021).

### 1.3.4 Die Interpersonale Theorie Suizidalen Verhaltens

Im Laufe der letzten vier Jahrzehnte wurden zahlreiche psychologische Theorien zur Entstehung von Suizidalität entwickelt (O'Connor & Nock, 2014). Ein Modell von zentraler Bedeutung in der Suizidologie stellt die Interpersonale Theorie Suizidalen Verhaltens (ITS) von Joiner dar (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Die Annahmen der ITS werden von zahlreichen Forschungsergebnissen gestützt, wenngleich die Befundlage uneinheitlich ist (Chu et al., 2017; Ma et al., 2016). Da insbesondere die ITS auch im Kontext der Frage der Freiverantwortlichkeit von Relevanz ist (Teismann, 2022), beschränken sich die folgenden Ausführungen auf dieses Modell.

Im Zentrum der ITS stehen zwei psychologische Zustände, die mit dem Wunsch nach Suizid verbunden sind. Zum einen die subjektive Überzeugung, eine Belastung für andere zu sein (z.B. Familie, Freund:innen, Gesellschaft). In gesteigerter Form entspricht diese sog. *perceived burdensomeness* der Ansicht, dass das Umfeld infolge des eigenen Todes sogar erleichtert wäre. Entsprechend dem Modell resultieren passive Suizidgedanken insbesondere dann, wenn die Wahrnehmung besteht, dauerhaft eine Belastung für andere zu sein. Zum anderen betrachtet die ITS die Wahrnehmung, von anderen entfremdet und nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe (z.B. Familie) zu sein (*thwarted belongingness*), als weitere zentrale Quelle für passive Suizidgedanken. *Thwarted belongingness* beinhaltet einerseits das Erleben von Einsamkeit und andererseits die Wahrnehmung, dass sich niemand um einen kümmert und man selbst sich auch nicht um andere kümmert. Dieser Zustand mangelnder wahrgenommener sozialer Integration wird als notwendige Voraussetzung für das Auftreten von Suizidwünschen betrachtet. Die enge Verbindung von sozialer Isolation und Suizidalität wurde im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben. Laut der ITS treten aktive Suizidgedanken dann auf, wenn beide psychologischen Zustände – der Eindruck, eine Last für andere zu sein, und

die Wahrnehmung völliger sozialer Desintegration – zusammenkommen und von der Überzeugung begleitet werden, dass sich daran nichts mehr ändern wird. Als Voraussetzung dafür, dass aus aktiven Suizidgedanken suizidales Verhalten wird, gilt laut ITS eine erworbene Fähigkeit zum Suizid (*acquired capability*), die mit einer Furchtlosigkeit vor Schmerz und Sterben verbunden ist. Die ITS schreibt insbesondere Suizidversuchen, mentalen Suizidsimulationen, Selbstverletzung, Erfahrungen von Krieg sowie körperlichem und sexuellem Missbrauch eine wesentliche Bedeutung für den Erwerb dieser Fähigkeit zu (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Die Annahme einer *acquired capability* korrespondiert mit dem Befund, dass insbesondere vergangene Suizidversuche einen zentralen Risikofaktor für Suizide darstellen (siehe Kapitel 1.3.3).

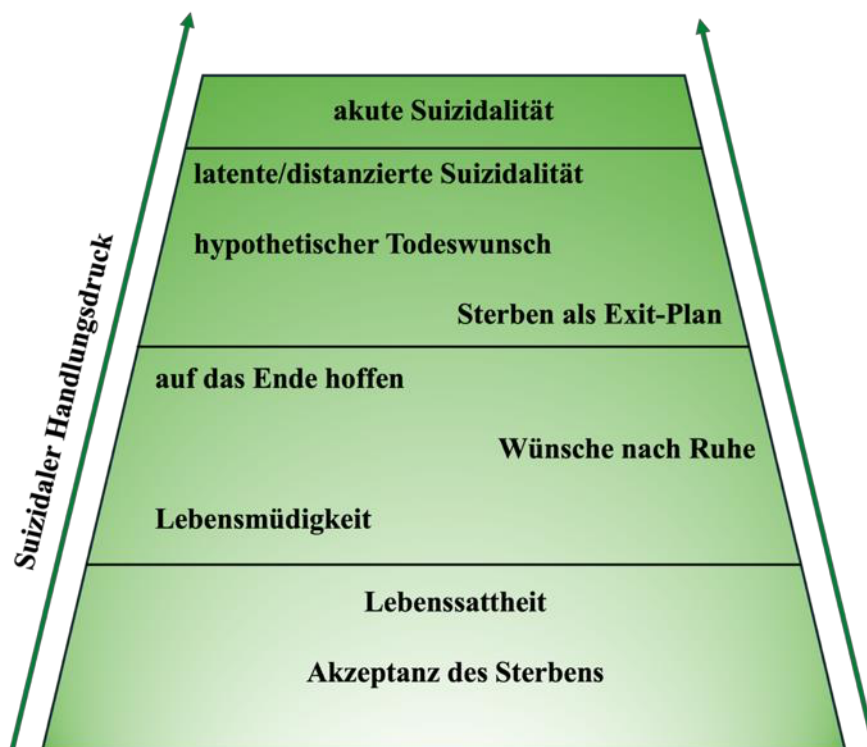
Aus den jährlichen Berichten über die Praxis von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen in nordamerikanischen Staaten ist bekannt, dass ca. 40-50% der Betroffenen unter dem Eindruck leiden, dass sie eine Belastung für ihre Familie, Freunde und/oder sie pflegende Personen darstellen (Health Canada (HC), 2024; Oregon Health Authority (OHA), 2024; Washington State Department of Health (WSDH), 2024). Berücksichtigt man gleichzeitig die Hypothese der ITS, dass der Eindruck, eine Last für andere zu sein, eine proximale und hinreichende Bedingung für den Wunsch zu sterben darstellt (Van Orden et al., 2010), wird die Bedeutung der Theorie für den Kontext von Suizidassistentz ersichtlich. Der subjektiv empfundene soziale Druck, der aus dem Eindruck, eine Belastung für andere zu sein, resultiert, könnte zu einer Einschränkung der Freiverantwortlichkeit im Sinne des BVerfG-Urteils (2020) führen. Dies ist nicht grundsätzlich der Fall. Jedoch kann insbesondere dann von einer Unfähigkeit zur Freiverantwortlichkeit ausgegangen werden, wenn, zusätzlich zu dem Eindruck, eine Last für andere (*perceived burdensomeness*) und sozial vollkommen entfremdet (*thwarted belongingness*) zu sein, ein starker Anstieg von Suizidgedanken innerhalb kürzester Zeit sowie Symptome von Übererregung zu beobachten sind (Teismann, 2022). Diesen Zustand bezeichnen Rogers & Kolleg:innen (2017) als *acute suicidal affective disturbance*. Vor dem Hintergrund der vorangegangenen Überlegungen fordert Teismann (2022), das Vorliegen von *acute suicidal affective disturbance* im Rahmen von Beratungen bzw. Begutachtungen zur Suizidassistentz sehr genau zu prüfen. Der Autor bezweifelt jedoch, dass die beiden Wahrnehmungen, eine Belastung für andere und vollständig sozial entfremdet zu sein, geeignet sind, um zwischen akut suizidgefährdeten Menschen und solchen, die sich freiverantwortlich für eine Suizidassistentz entscheiden, zu unterscheiden (Teismann, 2022).

## 1.4 Todeswünsche im Kontext der Palliativversorgung

Das Auftreten von Todeswünschen bei Menschen mit einer schweren, progressiven Erkrankung ist nicht ungewöhnlich. In einer älteren Studie mit 200 Krebs-Patient:innen im Terminalstadium äußerten 44,5% zumindest gelegentliche Todeswünsche. Unter diesen hatten 8,5% einen ernsthaften Todeswunsch (Chochinov et al., 1995). Eine aktuellere Studie von Wilson & Kolleg:innen (2016) mit 337 onkologischen Patient:innen ergab, dass bei 18,3% gelegentliche und bei 12,2% ernsthafte Todeswünsche vorlagen. In beiden Untersuchungen waren ernsthafte Todeswünsche mit dem Vorliegen einer psychischen Störung assoziiert (Chochinov et al., 1995; Wilson et al., 2006).

Todeswünsche sind meistens fluktuierend und nicht von Dauer. Von einer Äußerung eines Todeswunsches kann nicht auf eine Suizidintention oder einen Wunsch nach Suizidassistenz geschlossen werden. Todeswünsche sind zunächst Ausdruck größter Not und Verzweiflung. Sie verdeutlichen, dass die betreffende Person mit der Bewältigung ihrer Lebenssituation erheblich überfordert ist (Feichtner, 2022). Im Sinne einer sog. *double awareness* bestehen Todeswünsche und Lebenswille häufig gleichzeitig. Dies äußert sich z.B. darin, dass einerseits der eigene Tod herbeigesehnt wird und andererseits kurative Therapien wahrgenommen werden (Kremeike et al., 2019).

Todeswünsche lassen sich auf einem Kontinuum beschreiben, das sich von der Akzeptanz des eigenen Sterbens über das Hoffen auf ein baldiges Ende bis hin zu akuter Suizidalität erstreckt (Feichtner, 2022). In der „Erweiterte[n] S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020) werden unterschiedliche Forschungsergebnisse zur Klassifikation von Todeswünschen zitiert, deren gemeinsame Grundlage ein abgestuftes Verständnis von Todeswünschen darstellt (Balaguer et al., 2016; Lindner, 2006; Nissim et al., 2009; Ohnsorge et al., 2014a; Ohnsorge et al., 2014b; Wolfersdorf, 2012; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2022). Die Abbildung auf der folgenden Seite (Abb. 1) stellt eine Integration der unterschiedlichen Nomenklaturen dar:



**Abb. 1** Formen von Todeswünschen (modifiziert nach Kreimeike et al., 2019)

Die zuvor genannte Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie, 2020) führt unterschiedliche Faktoren auf, welche die Entwicklung von Todeswünschen bei Menschen mit einer terminalen Erkrankung bedingen. Dazu zählen körperliche Symptome, psychische Symptome (z.B. Hoffnungslosigkeit), soziale Probleme (z.B. Isolation), die Persönlichkeit der betreffenden Person (z.B. hohes Kontrollbedürfnis), die Qualität der Beziehungen zu An-/Zugehörigen und eine existenzielle, spirituelle, lebensanschauliche Dimension. In einer Längsschnittstudie von Rodin & Kolleg:innen (2009) mit 406 onkologischen Patient:innen konnten Hoffnungslosigkeit und Depressionen unabhängig voneinander das Auftreten von Todeswünschen zu einem wesentlichen Ausmaß vorhersagen.

So unterschiedlich die Ursachen von Todeswünschen sind, so unterschiedlich kann auch deren Bedeutung und Funktion sein. Bei Menschen in terminalen Krankheitsstadien haben Todeswünsche und Suizidgedanken häufig die Funktion einer Entlastungsstrategie. Der gedankliche Ausweg aus der als unerträglich empfundenen Situation („Exit“) kann beruhigend wirken. Darüber hinaus kann der Wunsch zu sterben den Versuch darstellen, in einer Situation zunehmenden Kontrollverlustes wieder Kontrolle zu erlangen (Feichtner, 2022). Weitere mögliche Bedeutungen und Funktionen von Todeswünschen sind u.a. der Ausdruck von Altruismus in Anbetracht des Gefühls, anderen zur Last zu fallen, die Präferenz eines baldigen

Todes gegenüber dem Erdulden des Sterbeprozesses und der Ausdruck des eigenen Lebenswunsches (Coyle & Sculco, 2004)

## **1.5 Forschungshintergrund**

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die theoretischen Grundlagen des Forschungsgegenstandes dargestellt wurden, sollen im Folgenden die zur Fragestellung hinführenden Studienergebnisse beschrieben werden.

### **1.5.1 Daten zu Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen im Ausland**

Wissenschaftliche Daten zur Häufigkeit von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen, zu den Charakteristika der anfragenden Menschen sowie zu den Rahmenbedingungen von durchgeführten Suizidassistentzen/Tötungen auf Verlangen stammen vorwiegend aus Nordamerika, den Benelux-Staaten und der Schweiz (Al Rabadi et al., 2019; Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie (CFCEE), 2024; Dierickx et al., 2020; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; Montagna et al., 2023; OHA, 2024; Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RKS), 2024; Steck et al., 2013; WSDH, 2024).

Bis zum Jahr 2022 variierte der Anteil von Fällen von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen an allen Todesfällen je nach Staat zwischen 0,1 und 4,2 % (Mroz et al., 2022). Im Jahr 2023 gingen in Kanada 4,7% aller Todesfälle auf eine Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen zurück (HC, 2024). In den meisten Staaten lässt sich eine konstante Fallzunahme seit Inkrafttreten der jeweiligen Gesetze beobachten (Mroz et al., 2021). In Ländern, in denen neben der Suizidassistentz auch die Tötung auf Verlangen legal ist, entscheidet sich die große Mehrheit für eine Tötung auf Verlangen (CFCEE, 2024; Dierickx et al., 2020; HC, 2024; RKS, 2024).

Mit Ausnahme der Schweiz (Montagna et al., 2023), nehmen etwas mehr Männer als Frauen Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen in Anspruch (Al Rabadi et al., 2019; Dierickx et al., 2020; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; OHA, 2024; RKS, 2024; Steck et al., 2013; WSDH, 2024). Mehrheitlich handelt es sich um hochbetagte Menschen mit hohem Bildungsgrad, die sich in einer Partnerschaft befinden und vorwiegend an Krebs, aber auch an neurologischen (insbesondere Amyotrophe Lateralsklerose und Multiple Sklerose) oder kardiovaskulären Erkrankungen leiden (Al Rabadi et al., 2019; CFCEE, 2024; Dierickx et al., 2020; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; Montagna et al., 2023; OHA, 2024; RKS, 2024; Steck et al., 2013; WSDH, 2024). Je nach Staat sind die am häufigsten genannten Gründe für die Suizidwünsche die

abnehmende Fähigkeit, angenehmen Aktivitäten nachzugehen, Autonomieverlust, Würdeverlust, der Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen, der Eindruck, eine Belastung für andere zu sein (OHA, 2024; WSDH, 2024), der Verlust der Fähigkeit, sinnstiftenden Aktivitäten und Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen sowie eine mangelnde Schmerzkontrolle bzw. die Sorge davor (HC, 2024).

Während der Großteil der Suizidassistenzen in den USA im Zuhause der Betroffenen stattfindet (Al Rabadi et al., 2019), werden diese in der Schweiz am häufigsten in Räumlichkeiten von Sterbehilfeorganisationen durchgeführt (Dierickx et al., 2020). Tötungen auf Verlangen finden in den Niederlanden und Belgien am häufigsten zuhause statt (CFCEE, 2024; Dierickx et al., 2020; RKS, 2024). In Kanada werden diese auch häufig in Krankenhäusern durchgeführt (HC, 2024).

In den Niederlanden, Belgien, der Schweiz, Kanada und den USA wird zum Zwecke eines assistierten Suizids am häufigsten eine hohe Dosis eines Barbiturats, meistens Pentobarbital oder Secobarbital, eingesetzt (Worthington et al., 2022). In Staaten, in denen auch die Tötung auf Verlangen legal ist, wird zu deren Zweck üblicherweise eine Kombination aus einem Anästhetikum (Barbiturat oder Propofol), einem Benzodiazepin und einem Muskelrelaxans verwendet (Worthington et al., 2022).

## **1.5.2 Daten zu Suizidassistenz in Deutschland**

Aus Deutschland liegen kaum differenzierte Daten zu Suizidassistenz-Anfragen und -Praxis vor. Befragungen innerhalb medizinischer Fachgesellschaften, deren Mitglieder Menschen mit terminalen und psychischen Erkrankungen behandeln, ergaben, dass ca. 30-75% der Ärzt:innen Suizidassistenz-Anfragen erhalten und ca. ein bis drei Prozent bereits Suizidassistenz geleistet haben (Batzler et al., 2025; Deutsches Ärzteblatt, 2023; Jansky et al., 2016; Küppers et al., 2024; Schildmann et al., 2021; Schwartz et al., 2024; Wassiliwizky et al., 2022).

Seit dem BVerfG-Urteil im Jahr 2020 steigt die Zahl derer, die mithilfe einer Sterbehilfeorganisation assistierten Suizid vollziehen, deutlich an. Laut einer Pressemitteilung vermittelte die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben im Jahr 2023 insgesamt 419 Suizidassistenzen, ein deutlicher Anstieg im Vergleich zu den beiden Vorjahren (2022: 229; 2021: 120). Darunter befanden sich vorwiegend hochbetagte Menschen, deren häufigste Beweggründe Lebenssattheit, Krebs, neurologische Erkrankungen und multiple Erkrankungen waren (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, 2024). Der Verein Sterbehilfe gibt an, im

Jahr 2023 196 Suizidassistenzen durchgeführt zu haben (2022: 139). Die Altersspanne reichte von 25 bis 99 Jahren (Verein Sterbehilfe, 2024).

Weitaus differenziertere Daten zu Suizidassistenten-Fällen, bei denen fast ausschließlich Sterbehilfeorganisationen beteiligt waren, liefert die Studie von Gleich & Kolleg:innen (2023, 2024a, 2024b). Anhand von Todesbescheinigungen, Obduktionsberichten, toxikologischen Gutachten und staatsanwaltlichen Akten untersuchten die Autor:innen sämtliche Suizidassistenzen, die im Zeitraum 2020-2023 in München durchgeführt wurden. Auch hier ließ sich ein Anstieg der Fallzahlen über den Untersuchungszeitraum hinweg feststellen. Das Suizidassistenten-Kollektiv war überwiegend weiblich, multimorbid (Erkrankungen: ca. 50% psychiatrisch/neurologisch, ca. 33% kardiovaskulär, ca. 23% onkologisch), hochbetagt und hatte signifikant häufiger als dessen Vergleichskollektiv (konventionelle Suizide) einen akademischen Beruf ausgeübt. Der Großteil der Suizidassistenzen fand an einer Privatadresse statt (Gleich et al., 2024a). Zur Einleitung des Suizids wurden in ca. 80% der Fälle Thiopental (Barbiturat), in ca. 17% der Fälle Chloroquin (Malaria-Mittel) und in ca. 3% der Fälle Phenobarbital (Barbiturat) eingesetzt. Mehrheitlich waren An-/Zugehörige bei der Durchführung der Suizidassistenten anwesend (Gleich et al., 2024b). Die Autor:innen konnten anhand des untersuchten Kollektivs zeigen, dass prozedurale Schutzkonzepte nur unzureichend eingehalten wurden. So fand in ca. zwei Drittel der Fälle keine personelle Trennung zwischen Begutachtung, Suizidassistenten und Leichenschau statt. Suizident:innen mit dokumentierten psychischen Störungen und auch solche mit Suizidversuchen in der Vorgeschichte wurden nur in ca. der Hälfte der Fälle durch eine:n Psychiater:in/Psychologen:in begutachtet. In ca. einem Drittel der Fälle wurden den Suizident:innen keine Alternativen zum Suizid genannt und die körperlichen Voraussetzungen für die Tatherrschaft nicht überprüft (Schäffer et al., 2024).

Bislang fehlen differenzierte Daten dazu, welche Charakteristika Menschen aufweisen, die innerhalb der deutschen Palliativversorgung Suizidassistenten anfragen, wie Fachpersonal mit diesen Anfragen umgeht und unter welchen Bedingungen Suizidassistenten durchgeführt werden.

## 1.6 Projektziele

*Primäres Ziel* der Studie war die Beschreibung der gegenwärtigen Situation in Bezug auf Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenten innerhalb der deutschen Palliativversorgung.

Folgende *sekundäre Ziele* verfolgte die Studie:

1. Beschreibung der Anfragen zu Suizidassistenz
  - a) Häufigkeit und Kontext der Anfragen
  - b) Soziodemographische Daten der suizidbegehrenden Personen (u.a. Alter, Geschlecht, Bildung)
  - c) Anamnestiche Daten der suizidbegehrenden Personen (u.a. Suizidversuche, vorliegende Erkrankungen, angegebene Gründe für Suizidwünsche)
  - d) Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien (freie Willensbildung unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung, Informiertheit über entscheidungserhebliche Gesichtspunkte, Freiheit von unzulässigen Einflussnahmen oder Druck, Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidwunsches)
2. Beschreibung des Umgangs mit Suizidassistenz-Anfragen (u.a. Leisten von Suizidassistenz, Weitervermittlung, Beendigung der Behandlung) und der Rahmenbedingungen etwaiger durchgeführter Suizidassistenzen (u.a. Begutachtung der Freiverantwortlichkeitskriterien durch eine zusätzliche Fachkraft, Ort, anwesende Personen, Suizidmittel)
3. Beschreibung des angefragten Fachpersonals (u.a. Alter, Geschlecht, Einrichtung, Berufserfahrung)

## **2 Methodik**

### **2.1 Studiendesign**

Die vorliegende Untersuchung stellt eine quantitative Querschnittsstudie in Form einer webbasierten anonymen Umfrage dar, die vom Verfasser als Erstautor bereits veröffentlicht wurde (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0). Da keine studienbedingte Intervention erfolgte, kann die Untersuchung als Beobachtungsstudie bezeichnet werden. Die folgende Beschreibung der Itemkategorien orientiert sich an der Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES; Eysenbach, 2004).

### **2.2 Stichprobenbeschreibung und -rekrutierung**

Die webbasierte Umfrage richtete sich an alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)<sup>5</sup>, deren E-Mail-Adressen verfügbar waren. Die Studie kann als Vollerhebung bezeichnet werden, insofern als jedes DGP-Mitglied dieselbe Möglichkeit hatte, teilzunehmen. Im Rahmen des zweiwöchentlichen Newsletters der Fachgesellschaft wurden die DGP-Mitglieder am 10.07.2023 erstmals über den Start und die Ziele der Umfrage informiert. Zudem wurde für eine rege Teilnahme an der Umfrage geworben. Es wurden keine Ausschlusskriterien definiert.

### **2.3 Fragebogenentwicklung und -pilotierung**

Im Rahmen der Umfrage kam ein eigens entwickelter Fragebogen zur Erfassung von Suizidassistenten-Anfragen und -Praxis zum Einsatz. Dieser wurde auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche sowie eigener theoretischer Überlegungen konzipiert. Der Fragebogen ist angelehnt an systematische Registrierungen von Fällen von Suizidassistenten/Tötung auf Verlangen in Kanada (HC, 2024), Oregon (OHA, 2024) und den Niederlanden (RKS, 2024) sowie an das Assisted Suicide Critical Incident Reporting System<sup>6</sup> (ASCIRS) der

---

<sup>5</sup> Die DGP ist eine multiprofessionelle Fachgesellschaft mit über 6500 Mitgliedern aus allen Bereichen der Palliativversorgung.

<sup>6</sup> ASCIRS ist eine Online-Plattform der Österreichischen Palliativgesellschaft (ÖPG) zur Erfassung von Suizidassistenten-Fällen.

Österreichischen Palliativgesellschaft (2023). Zur Überprüfung der Anwendbarkeit und der technischen Funktionalität sowie zur Weiterentwicklung des Fragebogens wurde eine Pilotierung mit fünf Mitgliedern aus dem DGP-Vorstand und zwei Expert:innen, die mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)<sup>7</sup> assoziiert sind, durchgeführt. Der Fragebogen wurde entsprechend den Anmerkungen, Fragen und Einschätzungen der Pilotierungsgruppe angepasst.

## 2.4 Fragebogenbeschreibung

Die finale Version des Fragebogens<sup>8</sup> umfasste 45 Fragen zu folgenden acht Teilbereichen:

1. Soziodemographische Daten der Teilnehmenden (sechs Fragen): Diese Fragen dienten der anonymen Erfassung von Personenangaben (Alter; Geschlecht; Sektionszugehörigkeit innerhalb der DGP; Einrichtung, in der die Teilnehmenden vorwiegend tätig sind; Berufserfahrung allgemein; Berufserfahrung spezialisierte Palliativversorgung).
2. Anfragesituation (zwei Fragen): Hier wurde erfragt, ob und wenn ja, wie häufig die Teilnehmenden seit 2020 bereits konkrete Suizidassistent-Anfragen erhalten haben.
3. Soziodemographische Daten der suizidbegehrenden Personen (acht Fragen): Diese Fragen dienten der anonymen Erfassung von Personenangaben (Anfragesteller:in; in Betreuung bei Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Anfrage oder nicht; Alter; Geschlecht; Partnerschaft; Wohnsituation; Bildungsabschluss, Nationalität).
4. Anamnestische Daten der suizidbegehrenden Personen (acht Fragen): Dieser Teilbereich beinhaltete Fragen zu vorliegenden Erkrankungen, angegebenen Gründen für den Suizidwunsch (eine offene und eine geschlossene Frage), zur Dauer des Suizidwunsches, zu Suizidversuchen in der Vorgeschichte. Zudem wurde erfragt, ob der Suizidwunsch mit An-/Zugehörigen kommuniziert wurde.
5. Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien (sechs Fragen): Unter diesem Punkt wurden die Teilnehmenden gebeten, einzuschätzen, inwieweit die Freiverantwortlichkeitskriterien zum Zeitpunkt der Anfrage erfüllt waren (Informiertheit über Erkrankung bzw. Problemlage; Informiertheit über existierende Hilfemöglichkeiten; Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck (subjektiv

---

<sup>7</sup> Das NaSPro ist ein bundesweites Netzwerk zur Förderung der Suizidprävention.

<sup>8</sup> Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

oder objektiv); Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidwunsches; freie Willensbildung unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung).

6. Umgang mit Suizidassistentz-Anfragen (vier Fragen): Hier wurde danach gefragt, wie die Teilnehmenden mit der jeweiligen Suizidassistentz-Anfrage initial umgegangen sind. Zudem wurde gefragt, wie die Teilnehmenden damit umgegangen sind, wenn der Wunsch nach Suizidassistentz beständig geblieben ist. Wurde keine Suizidassistentz geleistet, wurde nach den Gründen dafür gefragt.
7. Rahmenbedingungen durchgeführter Suizidassistentzen (acht Fragen): Dieser Teilbereich beinhaltete Fragen zu den Rahmenbedingungen, unter denen etwaige Suizidassistentzen erfolgten (Beurteilung der Freiverantwortlichkeitskriterien durch eine zusätzliche Fachkraft; Qualifikation der Fachkraft zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeitskriterien; Ort der Durchführung; anwesende Personen; Medikamente zur Suizideinleitung und deren Applikationsform; Begleitmedikation; Zeit zwischen Anfrage und Durchführung).
8. Häufigkeit der Durchführung von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen (drei Fragen): Abschließend wurden die Teilnehmenden gebeten, anzugeben, wie häufig sie jeweils vor und seit 2020 Suizidassistentz geleistet haben und wie häufig sie bereits eine Tötung auf Verlangen durchgeführt haben.

Durch den Einsatz von Filterfragen reduzierte sich die Anzahl der zu beantwortenden Fragen individuell. Die Teilnehmenden konnten von bis zu fünf Suizidassistentz-Anfragen berichten. Entsprechend häufig wiederholten sich die Fragen zur Beschreibung der Suizidassistentz-Anfrage und des Umgangs damit (Teilbereiche 3-7).

Die Teilbereiche 1-4, 6 und 7 wurden – mit einer Ausnahme – mithilfe von Multiple- oder Single-Choice Fragen operationalisiert. Da die Gründe für den Suizidwunsch einen bedeutenden Stellenwert innerhalb der Debatte um die Suizidassistentz einnehmen, wurden diese zusätzlich mittels einer Freitextfrage erhoben. Die Fragen aus Teilbereich 8 verlangten numerische Angaben. Bei einigen Multiple- oder Single-Choice Fragen wurde die Antwortoption *Sonstiges* angeboten. Das damit verbundene Freitextfeld ermöglichte es den Teilnehmenden, Angaben außerhalb der vorgegebenen Kategorien machen zu können. Für den Fall, dass Teilnehmende eine Frage nicht beantworten wollten oder konnten, standen die Antwortkategorien *keine Angabe* und *weiß nicht* zur Verfügung. Zur Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien zum Zeitpunkt der Anfrage (Teilbereich 5) stand eine vierstufige, vollverbalisierte Likertskala zur Verfügung (*stimme voll und ganz zu, stimme eher*

zu, *stimme eher nicht zu, stimme gar nicht zu*). Für den Fall, dass ein Kriterium nicht beurteilt werden konnte, bestand die Möglichkeit, *weiß nicht* auszuwählen. Die sich anschließende Frage nach der Urteilssicherheit bei der Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien konnte ebenso mit einer vierstufigen, vollverbalisierten Likert-Skala beantwortet werden (*sicher, eher sicher, eher unsicher, unsicher*).

Zum Zwecke der Übersichtlichkeit wurden maximal fünf Fragen pro Seite präsentiert. Die Pilotierung ergab eine geschätzte Bearbeitungszeit von ca. 5-30 Minuten, abhängig von der Anzahl an berichteten Anfragen. Die Teilnehmenden hatten die Möglichkeit, auf vorherige Seiten zurückzublättern, um Antworten zu korrigieren.

## 2.5 Durchführung der Befragung

Die Umfrage wurde mit LimeSurvey (<https://www.limesurvey.org/de/>), einer frei zugänglichen Software zur Erstellung, Durchführung und Auswertung von Online-Umfragen, programmiert. Zur Verhinderung von Mehrfachteilnahmen wurden Cookies verwendet. Am 26.10.2023 wurde der Link zur Umfrage gemeinsam mit weiteren Informationen zur Studie im Rahmen des zweiwöchentlichen Newsletters der DPG an deren Mitglieder verschickt. Da nur die kontaktierten Personen an der Umfrage teilnehmen konnten, handelte es sich um eine geschlossene Umfrage. Die Teilnehmenden gelangten zur Startseite von LimeSurvey, indem sie auf den Umfragelink klickten. Dort wurden weitere Informationen zur Studie, Hinweise zur Bearbeitung der Umfrage sowie Informationen zum Datenschutz zur Verfügung gestellt. Die Teilnahme an der Umfrage erforderte eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurden die DGP-Mitglieder einmal nach vier (16.11.2023) und einmal nach acht Wochen (13.12.2023) im Rahmen des zweiwöchentlichen Newsletters an die Umfrage erinnert. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum zwischen dem 26.10.2023 und dem 09.01.2024 (knapp 11 Wochen). Für die Teilnahme wurden keine Anreize angeboten.

## 2.6 Datenaufbereitung

Zunächst wurde der Ausgabedatensatz von LimeSurvey in die Statistik-Software IBM SPSS Statistics® (Version 29) überführt. Anschließend wurde der Rohdatensatz auf Vollständigkeit (Teilnehmende, Variablen, Werte) überprüft und einer Plausibilitätsüberprüfung unterzogen. In diesem Zuge wurden Antworten auf logisch miteinander in Beziehung stehende Fragen auf

Inkonsistenzen hin überprüft (z.B. kann eine Person, die jünger als 30 Jahre alt ist, nicht über 20 Jahre Berufserfahrung verfügen). Sich widersprechende Antworten auf Fragen, bei denen Mehrfachantworten möglich waren, wurden bei der Programmierung des Fragebogens ausgeschlossen und waren daher nicht möglich (z.B. Person gibt bei dem Bericht einer Anfrage an, Suizidassistenz geleistet zu haben und gibt gleichzeitig an, die suizidbegehrende Person weiter betreut, ohne Suizidassistenz geleistet zu haben). Die numerischen Angaben auf die Fragen aus Teilbereich 8 (siehe Kapitel 2.4) wurden auf Plausibilität hin überprüft. Bei keiner der Prüfungen konnten Fehler festgestellt werden. Im Anschluss wurden die Freitextantworten, die unter der Antwortkategorie *Sonstiges* gegeben wurden, danach beurteilt, ob diese inhaltlich eigenständig waren oder einer bereits bestehenden Antwortkategorie entsprachen. Im letzteren Fall wurden die jeweiligen Antworten der entsprechenden Antwortkategorie zugeordnet und als Freitextantwort aus dem Zieldatensatz gelöscht. Die Beurteilungen erfolgten nach dem Vier-Augen-Prinzip. Zur deskriptiven Auswertung der Fragen, bei denen Mehrfachantworten möglich waren, wurden für die Freitextantworten (*Sonstiges*) dichotome Variablen (*Sonstiges* ausgewählt oder nicht ausgewählt) definiert und Mehrfachantwortensets erstellt. Da jede:r Teilnehmende von bis zu fünf Suizidassistenz-Anfragen berichten konnte, die daraus resultierenden nominal-/ordinalskalierten Daten jedoch keine Aggregation zuließen, wurden die sich wiederholenden Variablen (Teilbereiche 3-7; siehe Kapitel 2.4) in Fälle umstrukturiert. Der daraus entstandene Datensatz erfasste jede Anfrage pro Teilnehmer:in (bzw. alle damit verbundenen Variablen (Teilbereich 3-7)) als eigenen Fall und ermöglichte es dadurch, die deskriptiven Statistiken für die entsprechenden Variablen berechnen zu können.

## 2.7 Datenanalyse

Die Multiple- und Single-Choice-Fragen wurden quantitativ-deskriptiv ausgewertet. Die Antworten wurden mit Absolutzahlen und in Prozent ausgewertet. Aufgrund der extrem rechtsschiefen Verteilung (80-85% der Werte=0) wurden auch die drei metrischen Variablen (Teilbereich 8; siehe Kapitel 2.4) mit Absolutzahlen und in Prozent ausgewertet. Die Begründung dafür ist, dass der Mittelwert (gemeinsam mit der Standardabweichung) und der Median bei Vorliegen einer solchen Verteilung kaum aussagekräftig sind.

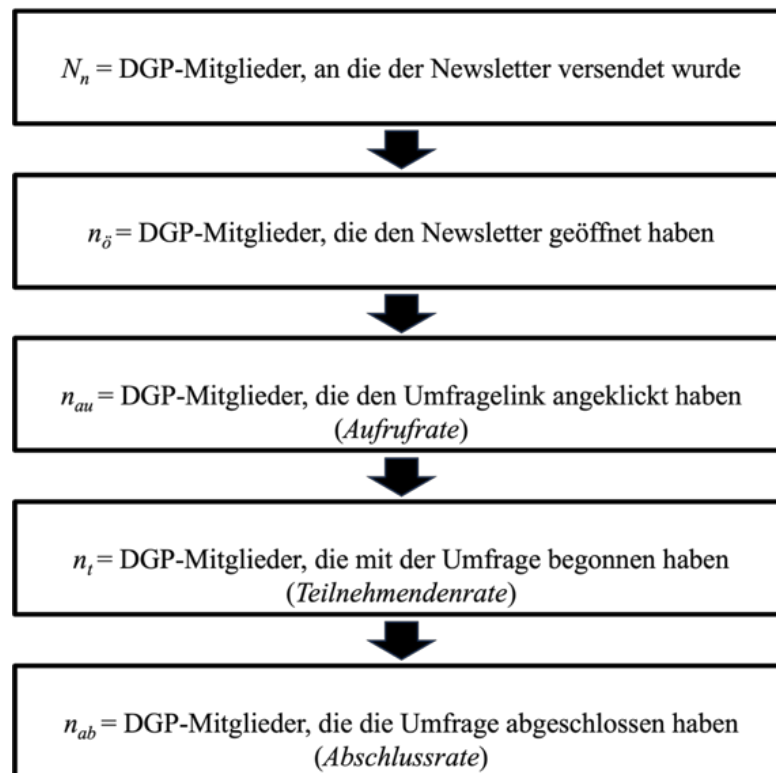
Es wurden keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt. Zum einen wurde keine dahingehende Fragestellung formuliert, sondern war die Beschreibung der gegenwärtigen Situation in Bezug auf Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenz innerhalb der deutschen Palliativversorgung primäres Ziel der Studie. Zum anderen sind Signifikanztests (z.B. Chi-

Quadrat-Test, Exakter Fisher-Test) nur sehr begrenzt aussagekräftig, wenn – wie im Falle der vorliegenden Daten – viele Zellen mit Häufigkeiten kleiner als fünf vorliegen. In diesem Fall ist zu erwägen, ob Antwortkategorien zusammengefasst werden können, sodass daraus weniger Zellen mit jeweils größeren Häufigkeiten resultieren. Dies war in der vorliegenden Studie jedoch bei den allermeisten Fragen inhaltlich nicht sinnvoll.

Die Freitextantworten wurden mittels MAXQDA<sup>®</sup> qualitativ-inhaltsanalytisch nach Mayring (2007) ausgewertet. Dabei wurden die Sonstiges-Antworten thematisch ausgewertet und mit Absolutzahlen berechnet. Die Antworten auf die Freitextfrage zu den Gründen für die Suizidwünsche wurden zunächst deduktiv kodiert. Dabei wurden die Antwortkategorien herangezogen, die bei der Multiple-Choice-Frage zu den Gründen für die Suizidwünsche vorgegebenen wurden. Anschließend wurden induktiv zusätzliche Kategorien für solche Sequenzen gebildet, die im Rahmen des deduktiven Vorgehens nicht kodierbar waren.

## 2.8 Antwortraten

Entsprechend der CHERRIES (Eysenbach, 2004) wurden unterschiedliche Antwortraten berücksichtigt. Die folgende Abbildung (Abb. 2) veranschaulicht deren Berechnung:



**Abb. 2** Antwortraten (eigene Abbildung)

## 2.9 Ethische und rechtliche Aspekte

Im Zuge der Studienanmeldung erfolgte eine datenschutzrechtliche Prüfung der Online-Umfrage durch den Datenschutzbeauftragten des LMU Klinikums München. Die Teilnehmenden konnten die datenschutzrechtlichen Informationen auf der Startseite der Umfrage einsehen. Deren Kenntnisnahme wurde durch eine Ja-/Nein-Abfrage sichergestellt. Die Teilnehmenden mussten ihr Einverständnis in die freiwillige Teilnahme an der Umfrage mit einer Ja-/Nein-Abfrage erklären. Sämtliche Daten wurden verschlüsselt und anonymisiert ausgewertet. Es wurden keine personen- bzw. institutionsbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Adresse oder Ähnliches) erhoben. Der Studienverantwortliche stellte sicher, dass die erfassten Daten keine Rückschlüsse auf die antwortenden Personen (und Institutionen) zuließen. Durch die Codierung der Daten ließ sich keine Zuordnung der Antworten zu den Befragten herstellen (Anonymisierung der Daten). Eine Weitergabe der Daten an Dritte wurde ausgeschlossen. Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München bescheinigte am 12.07.2023, dass die Studie nicht beratungspflichtig ist (23-0596 KB).

### 3 Ergebnisse

Weite Teile der im Folgenden berichteten Studienergebnisse wurden vom Verfasser als Erstautor bereits publiziert (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0). Tabellen und Abbildungen, die in identischer oder modifizierter Form aus der Publikation übernommen wurden, sind mit der entsprechenden Quellenangabe und Lizenznummer gekennzeichnet.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlich hohen Fallzahlen (siehe Kapitel 3.1) wird bei der Darstellung der deskriptiven Statistiken wie folgt verfahren: Das jeweilige n wird beim ersten Ergebnis jeden Abschnitts angegeben und erst dann wieder berichtet, wenn es sich geändert hat.

#### 3.1 Antwortraten

Aufgrund laufend steigender Mitgliederzahlen wurden die drei Newsletter zur Rekrutierung/Erinnerung an unterschiedlich viele DGP-Mitglieder versandt (5603; 5620; 5667). Zudem wurden diese unterschiedlich häufig geöffnet (2562; 2520; 2674; Mittelwert=2585). Insgesamt 434 DGP-Mitglieder klickten den Umfragelink an. Die Umfrage wurde von 337 Mitgliedern begonnen und von 272 Mitgliedern vollständig ausgefüllt. Es wurden 321 Datensätze ausgewertet. Das Kriterium für den Einschluss eines Datensatzes in die Analyse war, dass mindestens die Frage beantwortet wurde, ob seit 2020 konkrete Suizidassistenten-Anfragen erhalten wurden. Es ergaben sich folgende Antwortraten: Aufruftrate: 16,8% (434/2585); Teilnehmendenrate: 77,6% (337/434); Abschlussrate 80,7% (272/337).

#### 3.2 Soziodemographische Daten der teilnehmenden DGP-Mitglieder

Mehr als 60% (202/321) der Teilnehmenden waren mindestens 51 Jahre alt. Fast zwei Drittel waren Frauen. Mit knapp 60% nahmen mehrheitlich Ärzt:innen teil. Knapp ein Viertel waren Pflegekräfte. Knapp 30% waren vorwiegend in einem Team der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) tätig. Mit ca. 18% nahmen am zweithäufigsten Mitarbeitende einer Palliativstation teil. 11,5% arbeiteten in einer Praxis. Mehr als zwei Drittel wiesen mehr als 20 Jahre Berufserfahrung auf. Mehr als zwei Drittel hatten mindestens fünf Jahre und etwas mehr als 40% hatten mindestens elf Jahre Berufserfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung. Weitere Angaben sind Tab. 3 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

**Tab. 3** Soziodemographische Daten der teilnehmenden DGP-Mitglieder  
(Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Alter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |          |
| <30 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4        | 1,2      |
| 30-40 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40       | 12,5     |
| 41-50 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 71       | 22,1     |
| 51-60 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 115      | 35,8     |
| 61-70 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 70       | 21,8     |
| >70 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 17       | 5,3      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4        | 1,2      |
| <b>Geschlecht</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |          |
| weiblich                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 207      | 64,5     |
| männlich                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 109      | 34       |
| divers                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1        | 0,3      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4        | 1,2      |
| <b>DGP-Sektion</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |          |
| Ärztinnen und Ärzte                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 191      | 59,5     |
| Pflege                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 79       | 24,6     |
| Soziale Arbeit                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 10       | 3,1      |
| Psychologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6        | 1,9      |
| Seelsorge/Spiritual Care                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10       | 3,1      |
| Physiotherapie – Ergotherapie – Logopädie                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3        | 0,9      |
| Pharmazie                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1        | 0,3      |
| Geistes- und Sozialwissenschaftliche Berufe                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9        | 2,8      |
| Künstlerische Therapien                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1        | 0,3      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 11       | 3,4      |
| <b>Einrichtung (vorwiegende Tätigkeit)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |          |
| Praxis                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 37       | 11,5     |
| Palliativstation                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 58       | 18,1     |
| andere Station im Krankenhaus                                                                                                                                                                                                                                                                               | 28       | 8,7      |
| Palliativdienst im Krankenhaus                                                                                                                                                                                                                                                                              | 22       | 6,9      |
| SAPV-Team                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 91       | 28,3     |
| stationäres Hospiz                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 10       | 3,1      |
| ambulanter Hospizdienst                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 20       | 6,2      |
| Tagesklinik                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2        | 0,6      |
| außerhalb der Patient:innenversorgung                                                                                                                                                                                                                                                                       | 29       | 9        |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 6        | 1,9      |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 18       | 5,6      |
| <p><i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden.</p> <p>Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.</p> |          |          |

|                                                                                                                                                                                                                                               | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Berufserfahrung allgemein</b>                                                                                                                                                                                                              |     |      |
| <5 Jahre                                                                                                                                                                                                                                      | 6   | 1,9  |
| 5-10 Jahre                                                                                                                                                                                                                                    | 29  | 9    |
| 11-15 Jahre                                                                                                                                                                                                                                   | 31  | 9,7  |
| 16-20 Jahre                                                                                                                                                                                                                                   | 32  | 10   |
| >20 Jahre                                                                                                                                                                                                                                     | 220 | 68,5 |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 3   | 0,9  |
| <b>Berufserfahrung spezialisierte Palliativversorgung</b>                                                                                                                                                                                     |     |      |
| keine                                                                                                                                                                                                                                         | 31  | 9,7  |
| <5 Jahre                                                                                                                                                                                                                                      | 54  | 16,8 |
| 5-10 Jahre                                                                                                                                                                                                                                    | 89  | 27,7 |
| 11-15 Jahre                                                                                                                                                                                                                                   | 77  | 24   |
| 16-20 Jahre                                                                                                                                                                                                                                   | 34  | 10,6 |
| >20 Jahre                                                                                                                                                                                                                                     | 28  | 8,7  |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 8   | 2,5  |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. |     |      |

### 3.3 Häufigkeit von Suizidassistenz-Anfragen und -Praxis

Knapp 60% (189/321) der Teilnehmenden gaben an, seit dem Jahr 2020 konkrete Suizidassistenz-Anfragen erhalten zu haben. Davon haben ca. die Hälfte (95/189) höchstens drei und ca. 80% höchstens sechs Suizidassistenz-Anfragen erhalten. Knapp 7,5% (11/148) der Teilnehmenden gaben an, seit 2020 mindestens einmal eine Suizidassistenz durchgeführt zu haben. Das Maximum lag bei fünf Suizidassistenzen. Knapp 3% (8/275) gaben an, vor 2020 schon einmal Suizidassistenz geleistet zu haben. Zwei Teilnehmende gaben an, bereits eine Tötung auf Verlangen durchgeführt zu haben. Weitere Angaben sind Tab. 4 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

**Tab. 4** Häufigkeit von Anfragen und Durchführungen von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen (Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

|                                                                                                                                                                                                                                               | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Suizidassistentz-Anfragen seit 2020</b>                                                                                                                                                                                                    |          |          |
| ja                                                                                                                                                                                                                                            | 189      | 58,9     |
| nein                                                                                                                                                                                                                                          | 126      | 39,3     |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 6        | 1,9      |
| <b>Anzahl an Suizidassistentz-Anfragen seit 2020</b>                                                                                                                                                                                          |          |          |
| 1-3                                                                                                                                                                                                                                           | 95       | 50,3     |
| 4-6                                                                                                                                                                                                                                           | 57       | 30,2     |
| 7-9                                                                                                                                                                                                                                           | 11       | 5,8      |
| 10-12                                                                                                                                                                                                                                         | 13       | 6,9      |
| >12                                                                                                                                                                                                                                           | 12       | 6,3      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 1        | 0,5      |
| <b>Anzahl durchgeführter Suizidassistentzen seit 2020</b>                                                                                                                                                                                     |          |          |
| 0                                                                                                                                                                                                                                             | 117      | 79,1     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                             | 8        | 5,4      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,7      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,7      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,7      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 20       | 13,5     |
| <b>Anzahl durchgeführter Suizidassistentzen vor 2020</b>                                                                                                                                                                                      |          |          |
| 0                                                                                                                                                                                                                                             | 221      | 80,4     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                             | 5        | 1,8      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                             | 2        | 0,7      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,4      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 46       | 16,7     |
| <b>Anzahl durchgeführter Tötungen auf Verlangen jemals</b>                                                                                                                                                                                    |          |          |
| 0                                                                                                                                                                                                                                             | 231      | 84,0     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,4      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                             | 1        | 0,4      |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                  | 42       | 15,3     |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. |          |          |

### 3.4 Soziodemographische Daten der suizidbegehrenden Personen

Knapp 70% (163/234) der suizidbegehrenden Personen waren mindestens 61 Jahre alt, ca. 4% waren jünger als 41 Jahre alt. Es wurden geringfügig mehr Anfragen von Frauen als von

Männern berichtet. Mehr als die Hälfte (127/230) der suizidbegehrenden Personen befand sich in einer Partnerschaft. Beinahe alle suizidbegehrenden Personen besaßen ausschließlich die deutsche Staatsangehörigkeit. Fast 60% (132/229) lebten gemeinsam mit An-/Zugehörigen im Haushalt, etwas mehr als ein Viertel lebte allein zu Hause. Unter den suizidbegehrenden Personen, deren Bildungsgrad in der Umfrage angegeben wurde, verfügten etwas mehr als drei Viertel mindestens über eine Hochschulreife. Weitere Angaben sind der folgenden Tab. 5 zu entnehmen.

**Tab. 5** Soziodemographische Daten der suizidbegehrenden Personen  
(Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | n   | %    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Alter</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |      |
| <20 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2   | 0,9  |
| 20-30 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1   | 0,4  |
| 31-40 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 6   | 2,6  |
| 41-50 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 14  | 6,0  |
| 51-60 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 40  | 17,1 |
| 61-70 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 54  | 23,1 |
| 71-80 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 63  | 26,9 |
| 81-90 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 37  | 15,8 |
| >90 Jahre                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 9   | 3,8  |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 8   | 3,4  |
| <b>Geschlecht</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |     |      |
| weiblich                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 114 | 48,7 |
| männlich                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 109 | 46,6 |
| divers                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 11  | 4,7  |
| <b>Partnerschaft</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |      |
| ja                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 127 | 55,2 |
| nein                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 86  | 37,4 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10  | 4,3  |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7   | 3    |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden.<br>Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite. |     |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                              | n   | %    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Wohnsituation</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |     |      |
| allein zu Hause lebend                                                                                                                                                                                                                                                       | 61  | 26,6 |
| mit An-/Zugehörigen im Haushalt lebend                                                                                                                                                                                                                                       | 132 | 57,6 |
| in Pflege- oder Altenheim lebend                                                                                                                                                                                                                                             | 19  | 8,3  |
| in stationärem Hospiz lebend                                                                                                                                                                                                                                                 | 5   | 2,2  |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                | 1   | 0,4  |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                 | 6   | 2,6  |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                                                                                                    | 5   | 2,2  |
| <b>Höchster Bildungsabschluss</b>                                                                                                                                                                                                                                            |     |      |
| ohne Schulabschluss                                                                                                                                                                                                                                                          | 5   | 2,2  |
| Hauptschulabschluss                                                                                                                                                                                                                                                          | 6   | 2,6  |
| Realschulabschluss                                                                                                                                                                                                                                                           | 20  | 8,7  |
| Allgemeine/Fach-Hochschulreife                                                                                                                                                                                                                                               | 32  | 14   |
| Hochschulabschluss                                                                                                                                                                                                                                                           | 65  | 28,4 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                | 82  | 35,8 |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                 | 19  | 8,3  |
| <b>Nationalität*</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |     |      |
| Deutsch                                                                                                                                                                                                                                                                      | 221 | 96,1 |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9   | 3,9  |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden.<br>*Mehrfachantworten möglich. |     |      |

### 3.5 Anamnestische Daten der suizidbegehrenden Personen

Bei knapp 94% (210/224) der suizidbegehrenden Personen lag eine Erkrankung vor. In etwas mehr als der Hälfte (111/210) der Fälle handelte es sich dabei um eine Krebserkrankung. In jeweils knapp 15% lag eine Amyotrophe Lateralsklerose oder eine andere neurologische Erkrankung (u.a. Multiple Sklerose, Demenz) vor. Eine psychische Erkrankung lag in ca. 7% der Fälle vor. Bei knapp 45% (98/221) der suizidbegehrenden Personen bestand der Suizidwunsch zum Zeitpunkt der Anfrage seit höchstens drei Monaten. Knapp drei Viertel der suizidbegehrenden Personen hatten ihren Suizidwunsch mit An-/Zugehörigen kommuniziert. Fast jede:r Zwölfte hat bereits einen Suizidversuch unternommen, knapp 58% (11/19) davon einmal. Knapp 88% (205/234) der Suizidassistenten-Anfragen wurden von der suizidbegehrenden Person selbst gestellt. In ca. drei Viertel (174/233) der Fälle wurde die suizidbegehrende Person zum Zeitpunkt der Anfrage von der angefragten Person professionell betreut. Weitere Angaben sind Tab. 6 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

**Tab. 6** Anamnestische Daten der suizidbegehrenden Personen  
(Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Erkrankung vorliegend</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |      |
| ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 210 | 93,8 |
| nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 13  | 5,8  |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1   | 0,4  |
| <b>Art der Erkrankung*</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |      |
| Krebserkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 111 | 52,9 |
| Amyotrophe Lateralsklerose                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 31  | 14,8 |
| Multiple Sklerose                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 7   | 3,3  |
| Demenz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3   | 1,4  |
| Andere Erkrankung des Nervensystems                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21  | 10   |
| Kardiovaskuläre Erkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 23  | 11   |
| Atemwegserkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 20  | 9,5  |
| Stoffwechselerkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 6   | 2,9  |
| Gastrointestinale Erkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1   | 0,5  |
| Erkrankung des Bewegungsapparates                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 15  | 7,1  |
| Psychische Erkrankung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 15  | 7,1  |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 9   | 4,3  |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2   | 1    |
| <b>Suizidwunsch besteht seit</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |      |
| <1 Woche                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 13  | 5,9  |
| 1-3 Wochen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 29  | 13,1 |
| 1-3 Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 56  | 25,3 |
| 4-6 Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 30  | 13,6 |
| 7-9 Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 4   | 1,8  |
| 10-12 Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12  | 5,4  |
| >12 Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 36  | 16,3 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 38  | 17,2 |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 3   | 1,4  |
| <b>Suizidwunsch mit An-/Zugehörigen kommuniziert</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |      |
| ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 163 | 73,8 |
| nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 33  | 14,9 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 23  | 10,4 |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2   | 0,9  |
| <b>Suizidversuche in der Vorgeschichte</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |      |
| ja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 19  | 8,6  |
| nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 176 | 79,6 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 26  | 11,8 |
| <p><i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.</p> <p>*Mehrfachantworten möglich.</p> |     |      |

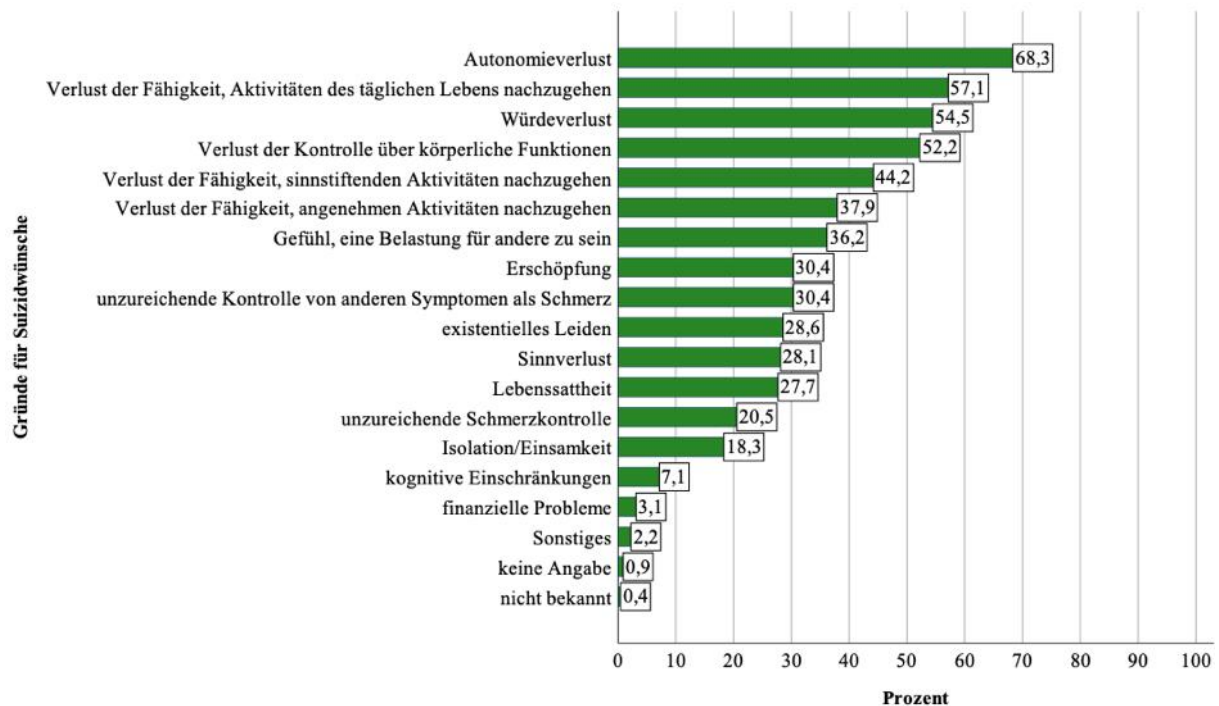
|                                                                                                                                                                                                                                               | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| <b>Anzahl an Suizidversuchen in der Vorgeschichte</b>                                                                                                                                                                                         |     |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                             | 11  | 57,9 |
| 2-4                                                                                                                                                                                                                                           | 5   | 26,3 |
| nicht bekannt                                                                                                                                                                                                                                 | 3   | 15,8 |
| <b>Anfragesteller:in</b>                                                                                                                                                                                                                      |     |      |
| die suizidbegehrende Person selbst                                                                                                                                                                                                            | 205 | 87,6 |
| An-/Zugehörige der suizidbegehrenden Person                                                                                                                                                                                                   | 27  | 11,5 |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                                                                     |     |      |
| außerklinisches Ethikkomitee                                                                                                                                                                                                                  | 1   | 0,4  |
| Pflegeheimpersonal                                                                                                                                                                                                                            | 1   | 0,4  |
| <b>In Betreuung bei der angefragten Person</b>                                                                                                                                                                                                |     |      |
| ja                                                                                                                                                                                                                                            | 174 | 74,7 |
| nein                                                                                                                                                                                                                                          | 59  | 25,3 |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde. Die unterschiedlich hohen Fallzahlen ergeben sich daraus, dass auch unvollständig ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. |     |      |

### 3.6 Gründe für Suizidwünsche

Bei der geschlossenen Frage wurde in mehr als zwei Drittel (153/224) der Fälle und damit am häufigsten Autonomieverlust als Grund für die Suizidwünsche angegeben. In jeweils mehr als der Hälfte der Fälle wurden der Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen, Würdeverlust und der Verlust der Kontrolle über körperliche Funktionen als Gründe für die Suizidwünsche angegeben. Weitere Angaben sind Abb. 3 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

Bei der Freitextfrage fanden sich am häufigsten das Nichterlebenwollen des Krankheitsprogresses (50/224, 22,3%), Autonomieverlust oder die Angst davor (20,5%), Lebenssattheit (12,5%) sowie die unzureichende Kontrolle von Schmerz (8,9%) oder anderen Symptomen (11,2%). Weitere Gründe waren der Verlust körperlicher Funktionen (7,1%), Würdeverlust (6,7%), Isolation/Einsamkeit (6,3%), Pflegebedürftigkeit oder die Angst davor (6,3%), eine nicht weiter definierte Symptomlast (5,4%), fehlende Lebensqualität (5,4%) und das Gefühl, für andere eine Belastung zu sein (4,0%). In der Kategorie Sonstiges (11,6%) wurden Gründe genannt wie „absehbar kein Verbleib in der Häuslichkeit möglich“, „Trauer nach jüngst erlittenem Verlust der Ehefrau“, „An der Welt verzweifeln, Angst vor der Zukunft“, „Das Ergebnis der zugrundeliegenden Intensivtherapie so nicht gehabt haben zu wollen

(Beatmungspflichtigkeit)“, „selbstbestimmt gehen, wenn der Zustand für mich unerträglich wird“, „Angehörige hielten Leiden der Pat. nicht aus“, „Der Pat. hatte schon in jungen Jahren beschlossen, im Falle von Hinfälligkeit gemeinsam mit seiner Ehefrau das Leben zu beenden“ oder „schafft es nicht allein“.

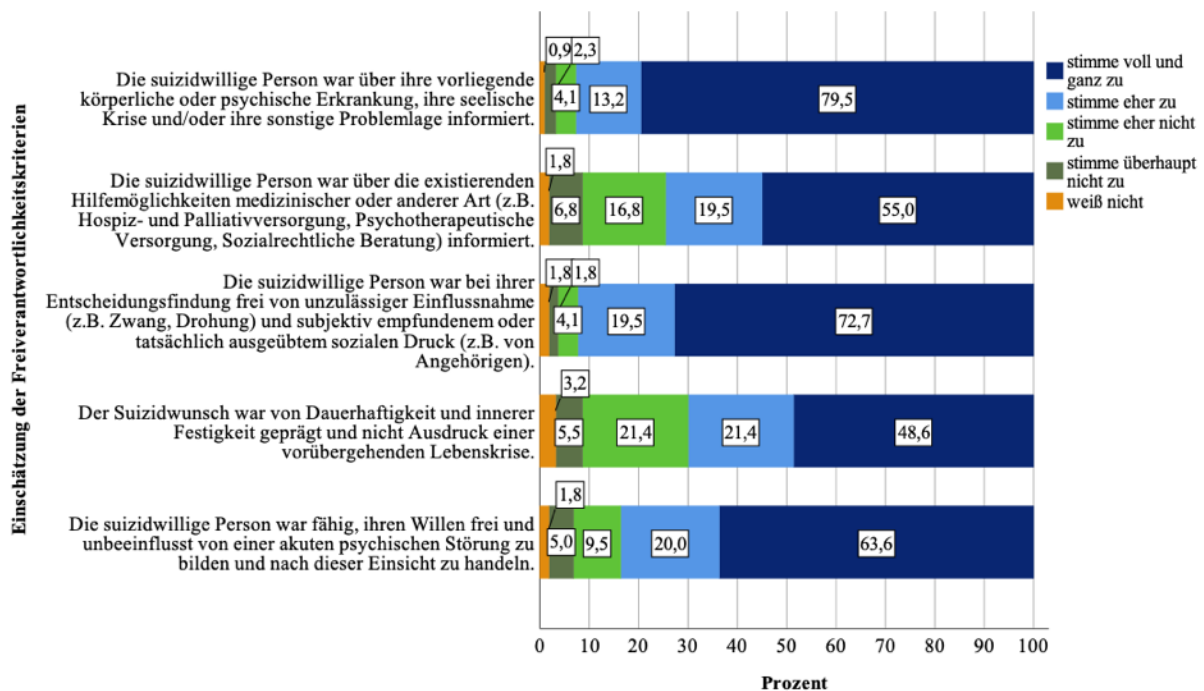


**Abb. 3** Gründe für Suizidwünsche (n=224; Mehrfachantworten möglich; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

### 3.7 Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien

In jeweils mehr als 90% stimmten die Teilnehmenden eher oder voll und ganz zu, dass die suizidbegehrende Person über ihre vorliegende körperliche oder psychische Erkrankung, ihre seelische Krise und/oder ihre sonstige Problemlage informiert war und sie bei ihrer Entscheidungsfindung frei von unzulässiger Einflussnahme und subjektiv empfundenem oder tatsächlich ausgeübtem sozialen Druck war. In jeweils ca. einem Viertel der Fälle stimmten die Teilnehmenden eher nicht oder überhaupt nicht zu, dass die suizidbegehrende Person zum Zeitpunkt der Anfrage über existierende Hilfemöglichkeiten informiert und der Suizidwunsch von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit geprägt war. In knapp 15% der Fälle stimmten die Teilnehmenden eher nicht oder überhaupt nicht zu, dass die suizidbegehrende Person zum Zeitpunkt der Anfrage fähig war, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln. In den allermeisten Fällen

(192/220, 87,3%) waren sich die Teilnehmenden (eher) sicher bei ihrer Einschätzung. Weitere Angaben sind der folgenden Abb. 4 zu entnehmen.



**Abb. 4** Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien (n=220; Abweichungen von 100% aufgrund von Runden auf die erste Nachkommastelle; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

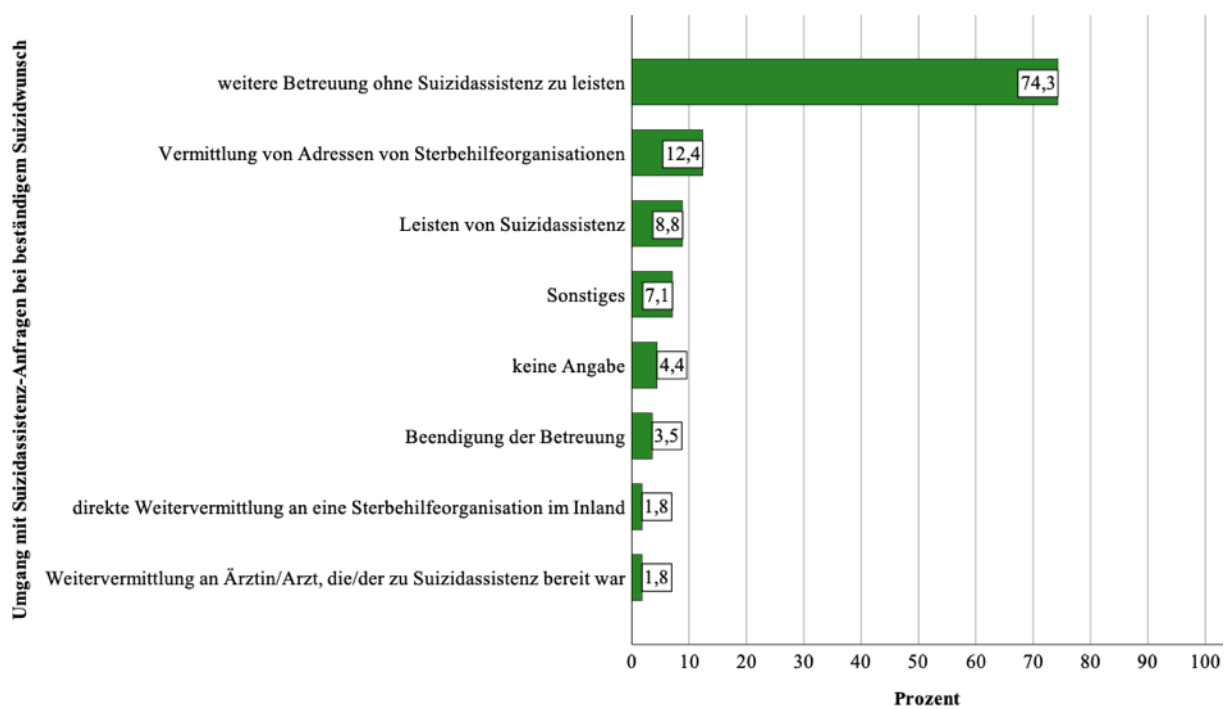
### 3.8 Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen

In jeweils mehr als 80% der Fälle machten die Teilnehmenden zunächst ein supportives Gesprächsangebot (181/217) und berieten über existierende Hilfsmöglichkeiten (178/217). In mehr als 60% der Fälle wurden An-/Zugehörige miteinbezogen. In mehr als der Hälfte der Fälle erfolgte eine strukturierte Erfassung der Suizidwünsche. Weitere Angaben sind Abb. 5 auf der folgenden Seite zu entnehmen.

Bei beständigen Suizidwünschen erfolgte in knapp drei Viertel (84/113) der Fälle eine weitere Betreuung, ohne Suizidassistenz zu leisten. In knapp 12,5% der Fälle wurden Adressen von Sterbehilfeorganisationen vermittelt. In knapp 9% der Fälle wurde Suizidassistenz geleistet. In 7% der Fälle wurden Sonstiges-Angaben gemacht (z.B. zweimal „ethische Fallbesprechung“). Weitere Angaben sind Abb. 6 auf der folgenden Seite zu entnehmen.



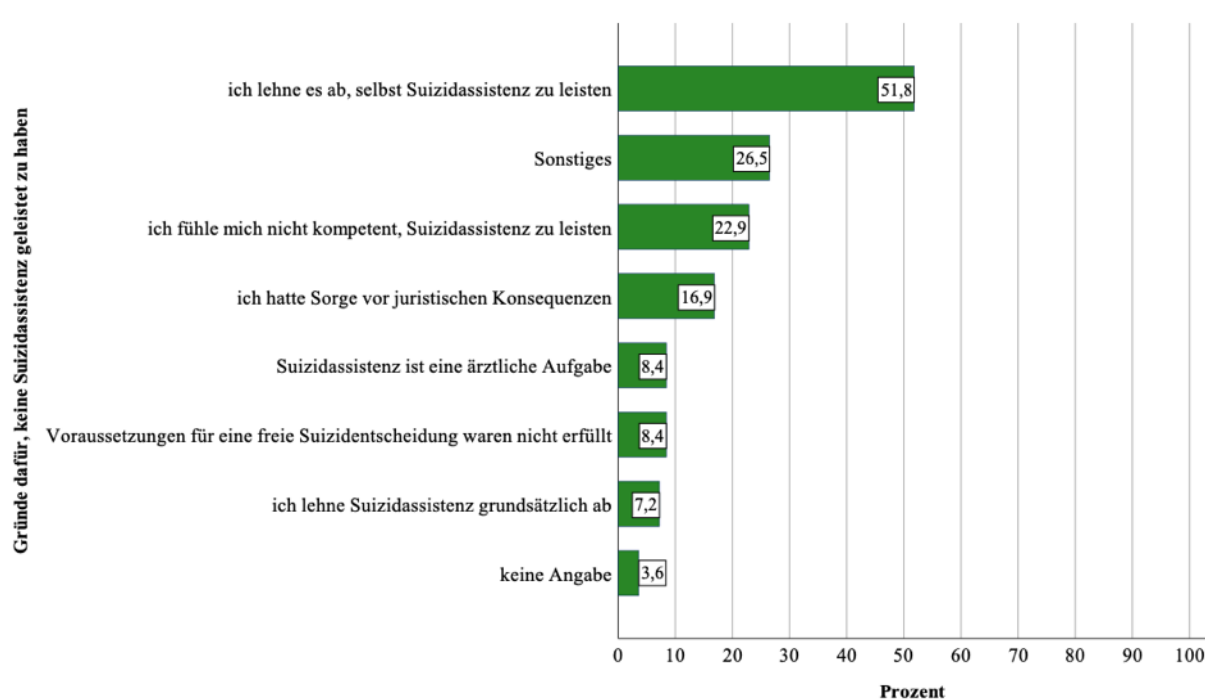
**Abb. 5** Initialer Umgang mit Suizidassistenten-Anfragen (n=217; Mehrfachantworten möglich; Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)



**Abb. 6** Umgang mit Suizidassistenten-Anfragen bei beständigem Suizidwunsch (n=113; Mehrfachantworten möglich; eigene Abbildung)

### 3.9 Gründe dafür, keine Suizidassistenz geleistet zu haben

In ca. der Hälfte (43/83) der Fälle, in denen keine Suizidassistenz geleistet wurde, führten die Teilnehmenden den Grund an, dass sie es ablehnten, selbst Suizidassistenz zu leisten. In etwas mehr als einem Viertel der Fälle wurden Sonstiges-Angaben gemacht, die mehrheitlich organisationsbezogen waren. Darunter waren die am häufigsten angegebenen Gründe, dass im Team beschlossen wurde, keine Suizidassistenzen durchzuführen, oder es entsprechende Vorgaben vonseiten der Klinik-/Einrichtungsleitung oder des Trägers gab. In knapp 23% der Fälle fühlten sich die Teilnehmenden nicht kompetent, Suizidassistenz zu leisten. Weitere Angaben sind der folgenden Abb. 7 zu entnehmen.



**Abb. 7** Gründe dafür, keine Suizidassistenz geleistet zu haben (n=83; Mehrfachantworten möglich; eigene Abbildung)

### 3.10 Rahmenbedingungen durchgeführter Suizidassistenzen

Bei sechs von zehn Suizidassistenz-Fällen erfolgte eine Prüfung der Freiverantwortlichkeitskriterien durch eine weitere Fachkraft. In vier Fällen handelte es sich dabei um eine:n Palliativmediziner:in. Die Suizidassistenzen fanden mit einer Ausnahme im Zuhause der suizidbegehrenden Person statt. In fünf von zehn Fällen wurden Opioide eingesetzt, die – mit einer Ausnahme – mit einem Benzodiazepin kombiniert wurden.

Barbiturate wurden in drei Fällen verwendet. In sechs Fällen verging zwischen Anfrage und Durchführung mindestens ein Monat, in drei Fällen weniger als eine Woche. Weitere Angaben sind der folgenden Tab. 7 zu entnehmen.

**Tab. 7** Rahmenbedingungen durchgeführter Suizidassistenzen  
(Turiaux et al., 2025; CC BY 4.0)

|                                                                                                                                                                                                    | n | %    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|
| <b>Begutachtung durch zusätzliche Fachkraft</b>                                                                                                                                                    |   |      |
| ja                                                                                                                                                                                                 | 6 | 60   |
| nein                                                                                                                                                                                               | 4 | 40   |
| <b>Qualifikation der zusätzlichen Fachkraft</b>                                                                                                                                                    |   |      |
| Fachärzt:in für Neurologie                                                                                                                                                                         | 1 | 16,7 |
| Palliativmediziner:in                                                                                                                                                                              | 4 | 66,7 |
| andere:r Fachärzt:in                                                                                                                                                                               | 1 | 16,7 |
| <b>Ort</b>                                                                                                                                                                                         |   |      |
| Zuhause der suizidbegehrenden Person                                                                                                                                                               | 9 | 90   |
| stationäres Hospiz                                                                                                                                                                                 | 1 | 10   |
| <b>Anwesende Personen*</b>                                                                                                                                                                         |   |      |
| angefragte Person selbst                                                                                                                                                                           | 8 | 80   |
| weitere:r Vertreter:in der Berufsgruppe der angefragten Person                                                                                                                                     | 5 | 50   |
| Vertreter:in einer anderen Berufsgruppe                                                                                                                                                            | 3 | 30   |
| An-/Zugehörige                                                                                                                                                                                     | 8 | 80   |
| <b>Medikamente für die Suizideinleitung*</b>                                                                                                                                                       |   |      |
| Thiopental                                                                                                                                                                                         | 2 | 20   |
| Pentobarbital                                                                                                                                                                                      | 1 | 10   |
| Opioide                                                                                                                                                                                            | 5 | 50   |
| Trizyklische Antidepressiva                                                                                                                                                                        | 1 | 10   |
| keine Angabe                                                                                                                                                                                       | 1 | 10   |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                          |   |      |
| Midazolam                                                                                                                                                                                          | 3 | 30   |
| Diazepam                                                                                                                                                                                           | 1 | 10   |
| <b>Applikationsform der Medikamente für die Suizideinleitung</b>                                                                                                                                   |   |      |
| oral                                                                                                                                                                                               | 1 | 10   |
| intravenös                                                                                                                                                                                         | 4 | 40   |
| Sonstiges                                                                                                                                                                                          |   |      |
| subkutan                                                                                                                                                                                           | 4 | 40   |
| intravenös + perkutan                                                                                                                                                                              | 1 | 10   |
| <i>Anmerkung:</i> Abweichungen von 100% sind darin begründet, dass auf die erste Nachkommastelle gerundet wurde.<br>Fortsetzung der Tabelle auf der nächsten Seite.<br>*Mehrfachantworten möglich. |   |      |

|                                                                   | n | %  |
|-------------------------------------------------------------------|---|----|
| <b>Begleitmedikation*</b>                                         |   |    |
| Benzodiazepine                                                    | 6 | 60 |
| Antiemetika                                                       | 1 | 10 |
| keine                                                             | 4 | 40 |
| Sonstiges (Neuroleptika)                                          | 1 | 10 |
| <b>Medikation - Einzelfalldarstellung</b>                         |   |    |
| Opioide + Midazolam                                               | 2 | 20 |
| Opioide + Midazolam + Neuroleptika                                | 1 | 10 |
| Opioide + Diazepam                                                | 1 | 10 |
| Opioide allein                                                    | 1 | 10 |
| Thiopental                                                        | 2 | 20 |
| Pentobarbital                                                     | 1 | 10 |
| Trizyklische Antidepressiva + Benzodiazepine + Antiemetika        | 1 | 10 |
| keine Angabe                                                      | 1 | 10 |
| <b>Zeit zwischen Anfrage und Durchführung der Suizidassistenz</b> |   |    |
| <1 Woche                                                          | 3 | 30 |
| 1-3 Wochen                                                        | 1 | 10 |
| 1-3 Monate                                                        | 4 | 40 |
| >3 Monate                                                         | 2 | 20 |
| *Mehrfachantworten möglich                                        |   |    |

### 3.11 Suizidassistenz-Fälle

Bei den zehn berichteten Suizidassistenz-Fällen gab es im Vergleich zur Gesamtheit der berichteten Suizidassistenz-Anfragen einige deskriptive Besonderheiten.

In einem Fall war der:die Suizident:in 31-40 Jahre alt, in zwei Fällen 41-50 Jahre alt. In der Mehrheit (6/10) war der:die Suizident:in mindestens 71 Jahre alt und weiblich (7/10). In allen zehn Fällen lebte der:die Suizident:in zu Hause, in acht davon zusammen mit An-/Zugehörigen. Mehrheitlich (7/10) verfügte der:die Suizident:in mindestens über eine Hochschulreife, in fünf Fällen sogar über einen Hochschulabschluss. In zwei Fällen lag keine Erkrankung vor. In allen zehn Fällen stimmten die Teilnehmenden mindestens eher, zumeist voll und ganz zu, dass die Freiverantwortlichkeitskriterien zum Zeitpunkt der Anfrage erfüllt waren. Ebenso waren sich die Teilnehmenden bei ihrer Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien in allen zehn Fällen mindestens eher sicher, zumeist sicher. Die Suizidassistenz-Fälle wurden ausschließlich von Ärzt:innen berichtet, die mindestens 51 Jahre alt waren und über mehr als 20 Jahre Berufserfahrung verfügten. Sieben der acht berichtenden

Teilnehmenden waren bereits seit mindestens elf Jahren in der spezialisierten Palliativversorgung tätig.

Im Folgenden werden einzelne Suizidassistenten-Fälle näher beschrieben, die aufgrund soziodemographischer, anamnestischer und/oder die Durchführung der Suizidassistenten betreffender Faktoren gesondert betrachtet werden sollten.

Die Person im Alter von 31-40 Jahren litt unter einer Krebserkrankung und ihr Suizidwunsch bestand seit ein bis drei Wochen. Als Grund für ihren Suizidwunsch wurde „Angst vor Würdeverlust“ (offene Frage) angegeben. Es erfolgte eine Überprüfung der Freiverantwortlichkeitskriterien durch eine:n zusätzliche:n Fachärzt:in. Zwischen Anfrage und Durchführung vergingen ein bis drei Wochen.

Eine der beiden Personen im Alter von 41-50 Jahren war ebenso an Krebs erkrankt und ihr Suizidwunsch bestand seit ein bis drei Monaten. Als Grund für ihren Suizidwunsch wurde „Luftnot“ (offene Frage) angegeben. Die Freiverantwortlichkeitskriterien wurden durch eine:n zusätzliche:n Fachärzt:in geprüft. Zwischen Anfrage und Durchführung verging weniger als eine Woche.

Eine der beiden Personen, bei denen keine Erkrankung vorlag, war über 90 Jahre alt und ihr Suizidwunsch bestand seit ein bis drei Monaten. Als Grund für ihren Suizidwunsch wurde „Lebensmüdigkeit“ (offene Frage) angegeben. Es erfolgte eine Freiverantwortlichkeitsbeurteilung durch eine:n zusätzliche:n Fachärzt:in. Zwischen Anfrage und Durchführung verging weniger als eine Woche.

Die andere Person, die keine Erkrankung aufwies, war 71-80 Jahre alt und ihr Suizidwunsch bestand seit mehr als zwölf Monaten. Als Grund für ihren Suizidwunsch wurde „Lebensmüdigkeit nach dem Tod des Ehemanns“ (offene Frage) angegeben. Es erfolgte keine Zweitbeurteilung der Freiverantwortlichkeit. Zwischen Anfrage und Durchführung vergingen mehr als drei Monate.

## 4 Diskussion

In diesem Kapitel werden die zuvor dargestellten Studienergebnisse unter Einbezug der bestehenden Forschungsliteratur und der theoretischen Grundlagen interpretiert. Bei der Ergebnisdiskussion sollte berücksichtigt werden, dass in der vorliegenden Studie allen voran Suizidassistentz-Anfragen und nur einzelne Fälle durchgeführter Suizidassistentzen erfasst wurden. Die einschlägigen Vergleichsdaten sowohl aus Deutschland als auch aus dem Ausland beschreiben hingegen Fälle durchgeführter Suizidassistentzen/Tötungen auf Verlangen. Menschen, die eine konkrete Suizidassistentz-Anfrage stellen, und solche, die eine assistierte Selbsttötung tatsächlich durchführen, stellen unterschiedliche, wenngleich sich überschneidende Grundgesamtheiten dar. Dies wurde auch bei der deskriptiven Gegenüberstellung der Suizidassistentz-Fälle mit der Gesamtstichprobe evident (siehe Kapitel 3.11).

Zum Zweck der Übersichtlichkeit ist die Darstellung der Diskussion in Unterkapiteln organisiert. Im Anschluss an die Diskussion der zentralen Ergebnisse erfolgt eine kritische Betrachtung der Stärken und Limitationen der Studie. Das Kapitel schließt mit einem kurzen Fazit und Ausblick.

Nach Kenntnis des Verfassers handelt es sich bei der berichteten Online-Umfrage, welche die Grundlage dieser Dissertation darstellt, um die erste Studie, die einen differenzierten Einblick darin liefert, welche Charakteristika Menschen aufweisen, die innerhalb der deutschen spezialisierten Palliativversorgung Suizidassistentz anfragen, wie Professionelle mit Suizidassistentz-Anfragen umgehen und unter welchen Rahmenbedingungen Suizidassistentzen in diesem Kontext durchgeführt werden. Die präsentierten Daten basieren auf einer überwiegend weiblichen Stichprobe von mehrheitlich Ärzt:innen, aber auch Pflegenden und vereinzelt anderen Berufsgruppen, die überwiegend eine langjährige Berufserfahrung im Bereich der spezialisierten Palliativversorgung vorweisen.

### 4.1 Häufigkeit von Suizidassistentz-Anfragen und -Praxis

Knapp 60% der Teilnehmenden dieser Umfrage gaben an, seit dem Jahr 2020 konkrete Suizidassistentz-Anfragen erhalten zu haben. Umfragen innerhalb der DGP aus den Jahren 2016 und 2024 ergaben, dass knapp 75% der Teilnehmenden schon einmal eine Anfrage zur Unterstützung beim Suizid erhalten haben (Jansky et al., 2016; Schwartz et al., 2024). In einer Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische

Onkologie gaben ca. 60% der Teilnehmenden an, nach Informationen zu Suizidassistenz gefragt worden zu sein (Schildmann et al., 2023). Knapp 30% der Teilnehmenden gaben an, um die Verschreibung eines Medikamentes zum Suizid gebeten worden zu sein (Schildmann et al., 2021)<sup>9</sup>. In einer aktuellen Umfrage unter Ärzt:innen in Weiterbildung gab lediglich ein Drittel der Teilnehmenden an, um Suizidassistenz gebeten worden zu sein (Küppers et al., 2024). Ein Vergleich der Studienergebnisse ist nur bedingt möglich. Zum einen wurden unterschiedliche Formulierungen verwendet, um zu erheben, ob und wie häufig Teilnehmende Suizidassistenz-Anfragen erhalten haben. So ist denkbar, dass aufgrund der Formulierung „um ÄAS [ärztlich assistierten Suizid]/Suizidassistenz gebeten“ (Jansky et al., 2016; Küppers et al., 2024) auch Fälle erfasst wurden, in denen Teilnehmende mit *spontanen Suizidwünschen* ihrer Patient:innen konfrontiert waren. Dagegen zielte die in der vorliegenden Studie gewählte Formulierung auf Fälle ab, in denen *konkrete Suizidassistenz-Anfragen* an die Teilnehmenden herangetragen wurden. Darüber hinaus wurde der Untersuchungszeitraum in der vorliegenden Studie auf „seit 2020“ (Jahr des BVerfG-Urteils) beschränkt. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil derjenigen, die jemals (also auch schon vor dem Jahr 2020) eine konkrete Suizidassistenz-Anfrage erhalten haben, deutlich höher ist. Nicht zuletzt erschweren die unterschiedlichen Stichprobensamensetzungen (ausschließlich Ärzt:innen vs. unterschiedliche Berufsgruppen) einen unmittelbaren Vergleich der Umfrageergebnisse. Die deutliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen von Küppers et al. (2024) und den Ergebnissen der vorliegenden Umfrage sowie einer anderen aktuellen DGP-Umfrage (Schwartz et al., 2024) ist vermutlich darin begründet, dass Küppers et al. überwiegend jüngere Ärzt:innen in Weiterbildung befragten, während bei den anderen beiden Studien vorwiegend sehr erfahrene Kolleg:innen teilnahmen.

In der vorliegenden Umfrage gaben 7,4% der Teilnehmenden an, *seit dem Jahr 2020* Suizidassistenz geleistet zu haben. Der Anteil derjenigen, die in früheren Umfragen angaben, *jemals* Suizidassistenz geleistet zu haben, war weniger als halb so groß (Jansky et al., 2016: 3,2%; Schildmann et al., 2021: 3,0%). Bei der Frage nach durchgeführten Suizidassistenzen *vor 2020* war der Wert vergleichbar mit den Werten, die sich in den beiden anderen Studien ergaben (2,9%). Die beobachtete Zunahme an von Professionellen in der deutschen Palliativversorgung durchgeführten Suizidassistenzen könnte in der wesentlich liberaleren Rechtslage seit dem BVerfG-Urteil im Jahr 2020 begründet sein. Diese Hypothese wird auch durch andere Studien aus Deutschland gestützt, denen zufolge ein Anstieg an Suizidassistenz-

---

<sup>9</sup> Bei den beiden zitierten Studien von Schildmann et al. (2021, 2023) wurde die identische Stichprobe untersucht.

Fällen seit dem BVerfG-Urteil zu beobachten ist (Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben, 2024; Gleich et al., 2024a). Ebenso lässt sich auch in anderen Ländern eine konstante Zunahme von Fällen von Suizidassistenz/Tötung auf Verlangen seit Inkrafttreten der jeweiligen Gesetze feststellen (Mroz et al., 2021).

Zwei Teilnehmende gaben an, bereits eine Tötung auf Verlangen durchgeführt zu haben. Es bleibt offen, ob diesen Angaben ein korrektes Verständnis der Terminologie zugrunde lag. Den Teilnehmenden der vorliegenden Umfrage wurden keine Definitionen zu den Begriffen *Suizidassistenz* und *Tötung auf Verlangen* vorgelegt. Aus einer aktuellen Umfrage unter DGP-Mitgliedern geht jedoch hervor, dass sich die allermeisten Teilnehmenden (eher) in der Lage sahen, diese Begriffe zu definieren (Schwartz et al., 2024). Bei korrektem Begriffsverständnis handelte es sich bei den angegebenen Handlungen vermutlich um Straftaten gemäß §216 StGB (*Tötung auf Verlangen*).

## **4.2 Soziodemographische und anamnestische Daten der suizidbegehrenden Personen**

Die Mehrheit der Menschen, deren Suizidassistenz-Anfragen in dieser Umfrage berichtet wurden, war hochbetagt, hoch gebildet, lebte zu Hause, befand sich in einer Partnerschaft und litt an einer Krebserkrankung. Auch neurologische und kardiovaskuläre Erkrankungen wurden häufig berichtet. Diese Befunde decken sich im Wesentlichen mit publizierten Daten aus dem Ausland (Al Rabadi et al., 2019; Dierickx et al., 2019; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; Montagna et al., 2023; OHA, 2024; RKS, 2024; Steck et al., 2013). Übereinstimmend mit der Schweiz (Montagna et al., 2023; Steck et al., 2013), jedoch im Kontrast zu den übrigen Ländern (Al Rabadi et al., 2019; Dierickx et al., 2019; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; OHA, 2024; RKS, 2024; Steck et al., 2013), lagen in dieser Studie geringfügig mehr Anfragen von Frauen als von Männern vor. Bei den berichteten Suizidassistenz-Fällen war der Frauenüberhang noch größer und vergleichbar mit jenem, der im Suizidassistenz-Kollektiv aus München beobachtet wurde (Gleich et al., 2024a). Auch hier fanden sich überwiegend hochbetagte Menschen, die häufiger als ihr Vergleichskollektiv (konventionelle Suizide) einem akademischen Beruf nachgingen. Differenzen ließen sich in Bezug auf die dokumentierten Erkrankungen feststellen. In der Untersuchung von Gleich und Kolleg:innen waren Krebserkrankungen weniger als halb so häufig beschrieben wie in der vorliegenden Studie. Der Anteil an psychischen Störungen (vor allem Depression) hingegen war wesentlich größer. Dieser Befund legt nahe, dass sich Menschen, die sich an Sterbehilfeorganisationen wenden, durchschnittlich von denjenigen

unterscheiden, die bei Professionellen in der Palliativversorgung um Suizidassistenz bitten. Die Tatsache, dass im Kollektiv von Gleich und Kolleg:innen bei keinem Fall eine palliativmedizinische Behandlung aktenkundig war, stützt diese Annahme (Gleich et al., 2023). Wie in Kapitel 1.3.3 beschrieben, stellen psychische Störungen einen bedeutsamen Risikofaktor für Suizidalität dar. Vor dem Hintergrund des im Vergleich zum Suizidassistenz-Kollektiv aus München wesentlich geringeren Anteils an psychischen Störungen in der vorliegenden Studie, ließe sich annehmen, dass auch Suizidversuche in der Vorgeschichte seltener beschrieben waren. Die Rate an vorangegangenen Suizidversuchen war jedoch ähnlich hoch wie in der Studie von Gleich und Kolleg:innen (2024a). Damit ist sie mehr als fünfmal höher (8,6%) als die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen in der deutschen Allgemeinbevölkerung (Nock et al., 2014). Dies verdeutlicht die Bedeutung einer staatlichen Suizidpräventionsstrategie nicht nur für Menschen mit psychischen Störungen, sondern auch für solche mit schweren somatischen Erkrankungen. Ein entsprechender Gesetzesentwurf wurde von der 24. Bundesregierung („Kabinett Scholz“) vorgelegt (Bundesregierung, 2025).

### **4.3 Gründe für Suizidwünsche**

Suizidwünschen liegt meist die Überzeugung zugrunde, das Leben, so wie es sich gegenwärtig darstellt und wie man es sich künftig vorstellt, nicht mehr ertragen zu können. Dieses generelle Motiv lässt sich in zahlreiche hoch individuelle Motive aufschlüsseln (Deutscher Ethikrat, 2022). Auch in der vorliegenden Studie wurden meist mehrere Gründe für die Suizidwünsche angegeben, übereinstimmend mit Daten aus dem Ausland (Fischer et al., 2009; HC, 2024; OHA, 2024). Diese sollten im Rahmen einer strukturierten Erfassung von Suizidalität exploriert werden, um zielgerichtete Unterstützungsangebote ableiten zu können (DGP, 2021).

In Kongruenz mit Befunden aus dem Ausland (Al Rabadi et al., 2019; Emanuel et al., 2016; HC, 2024; OHA, 2024) wurden bei der geschlossenen Frage nach den Gründen für die Suizidwünsche u.a. Autonomieverlust, Würdeverlust und der Verlust der Fähigkeit, sinnstiftenden/angenehmen Aktivitäten nachzugehen am häufigsten angegeben. Während sich Autonomieverlust auch bei der offenen Frage unter den meistgenannten Gründen für die Suizidwünsche befand, wurde Würdeverlust nur selten und der Verlust der Fähigkeit, sinnstiftenden/angenehmen Aktivitäten nachzugehen, gar nicht explizit genannt. Die abweichenden Freitextantworten könnten darin begründet sein, dass sowohl die suizidbegehrenden Personen, die Angaben gegenüber der angefragten Person machten, als auch die angefragten Personen, welche die erinnerten Äußerungen bei Beantwortung der Frage

wiedergaben, eigene Worte für die Suizidwunschgründe finden mussten. Die konkrete Verbalisierung wiederum hängt von bestehenden gedanklichen und sprachlichen Konzepten ab und ist entsprechend individuell. Bei der Beantwortung einer geschlossenen Frage wird der beschriebene Prozess, subjektives Empfinden in eigene Worte zu übersetzen, übersprungen. Wenngleich die Vorgabe von Antwortkategorien die Beantwortung der Frage nach den Gründen für die Suizidwünsche erleichtert haben könnte, geht dieses Fragenformat vermutlich auf Kosten der Differenziertheit. So wurden bei der offenen Frage sehr individuelle Gründe genannt, die sich nicht eindeutig den Antwortkategorien der geschlossenen Frage zurechnen ließen. Beispiele dafür sind die Antworten „Trauer nach jüngst erlittenem Verlust der Ehefrau“ oder „Das Ergebnis der zugrundeliegenden Intensivtherapie so nicht gehabt haben zu wollen (Beatmungspflichtigkeit)“, die in dieser Spezifität unmöglich von vorgegeben Antwortkategorien hätten erfasst werden können.

Trotz der wesentlichen Übereinstimmung zwischen der vorliegenden Studie und den Daten aus dem Ausland in Bezug auf die am häufigsten genannten Gründe für die Suizidwünsche, lassen sich auch deutliche Unterschiede feststellen. Beispielsweise gaben Menschen, die im Jahr 2023 in Kanada Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen in Anspruch genommen haben, ca. dreimal häufiger eine unzureichende Schmerzkontrolle als Grund für die Suizidwünsche an (HC, 2024), als in der vorliegenden Studie. Solche Diskrepanzen könnten darauf zurückgeführt werden, dass, je nach Quelle, unterschiedliche und auch eine unterschiedliche Anzahl an Kategorien vorgegeben wurden. Nicht zuletzt sind einige Kategorien inhaltlich nicht unabhängig voneinander und befinden sich auf unterschiedlichen Abstraktionsniveaus. Beispielsweise impliziert der Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen, de facto einen Autonomieverlust. Das zugrundeliegende emotionale Leid könnte aber, je nach Individuum, vielmehr auf das damit einhergehende Gefühl, eine Belastung für andere zu sein, zurückgehen. Gleichzeitig könnte mit der Angabe Autonomieverlust, eben jener Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen, ausgedrückt werden.

Eine wichtige Erkenntnis aus den Ergebnissen der offenen Frage war, dass hinter den bestehenden Suizidwünschen oft auch die Angst vor antizipierten, für die betreffende Person nicht erträglichen Umständen stand (z.B. Angst vor Autonomieverlust oder Pflegebedürftigkeit). Dies betont den Stellenwert einer umfassenden Aufklärung und Beratung sowohl in Bezug auf die eigene Problemlage als auch existierende Hilfemöglichkeiten.

## 4.4 Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen und Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien

Der Umgang der Teilnehmenden mit Suizidassistenz-Anfragen erwies sich in vielerlei Hinsicht als kompetent und entspricht wesentlichen Empfehlungen der DGP (2021). In der Mehrzahl der Fälle boten die Teilnehmenden supportive Gespräche an, bezogen An-/Zugehörige mit ein, schöpften eigene Betreuungsmöglichkeiten aus, vermittelten weitere Betreuungsangebote und berieten über existierende Hilfemöglichkeiten.

Ein freiverantwortlicher Suizidentschluss setzt eine umfassende Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Symptomkontrolle, psychosoziale Maßnahmen) und Suizidalternativen (z.B. Palliativversorgung, Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken) zwingend voraus. Damit soll sichergestellt werden, dass sich die suizidbegehrende Person in Kenntnis aller entscheidungserheblichen Gesichtspunkte für den Suizid entscheidet und dabei keinen Fehlvorstellungen unterliegt (BVerfG, 2020). Die Beurteilung der Teilnehmenden, dass das Freiverantwortlichkeitskriterium der Informiertheit über existierende Hilfemöglichkeiten in ca. einem Viertel der Fälle zum Zeitpunkt der Anfrage (eher) nicht erfüllt war, unterstreicht den Stellenwert einer umfassenden Aufklärung und Beratung im Kontext von Suizidassistenz-Anfragen. Der Befund einer Studie aus München, dass lediglich bei ca. zwei Drittel der Suizidassistenz-Fälle eine Aufklärung über Alternativen zum Suizid dokumentiert war, ist entsprechend kritisch zu bewerten (Schäffer et al., 2024).

Hohes Alter, somatische Erkrankungen und Einsamkeit – Bedingungen, die bei Menschen, die Suizidassistenz anfragen, häufig vorliegen – stellen wichtige Risikofaktoren für suizidales Erleben und Verhalten dar (siehe Kapitel 1.3.3). Vor diesem Hintergrund ist positiv hervorzuheben, dass die Teilnehmenden in ca. einem Drittel der Fälle eine psychotherapeutische oder psychiatrische Betreuung vermittelten.

Eine strukturierte Erfassung der Suizidwünsche nahmen die Teilnehmenden laut eigenen Angaben nur in jedem zweiten Fall vor. Gleichzeitig kamen sie in mehr als einem Viertel der Fälle zu der Einschätzung, dass die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidwunsches – eine zentrale Voraussetzung für Freiverantwortlichkeit – zum Zeitpunkt der Anfrage (eher) nicht vorlag. Eine strukturierte Erfassung von Suizidwünschen ist notwendig, um eine Beurteilung der Freiverantwortlichkeit vornehmen und ggf. zielgerichtete Unterstützungsangebote planen zu können (DGP, 2021). Ob ein Suizidentschluss von einer Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen wird, kann nur beurteilt werden, nachdem der Verlauf der Suizidwünsche und mögliche Ambivalenzen exploriert wurden (Deutscher Ethikrat,

2022). Ein starker Anstieg von Suizidgedanken innerhalb kürzester Zeit könnte beispielsweise auf eine psychische Störung im Sinne der *acute suicidal affective disturbance* hinweisen, die zu einer Einschränkung bzw. Aufhebung der Freiverantwortlichkeit führen könnte (siehe Kapitel 1.3.4). Auch die Frage, ob die suizidbegehrende Person bei ihrer Entscheidungsfindung frei von unzulässiger Einflussnahme und subjektiv empfundenem oder tatsächlich ausgeübtem Druck ist – ein weiteres Freiverantwortlichkeitskriterium – kann nur durch eine Analyse der dem Suizidbegehren zugrundeliegenden Motive beantwortet werden (DGP, 2021). Der Befund, dass eine strukturierte Erfassung der Suizidalität nur in ca. 50% der Fälle vorgenommen wurde, unterstreicht die Notwendigkeit entsprechender Schulungen für Professionelle in der Palliativversorgung. Solche Schulungsprojekte existieren bereits (LMU Klinikum München, 2024; Universitätsklinikum Köln, 2021) und sollten weiter ausgebaut werden.

Es wurden wenige Fälle berichtet, in denen Teilnehmende Adressen von Sterbehilfeorganisationen weitergaben oder die suizidbegehrende Person direkt an eine Sterbehilfeorganisation vermittelten. Die Einzelfallentscheidung, einem Menschen bei der Selbsttötung zu assistieren, fällt in den Gewissensbereich, kann Ausdruck von Fürsorge sein und ist zu respektieren (Bundesärztekammer, 2023; DGP, 2021). In Anbetracht der Suizidassistenz-Studien aus München, aus denen hervorgeht, dass prozedurale Schutzmechanismen bei von Sterbehilfeorganisationen vermittelten Suizidassistenzen nur unzureichend berücksichtigt werden (Schäffer et al., 2024), sollte der Einbezug von Sterbehilfeorganisationen in eine Suizidassistenz jedoch kritisch betrachtet werden. Neben bereits angesprochenen Schulungen, könnten konkrete Standards Professionelle in der Palliativversorgung dabei unterstützen, einen kompetenten Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen zu finden. Eine S2k-Leitlinie zum Umgang mit Suizidassistenz-Anfragen wurde bereits angemeldet und soll Ende des Jahres 2025 fertiggestellt werden (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2024).

## 4.5 Gründe dafür, keine Suizidassistenz geleistet zu haben

In der Hälfte der Fälle, in denen keine Suizidassistenz geleistet wurde, begründeten Teilnehmende dies damit, dass sie eine persönliche Mitwirkung daran ablehnten. Eine aktuelle Umfrage innerhalb der DGP ergab, dass sich 51% der Teilnehmenden eine Mitwirkung an einer Suizidassistenz ausschließlich in palliativen Behandlungssituationen vorstellen können. Knapp 14% zeigten sich auch unabhängig vom Gesundheitszustand dazu bereit (Schwartz et al., 2024). Dieselbe Fragestellung bei vorwiegend Ärzt:innen in Weiterbildung ergab noch höhere Werte.

In der entsprechenden Umfrage gaben ca. 62% der Teilnehmenden an, sich eine Beteiligung an einer Suizidassistenz in palliativen Behandlungssituationen vorstellen zu können. Ein Fünftel ließ auch unabhängig vom Gesundheitszustand eine diesbezügliche Bereitschaft erkennen (Küppers et al., 2024). In einer älteren Umfrage innerhalb der DGP lehnten noch ca. 56% eine Beteiligung an einer Suizidassistenz ab (Jansky et al., 2016). Der Vergleich der Umfragen lässt eine tendenzielle Liberalisierung der Haltung von Professionellen in der Palliativversorgung zu Suizidassistenz vermuten. Zudem zeichnet sich ab, dass die jüngere Generation tendenziell liberaler bezüglich dem Thema Suizidassistenz eingestellt ist.

## 4.6 Rahmenbedingungen durchgeführter Suizidassistenzen

In Übereinstimmung mit den Daten aus München (Gleich et al., 2024a) und den USA (Al Rabadi et al., 2019) wurden die berichteten Suizidassistenzen in den allermeisten Fällen im Zuhause der suizidbegehrenden Personen durchgeführt. Im Kontrast dazu finden Suizidassistenzen in der Schweiz am häufigsten in Räumlichkeiten von Sterbehilfeorganisationen statt (Dierickx et al., 2019; Fischer et al., 2008). In Kanada und den Niederlanden entscheiden sich suizidbegehrende Personen fast ausschließlich für eine Tötung auf Verlangen (HC, 2024; RKS, 2024). In den Niederlanden werden diese am häufigsten im Zuhause der suizidbegehrenden Person durchgeführt (RKS, 2024). In Kanada dagegen werden Tötungen auf Verlangen auch häufig in Kliniken durchgeführt (HC, 2024).

Korrespondierend mit der Studie aus München waren bei ca. 80% der durchgeführten Suizidassistenzen An-/Zugehörige zugegen (Gleich et al., 2024b). Studien legen nahe, dass An-/Zugehörige von Menschen, die einen assistierten Suizid vollzogen haben, spezifische psychologische Probleme bei der Begleitung der Betroffenen sowie bei der anschließenden Trauerbewältigung erleben (Gamondi et al., 2015). Darüber hinaus weist diese Gruppe ein erhöhtes Risiko für Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen auf (Wagner et al., 2012). Daraus lässt sich ableiten, dass An-/Zugehörigen im Falle von Suizidassistenzen-Anfragen frühzeitig eine psychosoziale Unterstützung angeboten werden sollte.

In 4 von 10 durchgeführten Suizidassistenzen, die in dieser Studie berichtet wurden, erfolgte keine Beurteilung der Freiverantwortlichkeit durch eine zweite Fachkraft. In der Studie aus München lagen Begutachtung und Suizidassistenz in mehr als drei Viertel der Fälle in einer Hand (Schäffer et al., 2024). Eine solche Personalunion ist im Kontext der Suizidassistenz insofern problematisch, als sie ein Risiko für unzulässige Einflussnahmen oder Ausübung von sozialem Druck birgt und damit eine Einschränkung der Freiverantwortlichkeit zur Folge haben

könnte. Unterschiedliche Fachgesellschaften sprechen sich daher für eine personelle und organisatorische Trennung der verschiedenen Funktionen bei einer Suizidassistentz aus (z.B. DGPPN, 2024; LNAW, 2021).

In vielen Ländern wird bei assistierten Suiziden bevorzugt das in Kapitel 1.1.2.4 erwähnte Natrium-Pentobarbital eingesetzt. Grund dafür ist, dass der Suizid schmerz- und beinahe risikofrei verläuft und der Tod sehr schnell eintritt (Wissenschaftliche Dienste – Deutscher Bundestag, 2020). In der Schweiz darf Natrium-Pentobarbital seit einem Bundesgerichts-Urteil im Jahr 2006 zum Zweck eines Suizids ärztlich verschrieben werden. Die drei großen schweizerischen Sterbehilfeorganisationen verwenden ausschließlich diesen Wirkstoff. Auch die niederländische Richtlinie zur Durchführung der Sterbehilfe empfiehlt Natrium-Pentobarbital und Secobarbital für den assistierten Suizid. In Belgien werden die gleichen Mittel für die Suizidassistentz genutzt wie in den Niederlanden (Wissenschaftliche Dienste – Deutscher Bundestag, 2020). Auch das Sterbeverfügungsgesetz in Österreich nennt explizit Natrium-Pentobarbital, das bei Vorlage einer Sterbeverfügung in einer Apotheke abgeholt werden kann (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2022). Der Einsatz von Natrium-Pentobarbital und Secobarbital wird ebenso in Kanada empfohlen (Canadian Association of MAiD Assessors and Providers, 2018). Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit der zuletzt genannten Barbiturate wird in den USA mittlerweile eine Medikamentenkombination bestehend aus Diazepam, Digoxin, Morphinsulfat und Amitriptylin bzw. Propranolol verwendet (Worthington et al., 2022).

Bei den in dieser Studie berichteten Suizidassistentzen wurden in der Hälfte der Fälle Opioide verwendet, meist in Kombination mit Benzodiazepinen. In den übrigen Fällen kamen Barbiturate und einmalig eine Kombination aus Trizyklischen Antidepressiva, Benzodiazepinen und einem Antiemetikum zum Einsatz. Bei den Suizidassistentz-Fällen aus München wurden vorwiegend Thiopental und in wenigen Fällen Chloroquin gemeinsam mit Diazepam und Metoclopramid eingesetzt (Gleich et al., 2024b).

Die aktuelle Rechtsprechung in Deutschland (siehe Kapitel 1.1.2.4) kann erklären, weshalb sowohl in der vorliegenden Studie als auch in der Studie aus München, mit einer Ausnahme, andere Suizidmittel als Pentobarbital verwendet wurden. Richtlinien, welche Arzneimittel in Deutschland anstelle von Pentobarbital zum Zweck einer Suizidassistentz verwendet werden können oder sollen, gibt es zum aktuellen Zeitpunkt nicht (Gleich et al., 2024b).

## 4.7 Suizidassistentz-Fälle

Einzelne Aspekte der berichteten Suizidassistentz-Fälle sind diskussionswürdig. Bei der 31-40 Jahre alten, krebserkrankten Person (A) wurde angegeben, dass diese seit ein bis drei Wochen einen Suizidwunsch hatte und dieselbe Zeit zwischen Anfrage und Durchführung der Suizidassistentz verging. Bei einer 41-50 Jahre alten, krebserkrankten Person (B) sowie bei einer 90-jährigen Person, die keine Erkrankung aufwies (C), verging zwischen Anfrage und Durchführung der Suizidassistentz weniger als eine Woche. Aus dem BVerfG-Urteil (2020) geht hervor, dass ein freiverantwortlicher Suizidentchluss von gewisser Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit geprägt sein muss (Rn 244). In diesem Zusammenhang wird von unterschiedlichen Seiten eine Bedenk- bzw. Beobachtungszeit gefordert, die voreilige, auf eine vorübergehende Lebenskrise zurückgehende Entschlüsse verhindern soll (z.B. Castellucci et al., 2020; DGPPN, 2024; LNAW, 2021; Saß & Cording, 2022). Laut dem BVerfG-Urteil (2020) sei es jedoch zulässig, in Abhängigkeit von der Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Beleg der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Suizidentchlusses zu stellen (Rn 340). Unter Umständen könnte dies bedeuten, eine veranschlagte Bedenkzeit deutlich zu verkürzen für den Fall, dass der Tod in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Vor dem Hintergrund des Vorliegens potenziell terminaler Erkrankungen bzw. eines sehr hohen Lebensalters könnte eine verkürzte Frist im Sinne des BVerfG-Urteils (2020) in allen drei Fällen (A, B, C) angemessen gewesen sein. Die ärztliche Unterstützung einer Person beim Suizid, deren Sterbewillen nicht auf das Vorliegen einer Krankheit zurückgeht (C), könnte jedoch gegen § 16 S. 3 der MBO-Ä verstoßen haben. Demzufolge ist die ärztliche Mitwirkung beim Suizid nur dann zulässig, wenn eine schwere oder unerträgliche Erkrankung vorliegt (Bundesärztekammer, 2023).

Abschließend ist kritisch zu beurteilen, dass bei der 71-80 Jahre alten Person ohne Erkrankung keine Zweitbeurteilung der Freiverantwortlichkeit erfolgte. Wie bereits in Kapitel 4.6 dargelegt, sollten die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und die Suizidassistentz nicht von derselben Person durchgeführt werden, um das Risiko unzulässiger Einflussnahme bzw. sozialen Drucks zu verringern.

## 4.8 Stärken und Limitationen

Eine zentrale Stärke der Studie ist, dass – nach Kenntnis des Verfassers – erstmalig eine strukturierte Erhebung von Daten zu Suizidassistentz-Anfragen und -Praxis auf Bundesebene durchgeführt wurde. Der methodische Zugang über eine Online-Umfrage ermöglichte es,

Suizidassistentz-Fälle differenziert zu erfassen und gleichzeitig eine relevante Stichprobengröße zu generieren. Damit leistet die Studie einen wichtigen Beitrag zur Erforschung einer Thematik, die in der BRD noch wenig untersucht wurde.

Der eigens entwickelte Fragebogen zur Erfassung von Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz stellt eine weitere Stärke der Studie dar. Dieser wurde auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche und unter Beteiligung von Expert:innen aus den einschlägigen Fachbereichen (Palliativmedizin, Ethik, Psychiatrie, Psychologie) entwickelt. Der Fragebogen orientiert sich an behördlichen Registrierungen von Fällen von Suizidassistentz/Tötung auf Verlangen im Ausland und wurde um Aspekte erweitert, die für die Fragestellung der Studie relevant waren (u.a. Umgang mit Suizidassistentz-Anfragen, Einschätzung der Freiverantwortlichkeitskriterien). Im Kontrast zu den behördlichen Erfassungen in den USA und Kanada, wurden die Gründe für die Suizidwünsche sowohl quantitativ als auch qualitativ erfasst. Dieses Vorgehen ermöglichte eine höhere Erkenntnistiefe bezüglich der Beweggründe für Anfragen nach Suizidassistentz. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Fragebogen Suizidassistentz-Fälle differenziert erfasst und somit einen relevanten Beitrag zur Entwicklung eines bundeseinheitlichen Suizidassistentz-Registers leisten könnte.

Eine Beschränkung der Studie ist, dass die Daten nicht repräsentativ für die DGP-Mitglieder sind. Grund ist die Rücklaufquote von 5,7% (321/5667), die im Vergleich zu anderen deutschen Online-Umfragen zum Thema Suizidassistentz eher niedrig ausfällt. Dies könnte mit den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen der Studien zusammenhängen. Während die vorliegende Studie konkrete Erfahrungen mit Suizidassistentz-Anfragen und -Praxis untersuchte, lag der Fokus anderer Online-Umfragen auf Einstellungen und Kenntnissen zu Suizidassistentz. Einige DGP-Mitglieder könnten aufgrund der Sensibilität der Thematik und möglicher Unsicherheiten in Bezug auf die geltende Rechtslage gehemmt gewesen sein, von eigenen Erfahrungen zu berichten. Indizien für eine solche Hemmung unter den DGP-Mitgliedern ergeben sich aus den vorliegenden Daten. Zum einen wurden bei den drei Fragen nach bereits durchgeführten Suizidassistentzen/Tötung auf Verlangen relativ häufig (jeweils ca. 15%) keine Angaben gemacht (siehe Kapitel 3.3). Zum anderen wurde in 17% der Fälle angegeben, dass aufgrund von Sorgen vor juristischen Konsequenzen keine Suizidassistentz geleistet wurde (siehe Kapitel 3.9). Ein weiterer Grund für die niedrige Rücklaufquote könnte sein, dass sich in erster Linie diejenigen DGP-Mitglieder von der Umfrage angesprochen gefühlt haben, die auf konkrete Erfahrungen mit Suizidassistentz zurückgreifen konnten. Den beiden beschriebenen Effekten wurde im Vorfeld insofern Rechnungen getragen, als den Teilnehmenden im Anschreiben Anonymität zugesichert wurde und explizit alle Mitglieder

aufgefordert wurden, teilzunehmen, unabhängig von eigenen Erfahrungen mit Suizidassistenten. Zudem wurden die DGP-Mitglieder im Rahmen des zweiwöchentlichen Newsletters nach vier und acht Wochen an die Umfrage erinnert. Nicht zuletzt könnte die vergleichsweise niedrige Rücklaufquote auch darauf zurückzuführen sein, dass die DGP – anders als die meisten anderen medizinischen Fachgesellschaften – multiprofessionell konstituiert ist, Suizidassistenten jedoch überwiegend von Ärzt:innen und Pflegekräften durchgeführt werden. Die relevante Grundgesamtheit dürfte entsprechend kleiner als angegeben (siehe Kapitel 3.1) gewesen sein.

Die Daten sind zudem nicht repräsentativ für Professionelle in der Palliativversorgung. Mehr als 90% der Teilnehmenden gaben an, in der spezialisierten Palliativversorgung tätig zu sein. Professionelle der allgemeinen Palliativversorgung (z.B. Hausärzt:innen, Pflegekräfte in Pflegeheimen) sind somit unterrepräsentiert.

## **4.9 Fazit und Ausblick**

In dieser Umfrage gab die Mehrheit der Teilnehmenden an, seit 2020 konkrete Suizidassistenten-Anfragen erhalten zu haben. Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass der Anteil an Professionellen in der Palliativversorgung, die bereits eine Suizidassistenten durchgeführt haben, seit dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 gestiegen ist. Personen, die innerhalb der deutschen Palliativversorgung Unterstützung beim Suizid suchen, scheinen wesentliche soziodemographische und anamnestische Gemeinsamkeiten mit jenen aufzuweisen, die in anderen Ländern Suizidassistenten/Tötung auf Verlangen in Anspruch nehmen. Erstere scheinen jedoch häufiger onkologische und seltener psychische Störungen aufzuweisen als Menschen, die sich mit Unterstützung einer deutschen Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen. Nach Ansicht der Teilnehmenden lagen wesentliche Voraussetzungen für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung zum Zeitpunkt der Anfrage in bis zu einem Viertel der Fälle nicht vor. Der Umgang der Teilnehmenden mit Suizidassistenten-Anfragen war in mehrerlei Hinsicht kompetent. Eine strukturierte Erfassung von Suizidwünschen, die eine wichtige Grundlage für die weitere Behandlungsplanung sowie für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit darstellt, erfolgte nur in jedem zweiten Fall. In vier von zehn Fällen wurden die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und die Durchführung der Suizidassistenten von derselben Person vorgenommen. Die Studienergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit von Standards im Umgang mit Suizidassistenten-Anfragen und entsprechenden Schulungen für Fachpersonal, das Menschen mit terminalen Erkrankungen betreut.

Der Aufbau eines bundesweiten Registers für (assistierte) Suizide und die wissenschaftliche Nutzung der in diesem Rahmen erhobenen Daten könnte einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Erforschung der Thematik leisten. Ein im Februar diesen Jahres vorgelegter Gesetzesentwurf der 24. Bundesregierung („Kabinett Scholz“) sieht vor, dass eine Bundesfachstelle für Suizidprävention zunächst eine Bedarfsanalyse vornehmen und bei Bedarf ein Konzept zur Errichtung einer Suizidregisterstelle erarbeiten soll (Bundesregierung, 2025). Zur Erfassung der aktuellen Situation in Bezug auf Suizidassistenz-Anfragen und -Praxis in Deutschland hat das jüngst geschaffene Forschungsnetzwerk Suizidassistenz ein Bericht- und Lernsystem entwickelt, das online nutzbar ist (Forschungsnetzwerk Suizidassistenz, 2024a). Übergeordnetes Ziel des Netzwerkes ist die „Wissenschaftliche Fundierung einer verantwortbaren Praxis der assistierten Selbsttötung“. In diesem Rahmen widmet es sich zentralen Aufgaben wie der Konzeption eines Instruments zur Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und der Erarbeitung von Qualitätskriterien für Aufklärungs- und Beratungsgespräche im Kontext von Suizidassistenz-Anfragen. Die Ergebnisse sollen der Öffentlichkeit im Jahr 2027 vorgestellt werden (Forschungsnetzwerk Suizidassistenz, 2024b).

## Literaturverzeichnis

- Ärzte Zeitung (2011). *Die neue Berufsordnung: Das kommt auf Ärzte zu*. Verfügbar unter: <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Die-neue-Berufsordnung-Das-kommt-auf-Aerzte-zu-286159.html> (Zugriff am 07.05.25).
- Al Rabadi, L., LeBlanc, M., Bucy, T., Ellis, L. M., Hershman, D. L., Meyskens, F. L., Taylor, L., & Blanke, C. D. (2019). Trends in Medical Aid in Dying in Oregon and Washington. *JAMA Network Open*, 2(8), e198648. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8648>
- Alejos, M., Vázquez-Bourgon, J., Santurtún, M., Riancho, J., & Santurtún, A. (2023). Do patients diagnosed with a neurological disease present increased risk of suicide? *Neurologia*, 38(1), 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.03.005>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L., & Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(7), 1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
- Appleby, L., Cooper, J., Amos, T., & Faragher, B. (1999). Psychological autopsy study of suicides by people aged under 35. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 175, 168–174. <https://doi.org/10.1192/bjp.175.2.168>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (2024). *Anmeldung. S2k-Leitlinie Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung*. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/096-001> (Zugriff am 17.04.25)
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4, 37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>

- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., Rosenfeld, B., Schroepfer, T., Tomás-Sábado, J., Trelis, J., Villavicencio-Chávez, C., & Voltz, R. (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PloS ONE*, *11*(1), e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Batzler, Y. N., Schallenburger, M., Schwartz, J., Brune, T., Feit, S., Tenge, T., Küppers, R., Meier, S., & Neukirchen, M. (2025). Wissen und Haltungen zur Suizidassistentz: Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI). *Die Anaesthesiologie*, *74*(6), 372–379. <https://doi.org/10.1007/s00101-025-01547-0>
- Beautrais A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide & life-threatening behavior*, *32*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.1.22184>
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, *147*(2), 190–195. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.190>
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R. A., Dahlsgaard, K. K., & Grisham, J. R. (1999). Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide & life-threatening behavior*, *29*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1999.tb00758.x>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American journal of psychiatry*, *142*(5), 559–563. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>

- Berardelli, I., Rogante, E., Sarubbi, S., Erbuto, D., Cifrodelli, M., Concolato, C., Pasquini, M., Lester, D., Innamorati, M., & Pompili, M. (2022). Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13309. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>
- Betäubungsmittelgesetz. § 13 *Verschreibung und Abgabe auf Verschreibung*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/\\_\\_\\_13.html](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/___13.html) (Zugriff am 15.04.25).
- Betäubungsmittelgesetz. § 29 *Straftaten*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/\\_\\_\\_29.html](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/___29.html) (Zugriff am 15.04.25).
- Betäubungsmittelgesetz. § 30 *Straftaten*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/\\_\\_\\_30.html](https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/___30.html) (Zugriff am 15.04.25).
- Borasio, G. D., Jox, R. J., Taupitz, J., & Wiesing, U. (2020). *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids* (2. Auflage). Kohlhammer Verlag.
- Brand, M., Griesse, K., Vogler, K. et al. (2015). *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Deutscher Bundestag. Drucksache 18/5373*. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/053/1805373.pdf> (Zugriff am 22.01.25).
- Brent, D. A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., Zelazny, J., Brodsky, B., Firinciogullari, S., Ellis, S. P., & Mann, J. J. (2003). Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1486–1493. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1486>
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 371–377. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>

- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R., & Beck, A. T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live: a risk factor for suicide. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1977–1979. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1977>
- Bürgerliches Gesetzbuch. § 104 *Geschäftsunfähigkeit*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_104.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_104.html) (Zugriff am 26.01.25).
- Bürgerliches Gesetzbuch. § 630 *Pflicht zur Zeugniserteilung*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/\\_630d.html](https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_630d.html) (Zugriff am 26.01.25).
- Bundesärztekammer (2021). *Trotz Änderung der (Muster-)Berufsordnung: Hilfe zur Selbsttötung weiterhin keine ärztliche Aufgabe*. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/trotz-aenderung-der-muster-berufsordnung-hilfe-zur-selbsttoetung-weiterhin-keine-aerztliche-aufgabe#:~:text=„,%5BÄrztinnen%20und%20Ärzte%5D%20dürfen,Deutschland%20tätigen%20Ärztinnen%20und%20Ärzte“> (Zugriff am 15.04.25).
- Bundesärztekammer (2023). 127. *Deutscher Ärztetag*. Verfügbar unter: <https://127daet.baek.de/data/media/BII07.pdf> (Zugriff am 19.04.25).
- Bundesgerichtshof (1963). *BGH 2 StR 181/63, Urteil vom 14.08.1963*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=14.08.1963&Aktenzeichen=2%20StR%20181/63> (Zugriff am 26.01.25).
- Bundesgerichtshof (1984). *BGH 3 StR 96/84, Urteil vom 04.07.1984*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=04.07.1984&Aktenzeichen=3%20StR%2096/84> (Zugriff am 26.01.25).
- Bundesgerichtshof (1994). *BGH 1 StR 357/94, Urteil vom 13.09.1994*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=13.09.1994&Aktenzeichen=1%20StR%20357/94> (Zugriff am 19.01.25).
- Bundesgerichtshof (1996). *BGH 3 StR 79/96, Urteil vom 15.11.1996*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=15.11.1996&Aktenzeichen=3%20StR%2079/96> (Zugriff am 19.01.25).

- Bundesgerichtshof (2001). *BGH 5 StR 474/00, Urteil vom 07.02.2001*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=07.02.2001&Aktenzeichen=5%20StR%20474%2F00> (Zugriff am 19.01.25).
- Bundesgerichtshof (2010). *BGH 2 StR 454/09, Urteil vom 25.06.2010*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BGH&Datum=2010-06-25&Aktenzeichen=2%20StR%20454%2F09> (Zugriff am 22.01.25).
- Bundesgerichtshof (2019). *BGH 5 StR 132/18, Urteil vom 03.07.2019*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=5%20StR%20132/18> (Zugriff am 26.01.25).
- Bundesregierung (2025). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/14987*. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/149/2014987.pdf> (Zugriff am 23.03.25).
- Bundesverfassungsgericht (2020). *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, Rn. 1-343*. Verfügbar unter: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html) (Zugriff am 22.01.25).
- Bundesverwaltungsgericht (2017). *BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017*. Verfügbar unter: <https://www.bverwg.de/de/020317U3C19.15.0> (Zugriff am 15.04.25).
- Bundesverwaltungsgericht (2023). *BVerwG 3 C 8.22 Urteil vom 07.11.2023*. Verfügbar unter: <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Gericht=BVerwG&Datum=07.11.2023&Aktenzeichen=3%20C%208.22> (Zugriff am 15.04.25).
- Canadian Association of MAiD Assessors and Providers (2018). *The Oral Maid Option in Canada. Part 1: Medication Protocols. Review and Recommendations*. Verfügbar unter: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2022/02/OralMAiD-Med.pdf> (Zugriff am 20.04.25).
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 28(1), 1–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00622.x>

- Castellucci, L., Heveling, A., Kappert-Gonthier, K., et al. (2022). *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung*. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/904. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> (Zugriff am 26.01.25).
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., Mowchun, N., Lander, S., Levitt, M., & Clinch, J. J. (1995). Desire for death in the terminally ill. *The American journal of psychiatry*, 152(8), 1185–1191. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., Rogers, M. L., Podlogar, M. C., Chiurliza, B., Ringer, F. B., Michaels, M. S., Patros, C. H. G., & Joiner, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Commission Fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie (CFCEE) (2024). Onzième rapport aux Chambres législatives (années 2022-2023). Verfügbar unter: [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11\\_rapport-euthanasie\\_2022-2023-fr.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11_rapport-euthanasie_2022-2023-fr.pdf) (Zugriff am 28.02.25).
- Cording, C., & Saß, H. (2020). Die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)*, 73, 2695-2697. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01386-z>
- Coyle, N., & Sculco, L. (2004). Expressed desire for hastened death in seven patients living with advanced cancer: a phenomenologic inquiry. *Oncology nursing forum*, 31(4), 699–709. <https://doi.org/10.1188/04.ONF.699-709>
- Crosby, A. E., Ortega, L. A. G., & Melanson, C. (2011). *Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, version 1.0*. Verfügbar unter: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997> (Zugriff am 06.05.25).
- Cuman, G., & Gastmans, C. (2017). Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European journal of pediatrics*, 176(7), 837–847. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2934-8>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (2024). *Presseerklärung: Doppeltes Vier-Augen-Prinzip hat sich bewährt*. Verfügbar unter: <https://www.dghs.de/ueberuns/presse/presse-erklaerungen/artikel/doppeltes-vier-auge-prinzip-hat-sich-bewaehrt/> (Zugriff am 27.06.24).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2021). *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung*. Verfügbar unter: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213\\_Broschuere\\_Suizidassistenten\\_100dpi.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211213_Broschuere_Suizidassistenten_100dpi.pdf) (Zugriff am 17.04.25).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2024). *DGPPN-Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids - Aktualisierung 2024*. Verfügbar unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01%20DGPPN-Eckpunkte%20Assistierter%20Suizid.pdf) (Zugriff am 26.01.2025).

Deutscher Bundestag (2015). *Geschäftsmäßige Hilfe zum Suizid wird bestraft*. Verfügbar unter: [https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2015/kw45\\_de\\_sterbebegleitung-392450](https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2015/kw45_de_sterbebegleitung-392450) (Zugriff am 22.01.25).

Deutscher Bundestag (2023). *Bundestag lehnt Gesetzesentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab*. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918> (Zugriff am 29.01.25).

Deutscher Ethikrat (2022). *Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme*. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (Zugriff am 17.04.25).

Deutsches Ärzteblatt (2019). *Abgabe von Suizidmitteln: Diskussion beginnt von Neuem*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/abgabe-von-suizidmitteln-diskussion-beginnt-von-neuem-46f12396-89a0-4bfd-ab07-22ef4191968e> (Zugriff am 15.04.25).

- Deutsches Ärzteblatt (2023). Ärzte mit Nachfragen zum ärztlich assistierten Suizid konfrontiert. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141745/Aerzte-mit-Nachfragen-zum-aerztlich-%20assistierten-Suizid-konfrontiert> (Zugriff am 07.05.2025).
- Deutsches Ärzteblatt (2024a). *Britisches Parlament diskutiert über Sterbehilfe*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/britisches-parlament-diskutiert-ueber-sterbehilfe-9b967311-bead-4f37-9fb4-ff6af894c735> (Zugriff am 27.02.25).
- Deutsches Ärzteblatt (2024b). *9,5 Millionen Menschen von Depressionen betroffen*. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/95-millionen-menschen-von-depressionen-betroffen-432b6a9e-45cc-48fa-946f-23851428fd9b> (Zugriff am 26.02.25).
- Die Zeit (2025). Frankreichs Parlament stimmt für Sterbehilfe unter strengen Auflagen. Verfügbar unter: <https://www.zeit.de/politik/ausland/2025-05/aktive-sterbehilfe-frankreich-parlament-senat> (Zugriff am 30.06.2025).
- Dierickx, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Penders, Y., Cohen, J., van der Heide, A., Puhan, M. A., Ziegler, S., Bosshard, G., Deliens, L., & Chambaere, K. (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International journal of public health*, 65(1), 65–73. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01281-6>
- Dilling, H., & Freiberger, H. J. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Pervette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., Palmes, G., & Novion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry research*, 169(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.011>
- Downie, J., Gupta, M., Cavalli, S., & Blouin, S. (2022). Assistance in dying: A comparative look at legal definitions. *Death studies*, 46(7), 1547–1556. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926631>

- Emanuel, E. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Urwin, J. W., & Cohen, J. (2016). Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), 79–90. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8499>
- Erlangsen, A., Stenager, E., Conwell, Y., Andersen, P. K., Hawton, K., Benros, M. E., Nordentoft, M., & Stenager, E. (2020). Association Between Neurological Disorders and Death by Suicide in Denmark. *JAMA*, 323(5), 444–454. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.21834>
- Eysenbach, G. (2004). Improving the quality of Web surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e34. <https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34>
- Fazel, S., Cartwright, J., Norman-Nott, A., & Hawton, K. (2008). Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(11), 1721–1731. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n1107>
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu sterben. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke, D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 3-10). Springer Verlag.
- Feldmann, M. (2009). *Die Strafbarkeit der Mitwirkungshandlungen am Suizid* (1. Aufl.). LIT Verlag.
- Fischer, S., Huber, C. A., Furter, M., Imhof, L., Mahrer Imhof, R., Schwarzenegger, C., Ziegler, S. J., & Bosshard, G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss medical weekly*, 139(23-24), 333–338. <https://doi.org/10.4414/smw.2009.12614>
- Fischer, S., Huber, C. A., Imhof, L., Mahrer Imhof, R., Furter, M., Ziegler, S. J., & Bosshard, G. (2008). Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *Journal of medical ethics*, 34(11), 810–814. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.023887>
- Forschungsnetzwerk Suizidassistenz (2024a). *Register Suizidassistenz*. Verfügbar unter: <https://www.forschungsnetzwerk-suizidassistenz.de/register/> (Zugriff am 23.04.25).

- Forschungsnetzwerk Suizidassistenz (2024b). *Aufgaben DFG-Netzwerk*. Verfügbar unter: <https://www.forschungsnetzwerk-suizidassistenz.de/taetigkeiten/> (Zugriff am 23.04.25).
- 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 supportive & palliative care*, 5(2), 146–152. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000483>
- Gavela, K. (2013). *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe* (1. Aufl.). Springer Verlag.
- Gibb, S. J., Beautrais, A. L., & Fergusson, D. M. (2005). Mortality and further suicidal behaviour after an index suicide attempt: a 10-year study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(1-2), 95–100. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01514.x>
- Gleich, S., Peschel, O., Graw, M., & Schäffer, B. (2023). Assistierte Suizide in München – eine erste kritische Analyse. *Rechtsmedizin*, 34, 24-30. <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00668-3>
- Gleich, S., Schienhammer, J., Peschel, O., Graw, M., & Schäffer, B. (2024a). Assistierte und konventionelle Suizide in München – ein Gruppenvergleich. *Rechtsmedizin*, 34, 237-243. <https://doi.org/10.1007/s00194-024-00701-z>
- Gleich, S., Schienhammer, J., Peschel, O., Graw, M., & Schäffer, B. (2024b). Assistierte Suizide in München: angewendete Arzneistoffe und dokumentierte Komplikationen. *Rechtsmedizin*, 34, 402-408. <https://doi.org/10.1007/s00194-024-00725-5>
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> (Zugriff am 29.01.25).
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 170, 205–228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>

- Health Canada (2024). *Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2023*. Verfügbar unter: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/annual-report-medical-assistance-dying-2023.pdf> (Zugriff am 06.02.2025).
- Heinrich, M., Hofmann, L., Baurecht, H., Kreuzer, P. M., Knüttel, H., Leitzmann, M. F., & Seliger, C. (2022). Suicide risk and mortality among patients with cancer. *Nature medicine*, 28(4), 852–859. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01745-y>
- Helling-Plahr, K., Sitte, P., Lindh, H. et al. (2022). *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/2332*. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf> (Zugriff am 29.01.25).
- Henking, T. (2015). Der ärztlich assistierte Suizid und die Diskussion um das Verbot von Sterbehilfeorganisationen. *Juristische Rundschau*, 2015(4), 174-183. <https://doi.org/10.1515/juru-2015-0013>
- Hillenkamp, T. (2014). Ärztliche Hilfe beim Suizid – ver- oder geboten? In M. Heger, B. Kelker & E. Schramm (Hrsg.), *Festschrift für Kristian Kühn* (521-538). Beck Verlag
- Hu, X., Ma, J., Jemal, A., Zhao, J., Nogueira, L., Ji, X., Yabroff, K. R., & Han, X. (2023). Suicide Risk Among Individuals Diagnosed With Cancer in the US, 2000-2016. *JAMA network open*, 6(1), e2251863. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.51863>
- Iceland Review (2024). *Euthanasie-Gesetzentwurf im Parlament vorgelegt*. Verfügbar unter: <https://www.icelandreview.com/de/news/euthanasia-bill-presented-in-parliament/> (Zugriff am 27.02.25).
- Ilgen, M. A., Kleinberg, F., Ignacio, R. V., Bohnert, A. S., Valenstein, M., McCarthy, J. F., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2013). Noncancer pain conditions and risk of suicide. *JAMA psychiatry*, 70(7), 692–697. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.908>
- Jansky, M., Jaspers, B., Radbruch, L., & Nauck, F. (2016). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, 89–98. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2476-7>

- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kappert-Gonthier, K., Stamm-Fibich, M., Künast, R., et al. (2023). *Suizidprävention stärken*. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/7630. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf> (Zugriff am 29.01.25).
- Kim, C. D., Seguin, M., Therrien, N., Riopel, G., Chawky, N., Lesage, A. D., & Turecki, G. (2005). Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *The American journal of psychiatry*, 162(5), 1017–1019. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.1017>
- Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (2024). *Umgang mit Todeswünschen - neues Schulungsprojekt*. Das bayerische Gesundheitsministerium fördert das zweijährige Schulungsprojekt. Verfügbar unter: <https://www.lmu-klinikum.de/christophorus-akademie/aktuelles/umgang-mit-todeswunschen-neues-schulungsprojekt/0a2368e57aaecea7> (Zugriff am 17.04.25).
- Koppehl, L. (2017). *Aktueller Begriff. „Euthanasie“-Morde im Nationalsozialismus*. Wissenschaftliche Dienste. Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/488084/d91b41cac0fd7945180acbcc27454b6/euthanasie-morde-im-nationalsozialismus-data.pdf> (Zugriff am 28.02.2025).
- Kremeike, K., Perrar, K. M., Lindner, R., Bostroem, K., Montag, T., & Voltz, R. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20(6), 323–335. <https://doi.org/10.1055/a-0733-2062>
- Künast, R., Scheer, N., Keul, K., et al. (2022). *Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze*. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/2293. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf> (Zugriff am 29.01.25).
- Küppers, R., Meier, S., Batzler, Y. N., Schallenburger, M., Wetzchewald, D., Dreyer, S., Schwartz, J., & Neukirchen, M. (2024). Sichtweisen einer Stichprobe überwiegend jüngerer Ärztinnen und Ärzte zum ärztlich-assistierten Suizid. *Bundesgesundheitsblatt*, 67, 233–241. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03833-5>

- Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020). *Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung*, Langversion 2.2, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Verfügbar unter: [https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user\\_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version\\_2/LL\\_Palliativmedizin\\_Langversion\\_2.2.pdf](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf) (Zugriff am 30.06.2025).
- Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2021). *Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte*. Verfügbar unter: [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2021\\_Diskussionspapier\\_Neuregelung\\_des\\_assistierten\\_Suizids.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2021_Diskussionspapier_Neuregelung_des_assistierten_Suizids.pdf) (Zugriff am 26.01.25).
- Lindner, R. (2006). *Suizidale Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Untersuchung*. Psychosozial-Verlag.
- Ma, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical psychology review*, 46, 34–45. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
- Mackenzie, T., & Popkin, M. (1990). Medical illness and suicide. In S. Blumenthal & D. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (pp. 205-232). American Psychiatric Press.
- Madsen, T., Erlangsen, A., Orlovskaya, S., Mofaddi, R., Nordentoft, M., & Benros, M. E. (2018). Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. *JAMA*, 320(6), 580–588. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10211>
- Mann, J. J., Bortinger, J., Oquendo, M. A., Currier, D., Li, S., & Brent, D. A. (2005). Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *The American journal of psychiatry*, 162(9), 1672–1679. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1672>
- Marckmann, G., & Pollmächer, T. (2024). Assisted suicide in persons with mental disorders: a review of clinical-ethical arguments and recommendations. *Annals of palliative medicine*, 13(3), 708–718. <https://doi.org/10.21037/apm-23-472>

- Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C., Hirsch, C. S., Portera, L., Hartwell, N., & Iqbal, M. I. (1997). Lower risk of suicide during pregnancy. *The American journal of psychiatry*, 154(1), 122–123. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.1.122>
- Mathieu, S., Treloar, A., Hawgood, J., Ross, V., & Kølves, K. (2022). The Role of Unemployment, Financial Hardship, and Economic Recession on Suicidal Behaviors and Interventions to Mitigate Their Impact: A Review. *Frontiers in public health*, 10, 907052. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.907052>
- Mayring, P. (2007). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz-Verlag.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, 38(3), 407–417. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001419>
- McKeown, R. E., Garrison, C. Z., Cuffe, S. P., Waller, J. L., Jackson, K. L., & Addy, C. L. (1998). Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(6), 612–619. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00011>
- Montagna, G., Junker, C., Elfgen, C., Schneeberger, A. R., & Güth, U. (2023). Long-term development of assisted suicide in Switzerland: analysis of a 20-year experience (1999–2018). *Swiss medical weekly*, 153, 40010. <https://doi.org/10.57187/smw.2023.40010>
- Moscicki, E. K. (2014). Suicidal behaviors among adults. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 82–112). Oxford University Press.
- Mroz, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2022). Developments Under Assisted Dying Legislation: The Experience in Belgium and Other Countries. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(48), 829–835. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0378>
- Mroz, S., Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2021). Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Annals of palliative medicine*, 10(3), 3540–3553. <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>

- Nationaler Ethikrat (2006). *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme*. Verfügbar unter: [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (Zugriff am 19.01.25).
- Nedopil, N. (2022). Assistierter Suizid. Beurteilung der Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung. In M. Bobbert (Hrsg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung* (S. 53-66). Nomos Verlag.
- Nedopil, N., Aldenhoff, J., Amelung, K., Eich, F. X., Fritze, J., Gastpar, M., Maier, W., & Möller, H. J. (1999). Competence to give informed consent to clinical studies. Statement by the taskforce on "ethical and legal questions" of the Association for Neuropsychopharmacology and Pharmacopsychiatry ("Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie [AGNP]"). *Pharmacopsychiatry*, 32(5), 165–168. <https://doi.org/10.1055/s-2007-979228>
- Nissim, R., Gagliese, L., & Rodin, G. (2009). The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Social science & medicine* (1982), 69(2), 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.021>
- Nock, M. K., Borges, G., & Ono, Y. (2014). *Suicide. Global perspectives from the WHO World Mental Health Survey*. Cambridge University Press.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The lancet. Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (2022). *Sterbeverfügung*. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/patientenrechte/sterbeverfuegungsgesetz.html> (Zugriff am 20.04.25).
- Österreichische Palliativgesellschaft (2023). ASCIRS. Verfügbar unter: <https://www.ascirs.at> (Zugriff am 22.03.2023).

- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014a). Intentions in wishes to die: analysis and a typology--a report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-oncology*, 23(9), 1021–1026. <https://doi.org/10.1002/pon.3524>
- Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014b). What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC palliative care*, 13, 38. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>
- Oregon Health Authority (2024). *Oregon Death with Dignity Act – 2023 Data Summary*. Verfügbar unter: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year26.pdf> (Zugriff am 15.08.2024).
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 181, 193–199. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.193>
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). Oxford University Press.
- Qin, P., & Mortensen, P. B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 797–802. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.797>
- Raus K. (2016). The Extension of Belgium's Euthanasia Law to Include Competent Minors. *Journal of bioethical inquiry*, 13(2), 305–315. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9705-5>
- Rechtsausschuss (6.Ausschuss) (2023). *Beschlussempfehlung und Bericht. Deutscher Bundestag. Drucksache 20/7624*. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007624.pdf> (Zugriff am 29.01.25).

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (2024). *Jahresbericht 2023*. Verfügbar unter:

<https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/jaarverslagen/2023/april/4/jaarverslag-2023> (Zugriff am 09.10.2024).

Robert Koch-Institut (2023). *Bundesweite Studie zur Gesundheit älterer Menschen in Deutschland. Wie geht es den Menschen ab 65 Jahren?* Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/11435/abschlussbroschuere.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Zugriff am 26.02.25).

Rodin, G., Lo, C., Mikulincer, M., Donner, A., Gagliese, L., & Zimmermann, C. (2009). Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Social science & medicine* (1982), 68(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>

Roy, A., & Segal, N. L. (2001). Suicidal behavior in twins: a replication. *Journal of affective disorders*, 66(1), 71–74. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00275-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00275-5)

Roy, A., Segal, N. L., Centerwall, B. S., & Robinette, C. D. (1991). Suicide in twins. *Archives of general psychiatry*, 48(1), 29–32. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810250031003>

Roy, A., Segal, N. L., & Sarchiapone, M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1075–1076. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1075>

Saß, H., & Cording, C. (2022). Zur Freiverantwortlichkeit der Entscheidung für einen assistierten Suizid. *Nervenarzt*, 93, 1150–1155. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01386-z>

Schäffer, B., Peschel, O., Graw, M., & Gleich, S. (2024). Assistierte Suizide in München – eine Analyse vorliegender Gutachten. *Rechtsmedizin*, 34, 395–401. <https://doi.org/10.1007/s00194-024-00715-7>

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 medicine*, 12(2), 1813–1820. <https://doi.org/10.1002/cam4.4981>

- 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. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2021.100329>
- Schneider, B. (2022). Psychiatrische Diagnosen und die Frage der Freiverantwortlichkeit bei psychischen Störungen. In M. Bobbert (Hrsg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung* (S. 35-52). Nomos Verlag.
- Schwartz, J., Batzler, Y. N., Schallenburger, M., Scherg, A., Jansen, J., Meier, S., Küppers, R., Melching, H., Grabenhorst, U., Nehls, W., Bausewein, C., & Neukirchen, M. (2024). Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt*, 68, 141-149. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03960-z>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), 264–277. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>
- Statistisches Bundesamt (2024a). *Todesursachen. Suizide*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#> (Zugriff am 09.02.25).
- Statistisches Bundesamt (2024b). *Presse. Präventionstag gegen Suizid: Jeder 100. Todesfall in Deutschland ist ein Suizid*. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24\\_N046\\_23211.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_N046_23211.html) (Zugriff am 09.02.25).
- Statistisches Bundesamt (2024c). *Tabelle (gestaltbar): Sterbefälle, Sterbeziffern (ab 1998)*. Verfügbar unter: [https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p\\_uid=gast&p\\_aid=42678905&p\\_sprache=D&p\\_thema\\_id=14187&p\\_thema\\_id2=3600&p\\_thema\\_id3=3800&p\\_thema\\_id4=3900](https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=42678905&p_sprache=D&p_thema_id=14187&p_thema_id2=3600&p_thema_id3=3800&p_thema_id4=3900) (Zugriff am 09.02.25).

- Statistisches Bundesamt (2025). *Bevölkerung. Armutsgefährdung sowie materielle und soziale Entbehrung bei älteren Menschen*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/armutsgefaehrdung.html> (Zugriff am 26.02.25).
- Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T., & Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Medical care*, 51(10), 938–944. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182a0f427>
- Stewart, J. G., Kim, J. C., Esposito, E. C., Gold, J., Nock, M. K., & Auerbach, R. P. (2015). Predicting suicide attempts in depressed adolescents: Clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *Journal of affective disorders*, 187, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.034>
- Strafgesetzbuch. § 20 *Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_20.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_20.html) (Zugriff am 26.01.25).
- Strafgesetzbuch. § 21 *Verminderte Schuldunfähigkeit*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_21.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_21.html) (Zugriff am 26.01.25).
- Strafgesetzbuch. § 211 *Mord*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_211.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_211.html) (Zugriff am 22.01.25).
- Strafgesetzbuch. § 212 *Totschlag*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_212.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_212.html) (Zugriff am 22.01.25).
- Strafgesetzbuch. § 216 *Tötung auf Verlangen*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_216.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html) (Zugriff am 22.01.25).
- Strafgesetzbuch. § 217 *Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung*. Verfügbar unter: [https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_217.html](https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_217.html) (Zugriff am 22.01.25).
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *The American journal of psychiatry*, 161(3), 562–563. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.3.562>

- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological medicine*, 36(5), 575–586. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006859>
- Teismann, T. (2022). Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens. In M. Bobbert (Hrsg.), *Assistierter Suizid und Freiverantwortlichkeit. Wissenschaftliche Erkenntnisse, ethische und rechtliche Debatten, Fragen der Umsetzung* (S. 53-66). Nomos Verlag.
- Teismann, T., & Dormann, W. (2021). *Suizidalität* (2. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- Teismann, T., Koban, C., Illes, F., & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten. Therapeutischer Umgang mit Suizidgedanken, Suizidversuchen und Suiziden* (1. Aufl.). Hogrefe Verlag.
- The Korea Times (2022). *Proposed law on assisted dying reignites euthanasia row*. Verfügbar unter: [https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2022/07/113\\_332603.html](https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2022/07/113_332603.html) (Zugriff am 27.02.25).
- Tsai, A. C., Lucas, M., Sania, A., Kim, D., & Kawachi, I. (2014). Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals. *Annals of internal medicine*, 161(2), 85–95. <https://doi.org/10.7326/M13-1291>
- Turiaux, J., Burner-Fritsch, I. S., Fegg, M., Marckmann, G., & Bausewein, C. (2025). Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz – Ergebnisse einer Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) [Request for and practice of assisted suicide-results of a survey among members of the German association for palliative medicine]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 10.1007/s00103-025-04087-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04087-5>. Lizenz: CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.
- Universitätsklinikum Köln (2021). *Umgang mit Todeswünschen - Ausbau digitaler Lehr- und Informationsangebote (DeDigiTaL)*. Verfügbar unter: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedigital/> (Zugriff am 17.04.25).

- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Verein Sterbehilfe (2024). *Jahresrückblick 2023 in Zahlen*. Verfügbar unter: <https://www.sterbehilfe.de/jahresrueckblick-2022-in-zahlen/> (Zugriff am 27.06.24).
- Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328–334. <https://doi.org/10.1159/000071715>
- Wagner, B., Müller, J., & Maercker, A. (2012). Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(7), 542–546. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003>
- Washington State Department of Health (2024). *2023 Death With Dignity*. Verfügbar unter: <https://doh.wa.gov/sites/default/files/2025-01/422-109-DeathWithDignityAct2023.pdf> (Zugriff am: 26.02.2025).
- Wassiliwizky M, Gerlinger G, Domschke K, Reif A, Bader F, Pollmächer T (2022). Der assistierte Suizid. *Nervenarzt*, 93, 1134-1142. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01391-2>
- Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications* (1. Edition). American Psychological Association.
- Whitlock, F.A. (1986). Suicide and physical illness. In (Ed.) A. Roy, *Suicide* (pp. 151–170). Williams & Wilkins.
- Wilson, K. G., Dalgleish, T. L., Chochinov, H. M., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., & Fainsinger, R. L. (2016). Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ supportive & palliative care*, 6(2), 170–177. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000604>

- Wissenschaftliche Dienste – Deutscher Bundestag (2020). *Medikamente zur Selbsttötung. Insbesondere zu Regelungen über die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in Deutschland, der Schweiz, den Niederlanden und Belgien*. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/%20WD-9-020-20-pdf-data.pdf> (Zugriff am 20.04.25).
- Wolfersdorf, M. (2012). Suizid und Suizidalität aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Psychotherapeutischer Dialog*, 13, 2-7. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304969>
- Wolfersdorf, M., & Etzersdorfer, E. (2022). *Suizid und Suizidprävention. Ein Handbuch für die medizinische und psychosoziale Praxis* (2. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- World Health Organization (2019). *Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates*. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1> (Zugriff am 09.02.25).
- World Health Organization (2024a). *Suicide*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Zugriff am 09.02.25).
- World Health Organization (2024b). *Suicide. Suicide mortality rate (per 100 000 population)*. Verfügbar unter: <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41> (Zugriff am 09.02.25).
- Worthington, A., Finlay, I., & Regnard, C. (2022). Efficacy and safety of drugs used for ‘assisted dying’. *British Medical Bulletin*, 142 (1), 15–22. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldac009>

## Anhang A: Fragebogen

Online-Umfragen am Klinikum der Universität München - Umfrage unter DGP-Mitgliedern zum Thema „Suizidassistentz“

04.01.24, 16:57

### Umfrage unter DGP-Mitgliedern zum Thema „Suizidassistentz“

Sehr geehrte DGP-Mitglieder,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Online-Umfrage zum Thema „Suizidassistentz“!

Am 26.02.2020 urteilte das Bundesverfassungsgericht, dass das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig sei. Das Gericht argumentierte, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasse und dies auch die Freiheit einschließe, das eigene Leben zu beenden und dafür die freiwillige Unterstützung Dritter in Anspruch zu nehmen.

Nach unserem Kenntnisstand gibt es bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine differenzierten empirischen Daten zu Suizidassistentz-Anfragen in der Bundesrepublik Deutschland sowie zum Umgang des Fachpersonals mit diesen Anfragen. Entsprechend können Sie mit Ihrer Teilnahme an unserer Studie einen wertvollen Beitrag zur Forschung in diesem gesellschaftlich relevanten Themenfeld leisten.

Mithilfe des folgenden Fragebogens möchten wir erheben, ob und wie häufig Sie seit dem Jahr 2020 konkrete Anfragen zu Suizidassistentz erhalten haben, welche Charakteristika die anfragenden Personen aufgewiesen haben und wie Sie mit diesen Anfragen umgegangen sind. Sollten Sie schon einmal Suizidassistentz geleistet haben, interessieren wir uns für deren Rahmenbedingungen. Sollten Sie keine Suizidassistentz-Anfragen erhalten haben, ist das ebenso interessant für die Studie.

Die Online-Umfrage besteht überwiegend aus Single- bzw. Multiple-Choice-Fragen (nur 1 Freitext-Frage) und nimmt, je nachdem ob und von wie vielen Anfragen Sie berichten ( $\leq 5$ ), ca. 5 - 30 Minuten in Anspruch. Der Fragebogen kann nur dann abgeschickt werden, wenn alle Fragen beantwortet wurden.

Der Fragebogen ist anonymisiert. Ihre Antworten lassen keinen Rückschluss auf Ihre Person zu. Am Ende der Seite finden Sie weitere Informationen zum Datenschutz und eine Einverständniserklärung zur Teilnahme.

Wir bitten Sie, lediglich einmal an dieser Umfrage teilzunehmen und bedanken uns herzlich für Ihre Unterstützung!

Die Umfrage findet im Rahmen der Doktorarbeit von Herrn M.Sc. Psych. Julian Turiaux (Psychologischer Psychotherapeut) statt, der an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München unter der Betreuung von Frau Prof. Dr. Claudia Bausewein zum Thema "Suizidassistenten" promoviert.

Mit freundlichen Grüßen,

**Julian Turiaux      Claudia Bausewein**

In dieser Umfrage sind 168 Fragen enthalten.

## Soziodemographie Teil 1

### Wie alt sind Sie?

\*

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ < 30 Jahre
- ☐ 30 - 40 Jahre
- ☐ 41 - 50 Jahre
- ☐ 51 - 60 Jahre
- ☐ 61 - 70 Jahre
- ☐ > 70 Jahre
- ☐ keine Angabe

**Welches Geschlecht haben Sie?**

\*

**!** Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers
- ☐ keine Angabe

**Welcher Sektion innerhalb der DGP gehören Sie an?**

\*

**!** Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ärztinnen und Ärzte
- ☐ Pflege
- ☐ Soziale Arbeit
- ☐ Psychologie
- ☐ Seelsorge / Spiritual Care
- ☐ Physiotherapie - Ergotherapie - Logopädie
- ☐ Pharmazie
- ☐ Geistes- und Sozialwissenschaftliche Berufe
- ☐ Künstlerische Therapien
- ☐ Ernährung
- ☐ Supervision
- ☐ Rechtsberufe
- ☐ keine Angabe

## Soziodemographie Teil 2

**In welcher Einrichtung sind Sie überwiegend tätig?**

\*

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

❷ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Praxis
- ☐ Palliativstation
- ☐ andere Station im Krankenhaus
- ☐ Palliativdienst im Krankenhaus
- ☐ SAPV-Team
- ☐ stationäres Hospiz
- ☐ ambulanter Hospizdienst
- ☐ Tagesklinik
- ☐ außerhalb der Patient:innenversorgung
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges

**Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie insgesamt?**

\*

**!** Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ < 5 Jahre
- ☐ 5 - 10 Jahre
- ☐ 11 - 15 Jahre
- ☐ 16 - 20 Jahre
- ☐ > 20 Jahre
- ☐ keine Angabe

**Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie in der spezialisierten Palliativversorgung?**

\*

**!** Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ keine
- ☐ < 5 Jahre
- ☐ 5 - 10 Jahre
- ☐ 11 - 15 Jahre
- ☐ 16 - 20 Jahre
- ☐ > 20 Jahre
- ☐ keine Angabe

## Anfragesituation

**Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren?**

\*

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ keine Angabe

**Wie viele konkrete Anfragen, bei einem Suizid zu assistieren, haben Sie seit 2020 ca. erhalten?**

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ 1 - 3
- ☐ 4 - 6
- ☐ 7 - 9
- ☐ 10 - 12
- ☐ > 12
- ☐ keine Angabe

## Anfragen: Instruktion allgemein

**Im Folgenden bitten wir Sie, nähere Angaben zu den konkreten Anfragen zu Suizidassistenten zu machen, die Sie seit 2020 erhalten haben. Dabei interessieren wir uns für:**

- die Charakteristika der anfragenden Personen,
- Ihren Umgang mit den Anfragen
- sowie die Rahmenbedingungen etwaiger Suizidassistenten.

**Zur Erhöhung der Representativität der Daten wäre es hilfreich, wenn Sie von mehreren Anfragen berichten, insofern das möglich ist.**

**Sollten Sie bereits Suizidassistenten geleistet haben, berichten Sie bitte bevorzugt von diesen Anfragen.**

**Bitte beantworten Sie dazu die folgenden Fragen jeweils für bis zu 5 Anfragen.**

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:  
Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

## Anfrage 1: Soziodemographie Teil 1

**Wer stellte die Anfrage zu Suizidassistentz? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

❶ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ die suizidwillige Person selbst

☐ An-/Zugehörige der suizidwilligen Person

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Befand sich die suizidwillige Person zum Zeitpunkt der Anfrage bei Ihnen in Betreuung? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ keine Angabe

**Wie alt war die suizidwillige Person? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ < 20 Jahre
- ☐ 20 - 30 Jahre
- ☐ 31 - 40 Jahre
- ☐ 41 - 50 Jahre
- ☐ 51 - 60 Jahre
- ☐ 61 - 70 Jahre
- ☐ 71 - 80 Jahre
- ☐ 81 - 90 Jahre
- ☐ > 90 Jahre
- ☐ keine Angabe

**Welches Geschlecht hatte die suizidwillige Person? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers
- ☐ keine Angabe

## Anfrage 1: Soziodemographie Teil 2

**Befand sich die suizidwillige Person in einer Partnerschaft? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Wie war die Wohnsituation der suizidwilligen Person? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

❷ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ allein zu Hause lebend
- ☐ mit An-/Zugehörigen im Haushalt lebend
- ☐ in Pflege- oder Altenheim lebend
- ☐ in stationärem Hospiz lebend
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges

**Was war der höchste Bildungsabschluss der suizidwilligen Person? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ohne Schulabschluss
- ☐ Hauptschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss
- ☐ Allgemeine Hochschulreife / Fachhochschulreife
- ☐ Hochschulabschluss
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Welche Staatsangehörigkeit hatte die suizidwillige Person? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Deutsch
- ☐ Afghanisch
- ☐ Bulgarisch
- ☐ Griechisch
- ☐ Italienisch
- ☐ Kroatisch
- ☐ Polnisch
- ☐ Rumänisch
- ☐ Syrisch
- ☐ Türkisch
- ☐ Ukrainisch
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

☐ Sonstiges:

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind lediglich die 10 am häufigsten vertretenen Staatsangehörigkeiten in Deutschland aufgelistet (neben der deutschen).

## Anfrage 1: Anamnese Teil 1

**Lag bei der suizidwilligen Person eine Erkrankung vor? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Welche Erkrankung lag bei der suizidwilligen Person vor? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? ) *und* Antwort war 'ja' bei Frage ' [DISEASEreq1]' (Lag bei der suizidwilligen Person eine Erkrankung vor?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- ☐ Multiple Sklerose (MS)
- ☐ Demenz
- ☐ andere Erkrankung des Nervensystems
  
- ☐ Kardiovaskuläre Erkrankung
- ☐ Atemwegserkrankung
- ☐ Stoffwechselerkrankung
- ☐ Gastrointestinale Erkrankung
- ☐ Infektionserkrankung
  
- ☐ Erkrankung des Bewegungsapparates
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ keine Angabe
  
- ☐ Sonstiges:

**Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, welche Gründe die suizidwillige Person für den Suizidwunsch angab. \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:  
Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Wenn Sie 'Gründe:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ nicht bekannt

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Bitte ordnen Sie die Gründe für den Suizidwunsch einer oder mehreren der folgenden Kategorien zu. \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Verlust der Fähigkeit, sinnstiftenden Aktivitäten nachzugehen
- ☐ Verlust der Fähigkeit, angenehmen Aktivitäten nachzugehen
- ☐ Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen
- ☐ unzureichende Schmerzkontrolle
- ☐ unzureichende Kontrolle von anderen Symptomen als Schmerz
- ☐ Verlust der Kontrolle über körperliche Funktionen
- ☐ Erschöpfung
- ☐ Lebenssattheit
- ☐ Gefühl, eine Belastung für andere zu sein
- ☐ Autonomieverlust
- ☐ Würdeverlust
- ☐ Isolation / Einsamkeit
- ☐ existentielles Leiden
- ☐ Sinnverlust
- ☐ kognitive Einschränkungen
- ☐ finanzielle Probleme
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges:

## Anfrage 1: Anamnese Teil 2

**Wie lange bestand der Suizidwunsch zum Zeitpunkt der Anfrage bereits ungefähr? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ < 1 Woche
- ☐ 1 - 3 Wochen
- ☐ 1 - 3 Monate
- ☐ 4 - 6 Monate
- ☐ 7 - 9 Monate
- ☐ 10 - 12 Monate
- ☐ > 12 Monate
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**War der Suizidwunsch mit An-/Zugehörigen kommuniziert? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Hat die suizidwillige Person schon einmal einen Suizidversuch unternommen? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Wie viele Suizidversuche hat die suizidwillige Person bereits ungefähr unternommen? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [ATTEMPTreq1]' (Hat die suizidwillige Person schon einmal einen Suizidversuch unternommen?)

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ 1
- ☐ 2 - 4
- ☐ > 4
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

## Anfrage 1: Instruktion - Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung

**Das Bundesverfassungsgericht betonte in seinem Urteil, dass Suizidassistent nur dann zulässig ist, wenn von einer freien Suizidentscheidung ausgegangen werden kann.**

**Zudem hat das Gericht spezifische Voraussetzungen für das Vorliegen einer freien Suizidentscheidung formuliert:**

- **Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte**
- **Freiheit von unzulässigem Einfluss oder Druck**
- **Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Suizidentschlusses**
- **Fähigkeit, seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln zu können**

**Auf der folgenden Seite möchten wir Sie bitten, einzuschätzen, inwieweit diese Voraussetzungen zum Zeitpunkt der Anfrage vorlagen.**

**\***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

## Anfrage 1: Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung

**Bitte geben Sie an, inwieweit Sie den folgenden Aussagen in Bezug auf die suizidwillige Person zum Zeitpunkt der Anfrage zustimmen.**

**\***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

|                                                                                                                                                                                                                       | stimme<br>voll und<br>ganz zu | stimme<br>eher zu     | stimme<br>eher<br>nicht zu | stimme<br>überhaupt<br>nicht zu | weiß<br>nicht         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Die suizidwillige Person war über ihre vorliegende körperliche oder psychische Erkrankung, ihre seelische Krise und/oder ihre sonstige Problemlage informiert.                                                        | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> |
| Die suizidwillige Person war über die existierenden Hilfsmöglichkeiten medizinischer oder anderer Art (z. B. Hospiz- und Palliativversorgung, Psychotherapeutische Versorgung, Sozialrechtliche Beratung) informiert. | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> |
| Die suizidwillige Person war bei ihrer Entscheidungsfindung frei von unzulässiger Einflussnahme (z. B. Zwang, Drohung) und subjektiv empfundenem oder tatsächlich ausgeübtem sozialen Druck (z. B. von Angehörigen).  | <input type="radio"/>         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> |

|                                                                                                                                                                    |                       |                       |                       |                       |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Der Suizidwunsch war von Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit geprägt und nicht Ausdruck einer vorübergehenden Lebenskrise.</b>                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>Die suizidwillige Person war fähig, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht zu handeln.</b> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Wenn Sie etwas nicht einschätzen können, wählen Sie bitte die Antwortoption "weiß nicht". Versuchen Sie aber bitte möglichst, ein Urteil abzugeben.

**Bitte geben Sie an, wie sicher Sie sich bei der Einschätzung der Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung waren.**

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:  
Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ sicher
- ☐ eher sicher
- ☐ eher unsicher
- ☐ unsicher

## Anfrage 1: Instruktion Umgang

**Im Folgenden würden wir zunächst gerne von Ihnen erfahren, wie Sie mit der Anfrage zu Suizidassistentz umgegangen sind, als diese erstmalig gestellt wurde.**

**Im Anschluss interessieren wir uns dafür, wie Sie damit umgegangen sind, wenn der Suizidwunsch beständig war.**

**Für den Fall, dass Sie schlussendlich Suizidassistentz geleistet haben, bitten wir Sie, über deren Rahmenbedingungen Auskunft zu geben.**

**Bitte beantworten Sie dazu folgende Fragen.**

**\***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

## Anfrage 1: Umgang

**Wie sind Sie mit der Anfrage der suizidwilligen Person zunächst umgegangen? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ supportives Gesprächsangebot
- ☐ strukturierte Erfassung der Suizidwünsche (u. a. Akutheit, Motive)
- ☐ Beratung über die existierenden Hilfemöglichkeiten medizinischer oder anderer Art (z. B. Hospiz- und Palliativversorgung, Psychotherapeutische Versorgung, Sozialrechtliche Beratung)
- ☐ Ausschöpfen der eigenen Betreuungsmöglichkeiten
- ☐ Vermittlung einer palliativmedizinischen bzw. Hospizbetreuung
- ☐ Vermittlung einer psychiatrischen Betreuung
- ☐ Vermittlung einer sonstigen fachärztlichen Betreuung
- ☐ Vermittlung einer psychotherapeutischen / psychologischen Betreuung
- ☐ Vermittlung einer seelsorgerischen Betreuung
- ☐ Vermittlung einer sozialarbeiterischen Betreuung
- ☐ Einbeziehen von An-/Zugehörigen
- ☐ Vermittlung von Adressen von Sterbehilfeorganisation
- ☐ direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Inland
- ☐ direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Ausland
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges:

**Ist der Wunsch der suizidwilligen Person nach Suizidassistentz beständig geblieben? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? ) und Antwort war bei Frage ' [HANDLEINITreq1]' (Wie sind Sie mit der Anfrage der suizidwilligen Person zunächst umgegangen?) und Antwort war bei Frage ' [HANDLEINITreq1]' (Wie sind Sie mit der Anfrage der suizidwilligen Person zunächst umgegangen?)

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ nicht bekannt
- ☐ keine Angabe

**Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage ' [WISHPERMreq1]' (Ist der Wunsch der suizidwilligen Person nach Suizidassistent beständig geblieben?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Weitervermittlung an eine/-n Ärztin/Arzt, die/der zu Suizidassistent bereit war
- ☐ Weitervermittlung an eine nicht-ärztliche Fachkraft, die zu Suizidassistent bereit war
- ☐ Vermittlung von Adressen von Sterbehilfeorganisationen
- ☐ direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Inland
- ☐ direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Ausland
- ☐ weitere Betreuung ohne Suizidassistent zu leisten
- ☐ Beendigung der Betreuung
- ☐ Leisten von Suizidassistent
- ☐ keine Angabe

☐ Sonstiges:

**Aus welchem Grund haben Sie selbst keine Suizidassistent geleistet? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Weitervermittlung an eine/-n Ärztin/Arzt, die/der zu Suizidassistent bereit war' oder 'Weitervermittlung an eine nicht-ärztliche Fachkraft, die zu Suizidassistent bereit war' oder 'Vermittlung von Adressen von Sterbehilfeorganisationen' oder 'direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Inland' oder 'direkte Weitervermittlung an eine Sterbehilfeorganisation im Ausland' oder 'weitere Betreuung ohne Suizidassistent zu leisten' oder 'Beendigung der Betreuung' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❶ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ die Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung waren nicht erfüllt
- ☐ ich lehne Suizidassistent grundsätzlich ab
- ☐ ich lehne es ab, selbst Suizidassistent zu leisten
- ☐ ich fühle mich nicht kompetent, Suizidassistent zu leisten
- ☐ ich hatte Sorge vor juristischen Konsequenzen
- ☐ Suizidassistent ist eine ärztliche Aufgabe
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges:

## Anfrage 1: Rahmenbedingungen Suizidassistent Teil 1

**Erfolgte vor Durchführung der Suizidassistent eine Prüfung der Voraussetzungen für eine freie Suizidentcheidung durch eine zusätzliche Fachkraft? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistent' bei Frage ' [HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ ja

☐ nein

☐ keine Angabe

**Welche Qualifikation hatte die Fachkraft, die die Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung geprüft hat? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:  
Antwort war 'ja' bei Frage ' [EVALUATIONreq1]' (Erfolgte vor Durchführung der Suizidassistent eine Prüfung der Voraussetzungen für eine freie Suizidentscheidung durch eine zusätzliche Fachkraft?)

❗ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- ☐ Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ☐ Facharzt/Fachärztin für Neurologie
- ☐ Psychologische/-r Psychotherapeut/-in
- ☐ Palliativmediziner/-in
- ☐ andere/-r Fachärztin/Facharzt
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges

**Sollten mehrere Qualifikationen vorliegen, wählen Sie bitte die Qualifikation aus, welche die Haupttätigkeit der betreffenden Person begründet.**

**An welchem Ort wurde die Suizidassistenten durchgeführt? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistenten' bei Frage ' [HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

❷ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ Zuhause der suizidwilligen Person

☐ Pflege- oder Altenheim

☐ stationäres Hospiz

☐ Palliativstation

☐ Normalstation

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Welche Personen waren bei der Durchführung der Suizidassistent anwesend? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistent' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ ich selbst
- ☐ weitere/-r Vertreter/-in meiner Berufsgruppe
- ☐ Vertreter/-in einer anderen Berufsgruppe
- ☐ An-/Zugehörige
- ☐ keine Angabe

☐ Sonstiges:

## Anfrage 1: Rahmenbedingungen Suizidassistent Teil 2

**Welche Medikamente wurden für die Einleitung des Suizids verwendet?****\***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistent' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❗ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- ☐ Thiopental
- ☐ Pentobarbital
- ☐ Chloroquin
- ☐ Propofol
- ☐ Opioide
- ☐ Trizyklische Antidepressiva
- ☐ Muskelrelaxanzien
- ☐ Insulin
- ☐ Kalium
- ☐ keine Angabe
- ☐ Sonstiges:

**Wie wurden die Medikamente für die Einleitung des Suizids appliziert?**

\*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistent' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❶ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

❶ Wenn Sie 'Sonstiges:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ oral

☐ intravenös

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges:

**Welche Medikamente wurden als Begleitmedikation verwendet? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistent' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❶ Bitte wählen Sie die zutreffenden Antworten aus:

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

☐ Benzodiazepine

☐ Antiemetika

☐ keine

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges:

**Wie viel Zeit lag zwischen Anfrage und Durchführung der Suizidassistenten ungefähr? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'Leisten von Suizidassistenten' bei Frage '[HANDLEPERMreq1]' (Wie sind Sie mit dem beständigen Wunsch der suizidwilligen Person umgegangen?)

❗ Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ < 1 Woche
- ☐ 1 - 3 Wochen
- ☐ 1 - 3 Monate
- ☐ > 3 Monate
- ☐ keine Angabe

## Zweite Anfrage

**Möchten Sie von einer weiteren Anfrage berichten? \***

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

Antwort war 'ja' bei Frage '[REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

## Anfrage 2: Soziodemographie Teil 1

## Häufigkeit Suizidassistenz / Tötung auf Verlangen

### Wie häufig haben Sie seit 2020 bereits Suizidassistenz geleistet? \*

Beantworten Sie diese Frage nur, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:  
Antwort war 'ja' bei Frage ' [REQUEST]' (Haben Sie seit 2020 bereits konkrete Anfragen erhalten, bei einem Suizid zu assistieren? )

❗ Wenn Sie 'Anzahl:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

❗ Nur Zahlen können in das 'Anzahl:' begleitende Textfeld eingegeben werden.

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Sollten Sie die genaue Anzahl nicht erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

**Wie häufig haben Sie vor 2020 bereits Suizidassistent geleistet? \***

❶ Wenn Sie 'Anzahl:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

❷ Nur Zahlen können in das 'Anzahl:' begleitende Textfeld eingegeben werden.  
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Sollten Sie die genaue Anzahl nicht erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

**Wie häufig haben Sie bereits eine Tötung auf Verlangen durchgeführt? \***

❶ Wenn Sie 'Anzahl:' auswählen, spezifizieren Sie bitte Ihre Auswahl im entsprechenden Textfeld.

❷ Nur Zahlen können in das 'Anzahl:' begleitende Textfeld eingegeben werden.  
Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

☐ keine Angabe

☐ Sonstiges

**Sollten Sie die genaue Anzahl nicht erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

Bei Fragen oder Anmerkungen können Sie jederzeit den Studienverantwortlichen, Herrn M.Sc.  
Psych. Julian Turiaux, unter folgender Mail-Adresse kontaktieren: [julian.turiaux@med.uni-muenchen.de](mailto:julian.turiaux@med.uni-muenchen.de)

Übermittlung Ihres ausgefüllten Fragebogens:  
Vielen Dank für die Beantwortung des Fragebogens.

## Anhang B: Unbedenklichkeitsbescheinigung Ethik



Ethikkommission · Pettenkoferstr. 8 · 80336 München

Prof. Dr. C. Bausewein  
LMU Klinikum  
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin München Großhadern  
Marchioninistrasse 15  
81377 München  
(Doktorand: Julian Turiaux)

Vorsitzender:  
Prof. Dr. R. M. Huber  
Telefon+49 (0)89 440055191  
Telefax+49 (0)89 440055192  
Ethikkommission@  
med.uni-muenchen.de  
[www.med.uni-muenchen.de/einrichtungen/ethik](http://www.med.uni-muenchen.de/einrichtungen/ethik)  
Anschrift:  
Pettenkoferstr. 8a  
D-80336 München

12.07.2023/Hb/kg

Projekt Nr.: **23-0596 KB** (bitte bei Schriftwechsel angeben)

### Keine Beratungspflicht

Studientitel: Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenten in der palliativmedizinischen Versorgung - Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
Antragsteller: Prof. Dr. C. Bausewein, LMU Klinikum, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin München Großhadern, Marchioninistrasse 15, 81377 München, (Doktorand: Julian Turiaux)  
Untersucher: Prof. Dr. Claudia Bausewein, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum Großhadern, 81377 München, (Doktorand: Julian Turiaux)

Sehr geehrter Herr Turiaux,

haben Sie besten Dank für Ihr Schreiben (e-mail) vom 05.07.2023, mit dem Sie um eine Unbedenklichkeitserklärung für das o. g. Projekt bitten.

Sofern Sie Ihre Untersuchungen nur retrospektiv anhand von Daten durchführen, die irreversibel anonymisiert sind, d. h. dass auch die Bearbeiter keinen Rückschluss auf die Daten der entsprechenden Personen erhalten, bestehen keine ethisch-rechtlichen Bedenken gegen dieses Projekt.

Vorsorglich möchte ich darauf hinweisen, dass auch bei einer positiven Beurteilung Ihres Vorhabens die Verantwortung für die Durchführung des Projektes uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern verbleibt.

Für Ihre Untersuchungen wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. R. M. Huber  
Vorsitzender der Ethikkommission

#### Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. R. M. Huber (Vorsitzender), Prof. Dr. C. Wendtner (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. H. Angstwurm, Dr. G. Atzeni, Prof. Dr. S. Böck, J. Eckert, Prof. Dr. S. Endres, Prof. Dr. R. Fischer, Prof. Dr. M. Frühwald, Prof. Dr. R. Gärtner, Prof. Dr. O. Genzel-Boroviczény, Dr. M. Greiff, Prof. Dr. K. Hahn (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. A. Hasan, Dr. B. Henrikus, Prof. Dr. M. Henrich, Prof. Dr. C. Heumann, Prof. Dr. R. Hohlfeld, Prof. Dr. A. Holstege, Prof. Dr. K. Ittner, Prof. Dr. V. Jansson, Prof. Dr. V. Klaus (stellv. Vorsitzender), Dr. F. Köhlmeier, Dr. K. Köhlmeier, Prof. Dr. B. Liebl, Prof. Dr. J. Lindner, Prof. Dr. S. Lorenz, Prof. Dr. U. Mansmann, Prof. Dr. G. Marckmann, Prof. Dr. S. Mayer, Dr. V. Mönch, Prof. Dr. H. Mudra (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. M. Niyazi, Prof. Dr. R. Penning, Dr. R. Ratzel, Prof. Dr. B. Renner, Prof. Dr. H. Schardey, Prof. Dr. M. Schmauss, Prof. Dr. A. Schmidt, Dr. I. Schmid, Prof. Dr. J. Schopohl, Prof. Dr. U. Schroth, Prof. Dr. A. Sträter, Prof. Dr. O. Steinlein, Prof. Dr. H. Topka, Dr. B. Vogl, Prof. Dr. H. Waldner, PD Dr. U. Wandl, C. Weixler, Prof. Dr. J. Weizel, Prof. Dr. M. Wörle, Dr. A. Yassouridis, Dr. C. Zach

## Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei:

*Frau Prof. Dr. Claudia Bausewein* für die durchweg exzellente Betreuung, die unzähligen hilfreichen Rückmeldungen und Denkanstöße, das mir entgegengebrachte Vertrauen und die Überlassung dieses höchstspannenden, vielschichtigen und gesellschaftlich relevanten Promotionsthemas. Ich hätte mir kaum ein interessanteres Thema erdenken können.

*Herrn Prof. Dr. Martin Fegg* für die Bahnung dieser Promotion sowie für die hilfreichen Impulse insbesondere bei der Fragebogenkonzeption und der Datenauswertung.

*Herrn Prof. Dr. Georg Marckmann* insbesondere für den kritischen Blick und die hilfreichen Impulse bei der Fragebogenkonzeption.

*Frau Dr. Isabel Burner-Fritsch* für die zuverlässige und geduldige Unterstützung über den gesamten Zeitraum meiner Promotion. Insbesondere bin ich dir dankbar für deine große Hilfe bei der qualitativen Datenauswertung und bei der Erstellung des Manuskripts für die Publikation. Unsere fachlichen Austausche habe ich stets als sehr gewinnbringend erlebt.

*Meinen Eltern*, die großes Interesse für mein Promotionsprojekt aufbrachten und mich – wie immer – nach Kräften unterstützt haben.

*Jeremy*, mit dem ich - neben sehr vielen anderen Dingen - mein Interesse an der Wissenschaft teile und der mich in meinem Vorhaben zu promovieren, sehr bekräftigt hat.

*Anna*, die immer an mich glaubt, die in jeder Lebenslage an meiner Seite steht, die mir auch dann noch Wohlwollen entgegenbringt, wenn es bestimmt nicht leichtfällt, deren wohl überlegtes Feedback die Qualität dieser Arbeit enorm bereichert hat und die in besonders intensiven Arbeitsphasen sichergestellt hat, dass ich mit leckeren Mahlzeiten und Kaffee versorgt gewesen bin.

*Carla*, die – ohne dass sie davon hätte wissen können – die größtmögliche Motivation für mich darstellte, stets am Ball zu bleiben und diese Dissertation bis zum Frühsommer 2025 einzureichen.

# Affidavit



## Eidesstattliche Versicherung

Turiaux, Julian Moritz

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema:

**Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenten in der deutschen  
Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern  
der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 07.02.26

Ort, Datum

Julian Moritz Turiaux

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

# Übereinstimmungserklärung



## Erklärung zur Übereinstimmung der gebundenen Ausgabe der Dissertation mit der elektronischen Fassung

Turiaux, Julian Moritz

Name, Vorname

Hiermit erkläre ich, dass die elektronische Version der eingereichten Dissertation mit dem Titel:

**Anfragen zu und Praxis von Suizidassistenz in der deutschen Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)**

in Inhalt und Formatierung mit den gedruckten und gebundenen Exemplaren übereinstimmt.

München, 07.02.26

Ort, Datum

Julian Moritz Turiaux

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

## Publikationsliste

### Publikation (Peer-Review)

Turiaux, J., Burner-Fritsch, I. S., Fegg, M., Marckmann, G., & Bausewein, C. (2025). Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz – Ergebnisse einer Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) [Request for and practice of assisted suicide-results of a survey among members of the German association for palliative medicine]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 10.1007/s00103-025-04087-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04087-5>

### Konferenzbeitrag

Turiaux, J. (2024). Best Abstract: Anfragen zu und Praxis von Suizidassistentz in der deutschen Palliativversorgung – Eine Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Vortrag auf dem 15. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, Aachen: 25.09.2024 - 28.09.2024.