



## **Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie**

### **Grundsatzpapier**

#### **Zusammenfassung**

Sterben und Tod sind für alte Menschen ein naheliegendes Thema. Für Hochbetagte kann Sterben eine wünschenswerte Perspektive sein. Für die Betroffenen sind Möglichkeiten, über ihr Sterben, ihre Ängste und mögliche Sterbewünsche zu sprechen, oft sehr willkommen - auch, weil es für sie weniger um das körperliche als um das existentielle Leid geht. Sterbewünsche sind immer auch Hilfeschreie und der Wunsch nach einfühlsamer Kommunikation. Gibt es Hinweise darauf, dass sich ein Mensch Gedanken über einen Suizid macht, ist es für den Betreffenden entlastend, ihn auf geeignete Weise direkt darauf anzusprechen.

Für all das braucht es Gesprächskompetenz, vor allem, wenn die verbale Kommunikation mit den Betroffenen erschwert ist. Sowohl für die Gespräche als auch für die Reflexion der Situationen, in denen Menschen sich zu sterben wünschen, braucht es Klarheit und Sicherheit im Umgang mit den Begrifflichkeiten.

Der assistierte Suizid beschleunigt den Tod. Dies ist nicht im Sinne der WHO-Definition von Palliative Care, in der es heißt: Palliative Care trachtet danach, den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern. Für Sorgende stellt sich daher die Frage, wie sie diese Diskrepanz mit ihrem Palliativverständnis in Einklang bringen können. Alte Menschen sind aus sozialen und gesundheitsbezogenen Gründen besonders verletzlich. Es besteht daher eine besondere Gefahr für Fremdbestimmung.

Institutionelle Unterstützung im Umgang mit Sterbewünschen kann den Mitarbeiter\*innen der Altenhilfe auf unterschiedlichen Ebenen angeboten werden: Richtlinien der Einrichtung und die Möglichkeit zur Reflexion können unterstützen. Mitarbeiter\*innen in der Palliativen Geriatrie sollten im Umgang mit suizidalen Gedanken der Bewohner\*innen oder Klient\*innen geschult sein. In der Palliativen Geriatrie stehen gute Möglichkeiten zur Verfügung, um den körperlichen und existentiellen Problemen, die hinter dem Wunsch zu Sterben stehen, zu begegnen. Diese müssen den Betroffenen verständlich erläutert werden. Dazu gehören neben Beratung und palliativ-geriatrischer Schmerz- und Symptombehandlung auch der Therapieabbruch oder -verzicht, der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken sowie die palliative Sedierung bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation.

Ambulante und stationäre Einrichtungen der Palliativen Geriatrie brauchen eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob sie sich die Begleitung einer Bewohnerin oder einer Klient\*in beim assistierten Suizid vorstellen können und was Begleitung in diesem Fall konkret bedeutet.

Obgleich die Suizidbeihilfe rechtlich zulässig ist und im Einzelfall auch eine ethisch vertretbare Möglichkeit sein kann, setzen wir uns mit aller Kraft dafür ein, dass die Lebensbedingungen alter Menschen am Ende ihres Lebens so verbessert werden, dass das Sterben durch einen assistierten Suizid die Ausnahme bleibt.

---

## **Einleitung**

Der deutschsprachigen Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG) gehören Personen und Institutionen in Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Südtirol an. Ziel der FGPG ist die Etablierung und nachhaltige Umsetzung von Palliativer Geriatrie in diesen Ländern mit ihren unterschiedlichen Versorgungssettings.

Um ein gemeinsames, länderübergreifendes Verständnis zum Umgang mit Sterbewünschen und assistiertem Suizid in der Palliativen Geriatrie zu erzielen, fand im März 2022 ein Online-Workshop und im Mai 2022 in Wien eine Mitgliederakademie statt. Die Ergebnisse sind in dieses Grundsatzpapier eingeflossen. Der Vorstand der FGPG fasste die daraus resultierenden Überlegungen zusammen, ergänzte sie und verabschiedete das vorliegende Papier im Oktober 2022.

## **Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie**

Sterben und Tod sind für alte Menschen ein naheliegendes Thema. Für Hochbetagte kann Sterben eine wünschenswerte Perspektive und gute Lösung für ihr immer schwieriger werdendes Leben sein. Sie haben oft weniger Angst vor dem Tod als vor der Zeit bis dahin. Palliative Geriatrie setzt sich für einen verlässlichen, kompetenten und empathischen Umgang mit alten Menschen in der letzten Lebensphase ein und stellt sich gemeinsam mit den Betroffenen der Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.

Fachlichkeit, Mitmenschlichkeit und Solidarität bilden die Basis palliativgeriatriischen Handelns. Dazu gehört es auch, Menschen ernst zu nehmen und ihnen zuzuhören, wenn sie sich wünschen zu sterben. Hinter „vordergründigen“ Sterbewünschen können mitunter verdeckte Sorgen, Ängste und Bedürfnisse stecken, die gehört, verstanden, besprochen und beantwortet werden wollen.

## **Unterschiedliche Ausprägungen und Motivationen**

Menschen drücken den Wunsch zu sterben sehr unterschiedlich aus. Die Aussagen reichen von „Ich fürchte mich nicht, wenn ‚er‘ jetzt bald kommt“ über „Ich wünsche mir, dass es bald vorbei ist“ bis zu „Bitte geben Sie mir eine Spritze“. Die Einstellung der Betroffenen lässt sich in sechs Kategorien einteilen (siehe Abb.1), wobei die letzten drei Kategorien – wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - einem Sterbewunsch entsprechen.

1. Ich bin nicht bereit für den Tod und akzeptiere ihn nicht.
2. Ich bin nicht bereit für den Tod, aber akzeptiere ihn.
3. Ich bin bereit für den Tod und akzeptiere ihn.
4. Ich bin bereit für den Tod, akzeptiere ihn und wünsche mir, der Tod würde kommen.
5. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen, habe aber keinen bestimmten Plan.
6. Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen und habe einen bestimmten Plan.

Abb 1. Kategorien der Einstellung zum Tod (Jox 2022 in Anlehnung an Dürst et al 2020 und Schroepfer 2006)

Für die Betroffenen sind Möglichkeiten, über ihr Sterben, ihre Ängste und mögliche Sterbewünsche zu sprechen, oft sehr willkommen - auch, weil es für sie weniger um das körperliche als um das existentielle Leid geht. Sterbewünsche können als Ausdruck von Total Pain aufgefasst werden. Forschungen zum assistierten Suizid weisen darauf hin: Es sind nicht so sehr Schmerzen oder körperliche Symptome, auch nicht Vereinsamung, Depression oder finanzielle Sorgen, die Menschen zur unterstützten Selbsttötung motivieren, sondern der Wunsch nach Kontrolle der Todesumstände, die Angst vor dem Verlust von Selbständigkeit und Würde sowie die Erwartung künftigen Leidens (Borasio et al. 2020, S. 69ff).

Für die Gespräche mit Betroffenen ist es wichtig zu wissen, dass diese dem Thema Tod und Sterben gegenüber oft ambivalent sind, das heißt, dass bei ihnen gleichzeitig Sterbewünsche und der Wunsch zu leben bestehen können (Jox 2022) oder sich diese Wünsche abwechseln; so sehnte eben noch ein Mensch den Tod herbei, und plötzlich wird beim unangekündigten Besuch des Enkelkinds die Freude am Leben sichtbar. Sterbewünsche sind ein noch zu wenig erforschtes Thema und sollten auch in der palliativgeriatrischen Praxis mehr Aufmerksamkeit erfahren.

### **Kommunikation und Gesprächskompetenz**

Kommunikation ist die Kernkompetenz der Palliativen Geriatrie. Sterbewünsche sind immer auch Hilfeschreie und der Wunsch nach einfühlsamer Kommunikation. Aktives Zuhören, gegenseitiges Verstehen und das Etablieren einer von Vertrauen getragenen Beziehung ermöglichen das richtige Deuten von Signalen, und bilden Ausgangspunkt und Vorbedingung für hilfreiche Angebote und Entscheidungen.

Dazu braucht es Gesprächskompetenz. Sorgende brauchen Selbstvertrauen und Erfahrung, um solche Gespräche zu führen, vor allem, wenn die verbale Kommunikation mit den Betroffenen erschwert ist. Das gilt zum Beispiel für Menschen mit nicht-deutscher Muttersprache oder für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Der Zeit kommt in diesen Gesprächen eine doppelte Bedeutung zu: Es braucht Zeit für die Gespräche und die begleitenden Reflexionsprozesse. Das Zeitargument dient aber auch als „Feigenblatt“, um sich diesen schwierigen Gesprächen gar nicht erst stellen zu müssen.

Für die Gesprächskompetenz zum Thema Sterbewünsche spielt der kulturelle und spirituelle Hintergrund der Mitarbeiter\*innen eine große Rolle. Viele Mitarbeiter\*innen kommen aus

Ländern, in denen Tod und Sterben tabuisiert werden. Sie brauchen mehr Unterstützung, um die Kompetenz für Gespräche über Sterbewünsche zu erwerben, als andere Mitarbeiter\*innen.

### **Sicherheit in den Begrifflichkeiten**

Sowohl für die Gespräche als auch für die Reflexion der Situationen, in denen Menschen sich zu sterben wünschen, braucht es Klarheit und Sicherheit im Umgang mit den Begrifflichkeiten. Dazu gehört es auch, die gesetzliche Situation im jeweiligen Land zu kennen. Sorgende in der Palliativen Geriatrie müssen Sterbebegleitung (Begleitung beim Sterben) von Sterbehilfe (Hilfe zum Sterben) und die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe unterscheiden können (Radbruch et al. 2015 und AK PG 2022).

Wenn kurative Ziele nicht mehr erreicht werden können, so ist eine Therapiezieländerung erforderlich. Diese geht mit der Entscheidung einher, bestimmte lebenserhaltende Maßnahmen nicht einzuleiten oder zu beenden.

- Im Rahmen der lindernden Therapie am Lebensende können mögliche lebensverkürzende Nebenwirkung in Kauf genommen werden.
- Der assistierte Suizid (Hilfe zur Selbsttötung) beendet das eigene Leben, nachdem eine andere Person ein tödliches Mittel beschafft bzw. bereitgestellt hat.
- Tötung auf Verlangen bedeutet, einen entscheidungsfähigen Menschen auf dessen ausdrückliches Verlangen hin zu töten. Sie ist in allen deutschsprachigen Ländern mit Ausnahme von Luxemburg verboten.

### **Die Sorgen der Sorgenden**

Sterbewünsche können als der Wunsch einer Person, den eigenen Tod zu beschleunigen, angesehen werden. In der englischsprachigen Literatur heißt es unter anderem: the wish to hasten death (der Wunsch, den Tod zu beschleunigen) (siehe u.a. Monforte-Royo et al. 2012). Der assistierte Suizid beschleunigt den Tod. Dies ist nicht im Sinne der WHO-Definition von Palliative Care, in der es heißt: Palliative Care trachtet danach, den Tod weder zu beschleunigen noch zu verzögern. Für Sorgende stellt sich daher die Frage, wie sie diese Diskrepanz mit ihrem Palliativverständnis in Einklang bringen können.

Zuweilen haben Fachkräfte, wenn sie einen Sterbewunsch vernehmen, das Gefühl, versagt zu haben. Sie wollen Leiden lindern und Lebensqualität fördern. Der Umgang mit Sterbewünschen erfordert einen Perspektivwechsel vom „guten Leben bis zuletzt“ hin zum „guten Beenden eines Lebens“. Das fällt Sorgenden oft schwer.

### **Institutionelle Unterstützung für Mitarbeiter\*innen**

Die Betreuenden brauchen institutionelle Unterstützung. Wenn das Thema in der Organisation nicht tabuisiert, sondern offen thematisiert wird und es eine Orientierung zum Umgang mit Sterbewünschen gibt, sind der Umgang und die ethischen Abwägungen, die damit verbunden sind, viel besser möglich. Besondere Beachtung braucht die Situation der ambulanten Pflege (Spitex, Hauskrankenpflege): die Mitarbeiter\*innen sind vor Ort mit den Klient\*innen alleine und oft ohne Möglichkeit zum direkten kollegialen Austausch.

Institutionelle Unterstützung kann auf unterschiedlichen Ebenen angeboten werden:

1. Die Einrichtung oder der Dienst hat ihre/seine Haltung zum Umgang mit Sterbewünschen gemeinsam mit den Mitarbeitenden erörtert und schriftlich formuliert. Damit vermitteln sie ihren Mitarbeiter\*innen Handlungssicherheit und die Gewissheit, dass sie hinter ihnen stehen. Dazu dienen Leitlinien und Arbeitshilfen, wie sie inzwischen bei vielen Trägern im deutschsprachigen Raum entwickelt wurden (unter den Literaturhinweisen ist eine Auswahl beispielhaft aufgeführt).
2. Die Organisation eröffnet die Möglichkeit zu Reflexion und Austausch zu diesem belastenden Thema. Dazu dienen interprofessionelle Teambesprechungen, kollegiale Beratung, Supervision, Ethikberatung, die Zusammenarbeit mit Gerontopsychiater\*innen oder das debriefing (die Nachbesprechung nach einer belastenden Situation).
3. Alle Mitarbeiter\*innen sind für das Thema Sterbewünsche sensibilisiert, das gelingt am besten in internen Fortbildungen, in denen Leitlinien und Arbeitshilfen vermittelt werden.

## **Suizidprävention**

„Ich denke darüber nach, meinen Tod zu beschleunigen und habe einen bestimmten Plan“. Diese Äußerung (Kategorie 6 der Einstellung zum Tod) ist ein Hinweis darauf, dass die Person einen Suizid plant. Manche Menschen kündigen die Absicht zur Selbsttötung vorher an, andere tun das nur sehr versteckt und schwer entzifferbar, das macht den Umgang damit so schwierig. Der Suizid ist ein Thema im hohen Alter und insbesondere für ältere Männer. Fast die Hälfte aller Suizide in Deutschland entfallen auf Menschen über 65 Jahre. In Deutschland nehmen sich etwa 11 Menschen pro 100.000 Einwohner im Jahr das Leben, von 100.000 Männern zwischen 75 und 80 nehmen sich 73 das Leben (Müller-Pein 2021).

Auch wenn die meisten Suizide Ausdruck großer seelischer Not sind, so können Suizide im hohen Alter in Ausnahmen auch freiverantwortlich sein. Mitarbeiter\*innen in der Palliativen Geriatrie sollten im Umgang mit suizidalen Gedanken der Bewohner\*innen oder Klient\*innen geschult sein. Die Möglichkeit, mit einer Person des Vertrauens über Suizidgedanken zu sprechen, hilft den Betroffenen nachweislich (Suizidprävention Austria 2022). Gibt es Hinweise darauf, dass sich ein Mensch Gedanken über einen Suizid macht, ist es für den Betreffenden entlastend, ihn auf geeignete Weise direkt darauf anzusprechen. Aus klinischer Erfahrung und im Rahmen aktueller Forschungsprojekte wird das direkte, proaktive Ansprechen von Todeswünschen durch die Versorgenden empfohlen (DGP 2021). Es gibt keinen Hinweis darauf, dass Menschen durch ein solches Gespräch erst auf die Idee eines Suizids gebracht werden könnten (Müller-Pein 2022).

## **Hilfe zur Selbsttötung – assistierter Suizid**

Mit dem Argument des selbstbestimmten Sterbens ist der assistierte Suizid in allen deutschsprachigen Ländern inzwischen legal. Doch ist hierbei besonders darauf zu achten, dass es eine freie, selbstbestimmte Entscheidung bleibt und nicht Druck, Manipulation oder Zwang die Entscheidung bestimmen (Rüegger, Kunz 2020). Zugleich wird gerade beim assistierten Suizid deutlich, wie sehr wir für ein gutes Lebensende aufeinander verwiesen sind und wie sehr sich unsere Autonomie in Beziehungen realisiert und entfaltet, also relational verfasst ist.

Alte Menschen sind aus sozialen und gesundheitsbezogenen Gründen besonders verletzlich. Bei der Auseinandersetzung mit Sterbewünschen besteht daher eine besondere Gefahr für Fremdbestimmung. Das muss kritisch mitbedacht werden. Diese Menschen müssen davor geschützt werden, dass ihre Wünsche – in welche Richtung auch immer sie gehen - falsch gedeutet und für fremde Zwecke instrumentalisiert werden. Weder sollten ihre geäußerten Wünsche ignoriert noch unkritisch erfüllt werden, insbesondere wenn Hinweise darauf bestehen, dass diese nicht ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen.

Äußert ein alter Mensch den Wunsch nach Hilfe zur Selbsttötung, sollten der betroffenen Person die Vielzahl der zur Verfügung stehenden alternativen Optionen verständlich erläutert und angeboten werden. Dazu gehören neben Beratung und palliativ-geriatrischer Versorgung auch folgende Möglichkeiten:

- Therapieabbruch oder -verzicht (Therapiezieländerung)
- freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
- palliative Sedierung bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation und nach Entscheidungsfindung im interdisziplinären Team.

Es ist hilfreich, wenn sich Menschen rechtzeitig Gedanken über diese Fragen und entsprechende Regelungen für ihre eigene Zukunft machen. In diesem Sinne sollte die Erstellung einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht sowie von Maßnahmen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (Advance Care Planning [ACP]) besonders gefördert werden.

### **Mitarbeiter\*innen**

Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist bei hochbetagten Menschen selten, Zahlen aus der Schweiz zeigen, dass zwar 16% der Bewohner\*innen von Pflegeheimen das Sterben herbeisehnen, aber nur 0,4% den assistierten Suizid wünschen (Jox 2019). Dennoch: die Bitte um Unterstützung bei der Selbsttötung ist eine Form des Sterbewunsches, die in der Palliativen Geriatrie Betreuende und Einrichtungen vor besondere Herausforderungen stellt.

Für viele ist der Ort der Wahl für den assistierten Suizid das eigene Zuhause, daher ist die ambulante Pflege in besonderer Weise vom Thema betroffen. Aber auch das Pflegeheim ist für die Bewohner\*innen ihr (meist letztes) Zuhause. Wenn sie sich mit Unterstützung selbst töten wollen, so ist es sehr wahrscheinlich, dass sie das im Pflegeheim tun wollen oder tun werden. Ambulante und stationäre Einrichtungen der Palliativen Geriatrie brauchen daher eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob sie sich die Begleitung einer Bewohnerin oder einer Klient\*in beim assistierten Suizid vorstellen können und was Begleitung in diesem Fall konkret bedeutet. Auch wenn eine Einrichtung nicht beim Suizid unterstützen will, so stellt sich etwa die Frage, ob sie es zulässt, dass von außen kommende Personen den Suizid in ihrem Haus unterstützen (Diakonie 2022). Mit diesen Problemen ist die klinische Medizin im Krankenhaus nicht konfrontiert.

Dem moralischen Stress der Mitarbeiter\*innen vorzubeugen hat hohe Priorität. In allen an der Fachgesellschaft beteiligten Ländern haben Menschen das Recht, einen assistierten Suizid zu begleiten oder dies abzulehnen. Dies ist letztendlich eine individuelle

Gewissensentscheidung. Es darf den Betroffenen am Arbeitsplatz aus dieser Entscheidung kein Nachteil erwachsen.

## **Angehörige**

Der Sterbewunsch eines hochaltrigen Menschen betrifft seine Angehörigen in besonderer Weise. Oft werden sie von den Betroffenen gebeten, den Sterbewunsch zu unterstützen, wie zum Beispiel beim assistierten Suizid zu helfen oder anwesend zu sein. Auch wenn es keine Hinweise gibt, dass die Trauer von Menschen, die jemanden durch den assistierten Suizid verloren haben, komplizierter ist, als bei anderen Todesfällen, so ist doch die besondere Belastung der Angehörigen zu berücksichtigen, so dass ihnen auch besondere Hilfen angeboten werden sollten (Wagner, Müller, Maercker 2012).

## **Länderübergreifender Austausch**

Auch in Bezug auf den assistierten Suizid ist es wichtig, dass sich alle Handelnden der gesetzlichen Situation in ihrem jeweiligen Land bewusst sind und die Situation in den Nachbarländern kennen, falls sie von einem hochbetagten Menschen darauf angesprochen werden. Die gesetzlichen Vorgaben für den assistierten Suizid in der Schweiz, in Deutschland, Österreich und Luxemburg unterscheiden sich deutlich voneinander und sind derzeit mehr oder weniger im Fluss (so wird etwa in Deutschland derzeit über ein Gesetz zum assistierten Suizid beraten). Der länderübergreifende Austausch ist bereichernd, wie die Erfahrungen der Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie zeigen und fördert das gegenseitige Verstehen. Wir können viel voneinander lernen.

## **Versorgungssicherheit**

Mit wachsender Besorgnis beobachten wir, wie die Sorge für hochbetagte Menschen gesellschaftlich und arbeitstechnisch in Bedrängnis gerät. Dies ist einerseits generell der mangelnden Wertschätzung für Sorgeaufgaben und Sorgende geschuldet und andererseits der Tatsache, dass zunehmend Mitarbeiter\*innen fehlen. Das eine hängt auch mit dem anderen zusammen. Die Corona-Pandemie verschärft die Situation weiter. Wir nehmen Hinweise wahr, dass Menschen sich mitunter deshalb Unterstützung bei der Selbsttötung wünschen, weil sie (berechtigte) Sorge haben, im hohen Alter und bei großer Abhängigkeit von Pflege und Betreuung nicht gut versorgt zu werden. Dieser Entwicklung wollen wir durch den verstärkten Einsatz von Palliativer Geriatrie für Hochbetagte vorbeugen und uns gleichzeitig energisch für das soziale Prestige und die leistungsgerechte Bezahlung für die Menschen einsetzen, die für sie sorgen.

Obgleich die Suizidbeihilfe rechtlich zulässig ist und im Einzelfall auch eine ethisch vertretbare Möglichkeit sein kann, setzen wir uns mit aller Kraft dafür ein, dass die Lebensbedingungen alter Menschen am Ende ihres Lebens so verbessert werden, dass das Sterben durch einen assistierten Suizid die Ausnahme bleibt.

Gemeinsam mit den nationalen Hospizverbänden und Palliativgesellschaften tritt die Fachgesellschaft Palliative Geriatrie nachdrücklich dafür ein, dass Staat und Gesellschaft alles Erdenkliche tun, damit das Leben bis zuletzt und damit auch das Sterben selbstbestimmt und in Würde erfolgen können. Staat und Gesellschaft dürfen nicht darin nachlassen, die dafür notwendigen Bedingungen zu fordern, zu schaffen und zu erhalten.

## **Literatur**

AK PG (2022): Wichtige Begriffe zum Thema Sterbehilfe. Informationen für Mitarbeitende in der stationären Altenhilfe. Arbeitskreis Palliative Geriatrie des Hospiz- und Palliativnetzwerkes München. Anzufordern unter [hummel@chv.org](mailto:hummel@chv.org)

Borasio GD, Jox RJ, Taupitz J, Wiesing U (2020) Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids. 2., erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Care.macht.mehr (2022): <https://care-macht-mehr.com/>, abgerufen am 29.6.2022

DGP (2021): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung, Entwurf. Stand: 16.9.2021, S. 7

Diakonie (2022): „Bin ich so frei?“ Arbeitshilfe zum Thema Assistierte Suizid für Einrichtungen der Diakonie. Nürnberg

Jox R (2019): Sterbewünsche alter Menschen in Pflegeheimen. Fachzeitschrift Palliative Geriatrie 3/2019, 14-16

Jox R (2022): Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie. Input anlässlich der Mitgliederakademie der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. 26.3.2022, online

Müller-Pein H (2021). Suizide in Deutschland 2020, verfügbar unter <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2020.pdf>

Müller-Pein H (2022): Suizidalität im hohen Lebensalter. In: Heimerl Katharina, Millius Sabine (Hg.): Total Pain in der Palliativen Geriatrie. Bern: Hogrefe, im Erscheinen

Radbruch L et al. im Namen der Mitglieder der EAPC (2015): Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid: Ein Weißbuch der European Association for Palliative Care. Palliative Medicine 1-13. [doi:10.1177/0269216315616524](https://doi.org/10.1177/0269216315616524)

Rüegger H, Kunz R (2020): Über selbstbestimmtes Sterben. Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung. Zürich: rüffer & rub

Suizidprävention Austria (2022): <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention.html>, abgerufen am 29.6.2022

Wagner B, Müller J, Maercker A. (2012): Death by request in Switzerland: Posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. European Psychiatry, 27(7), 542-546. [doi:10.1016/j.eurpsy.2010.12.003](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.003)

## **Beispiele für Leitlinien und Arbeitshilfen zum Umgang mit dem assistierten Suizid**

AHPB (2020): Die Haltung des Ambulanten Hospizdienstes Lippe e.V. (AHPB) zum Thema „assistierter Suizid“. Redaktionsteam: Ilse Böinghoff, Andreas Lüdeke, Fred Salomon

CS Caritas socialis (2022): Grundhaltung zum Umgang mit Sterbewünschen in der CS Caritas Socialis, Wien

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2021): Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz.

[https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211203\\_Broschu%CC%88re\\_Suizidassistenz\\_online.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/211203_Broschu%CC%88re_Suizidassistenz_online.pdf)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) (Hrsg.): Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des BVerfG vom 26.2.20 zu § 217 StGB.

<https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen>

Diakonie Evangelischer Fachverband End-of-Life-Care; Fachverband Evangelische Altenhilfe in Bayern e. V. Fachverband Evangelische Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in Bayern e. V. (2022):



„Bin ich so frei?“ Arbeitshilfe zum Thema: Assistierter Suizid für Einrichtungen der Diakonie.  
[https://www.hilfe-im-alter.de/images/dmo/hia/seelsorge/pdf/Arbeitshilfe\\_Assistierter\\_Suizid.pdf](https://www.hilfe-im-alter.de/images/dmo/hia/seelsorge/pdf/Arbeitshilfe_Assistierter_Suizid.pdf)

**Redaktionsteam:** Marina Kojer (A), Andreas Lüdeke (D), Karin Böck (A), Peter Brall (D), Katharina Heimerl (A), Ursa Neuhaus (CH), Dirk Müller (D), Nicole Weiß-Liefgen (L)

**Fachliche Beratung:** Ralf Jox (CH)

**Teilnehmer\*innen der Mitgliederakademie**

Carmen Birkholz (D), Peter Brall (D), Andrea Egger (CH), Conny Frick (D), Katharina Heimerl (A), Michael Heinze (D), Kerstin Hummel (D), Roland Kunz (CH), Ulla Lauterbach (D), Andreas Lüdeke (D), Monika Lüdeke (D), Dirk Müller (D), Ursa Neuhaus (CH), Andrea Peitl (A), Sebastian Schiel (D), Harald Retschitzegger (A), Christine Segesser (CH), Gerda Schmidt (A), Nicole Weis-Liefgen (L), Bettina Wistuba (D)

**Verabschiedet im Vorstand der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie am 13.10.2022**

Dirk Müller (D), Roland Kunz (CH), Ursa Neuhaus (CH), Gerda Schmidt (A)