



Die DAGST e.V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e.V.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Dr. med. Birgit Scheytt

Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST
Amperstr. 20A
82296 Schöngeising
Telefon: 08141 318276-0
Fax: 08141 318276-1
E-Mail: kontakt@dagst.de

Redaktion:

Christine Höppner
E-Mail: ch@orgaplanung.de

www.dagst.de

Orientierungslose Gesundheitspolitik

Chronisch Schmerzkranken fallen durchs Raster

Ich befinde mich im zweiten Jahr meines Ruhestandes und möchte nicht den Eindruck erwecken, genau zu wissen, was im deutschen Gesundheitswesen alles richtig oder falsch läuft. Die Diskussion und die damit verbundenen Vorschläge lassen vermuten, dass wieder einmal die Patientengruppen unter die Räder kommen, die die kleinste Lobby haben: die chronisch Erkrankten. Diese Schmerzpatientengruppe galt Anfang der Neunzigerjahre als nicht heilbar und damit als nicht behandlungswürdig. Im eigenen Erfahrungsbereich zeigte sich dies durch lange Diskussionen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), ob es überhaupt sinnvoll sei, eine Schmerzklinik zu betreiben – wo doch die vermeintlichen Erfolgsaussichten gleich null seien. Diese Klinik leitete ich damals seit 33 Jahren.

Mehr als Einnahmen und Ausgaben

Die derzeitige Debatte um die Finanzierung des Gesundheitswesens kennt in den bisher zugänglichen Veröffentlichungen lediglich die Möglichkeit der Beeinflussung von Einnahmen oder Ausgaben. Schmerzpatientinnen und -patienten erscheinen primär teuer: multiprofessionelle Teams, Fachpflege, stationäre Schmerzanalysen, unter Umständen eine erforderliche lebenslange Betreuung bei nicht zu erwartender Heilung. Die Möglichkeit, ein lebenswertes Leben zu führen, soziale Teilhabe, auch am Arbeitsleben, wird in der derzeitigen Diskussion nicht bilanziert.

Mangelnde Transparenz von Erkrankungskosten

Damit komme ich zu einem grundsätzlichen Kritikpunkt: Ökonomie im Gesundheitswesen kann meiner Ansicht nach nur funktionieren, wenn die Kosten von Erkrankungen transparent sind.



„Wer diese Vergütung kürzt, verschlechtert ganz bewusst die Behandlung chronisch kranker Schmerzpatientinnen und -patienten“

Dr. med. Ludwig Distler

Chefarzt im Ruhestand,
Klinik für Palliativmedizin
und Schmerzklinik

Genau das ist in Deutschland aber kaum möglich. Vor allem aufgrund der weltweit einzigartigen strikten Trennung in ambulanten und stationären Sektor ist es nicht umsetzbar, die Kosten von Erkrankungen präzise zu ermitteln. Das liegt zum einen am gerechtfertigten Datenschutz, zum anderen an der quartalsweisen Pauschalvergütung ambulanter Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Krankenhaussektor ist politisch gewollt marktwirtschaftlich aufgestellt worden mit der Absicht, kosteneffizienter zu arbeiten. Ich erinnere mich noch sehr gut an die Rede des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer vor der saarländischen Ärzteschaft: Die Vergütung der Krankenhäuser nach Fallpauschalen sei die Rettung vor ausufernden Krankenhauskosten. Die darauffolgenden Jahrzehnte haben gezeigt, dass dieses Ziel verfehlt wurde.

Systematische Benachteiligung chronisch Schmerzkranker

Die vorliegenden Pläne für Kliniken enthalten sogenannte Leistungskomplexe, die dann je nach Ausrichtung des Krankenhauses genehmigt werden können. Diese sollen die Spezialisierung von Kliniken vorantreiben. Bedenklich ist allerdings: Ein Leistungskomplex für spezi-

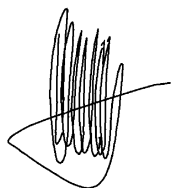
elle Schmerztherapie ist nicht vorgesehen. Ein Unternehmen, das bisher Abteilungen für Schmerzanalyse und -therapie vorhielt, hat dann keine Kalkulationsgrundlage mehr.

Im ambulanten Sektor sollen die Honorare für Psychotherapeutinnen und -therapeuten um 4,5 % gekürzt werden. Wer diese Vergütung kürzt, verschlechtert ganz bewusst die Behandlung chronisch kranker Schmerzpatientinnen und -patienten. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz, die manchmal schon mehr als sechs Monate betragen, sind für chronisch kranke Schmerzpatientinnen und -patienten oft schon viel länger. Wer diese Menschen behandelt, wird dies bestätigen.

Daher meine Frage, auf die ich keine Antwort habe: Warum wird nicht eine Strukturreform angegangen? Könnte es sein, dass diese Reform unter Umständen mehr als eine Legislaturperiode in Anspruch nimmt?

Wie zu Beginn erwähnt: Ich kenne diese Antwort nicht. Ich wünsche Ihnen viel Zuversicht und den Mut, die ärztliche Stimme im Interesse der Patientinnen und Patienten zu erheben.

Mit kollegialen Grüßen



Dr. Ludwig Distler

DAGST-Veranstaltungen



WEBSEITE

Aktuelle Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage unter www.dagst.de

Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
18.7.2026	Ludwigsburg	Botox in der Schmerztherapie – mehr als Migräne Leitung A. Philipp

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress: Wir möchten Sie gerne auf den Herbstkongress unserer Partnergesellschaft, des Zentralverbands der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin (ZAEN), hinweisen: der **151. ZAEN-Kongress** findet vom **23. bis 27.9.2026 in Freudenstadt** statt.

Wir bieten Ihnen weiterhin den persönlichen Austausch im Videochat an, zu Therapie- oder anderen Fragen aus Ihrer Praxis mit unseren Expertinnen und Experten. Wir bitten um eine individuelle Anmeldung per E-Mail (kontakt@dagst.de) für die Terminplanung und den Zugangslink.

Termine und Themen

20.5.2026, 16:00-17:00 Uhr	Dr. B. Scheytt: Clusterkopfschmerz und Komorbidität – welche Therapieoptionen gibt es?
10.6.2026, 18:00-19:00 Uhr	A. Philipp: Einordnung der Schmerzchronifizierung ins bio-psycho-soziale Schmerzmodell
17.8.2026, 16:00-17:00 Uhr	Prof. Dr. Sven Gottschling: Altersübergreifende Palliativmedizin; differenzierte Cannabinoidtherapie

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Kursangebote auch auf unserer Webseite. Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter: www.dagst.de. Programmänderung vorbehalten.





© megaflopp / stock.adobe.com

Der assistierte Suizid – eine ethische Herausforderung

Aktueller Stand in Deutschland und Perspektiven für die klinische Praxis

Yann-Nicolas Batzler, Susanne Binot, Katharina Schwarz, Susanne Murer, Tobias Teiner, Sven Gottschling, Tobias Schwerdt

Wie lässt sich das Recht auf selbstbestimmtes Sterben mit Fürsorgepflicht vereinen? Der assistierte Suizid ist in Deutschland rechtlich möglich, doch bleiben grundlegende und praktische Fragen bestehen. Dieser Artikel beleuchtet ethische Aspekte, fasst die aktuelle Studienlage zusammen und macht deutlich, welche Rolle der Suizidprävention und Palliativmedizin zukommt.

Die Diskussion um den assistierten Suizid hat in Deutschland seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) im Jahr 2020 eine neue Dynamik gewonnen. Zwischen dem Anspruch auf Selbstbestimmung und dem ärztlichen Selbstverständnis, Leben zu schützen und Leid zu lindern, entsteht ein komplexes Spannungsfeld, das Medizin, Ethik und Gesellschaft gleichermaßen herausfordert. Bis heute fehlt eine Regulierung der Suizidassistenz durch den Gesetzgeber. Zugleich wächst der Bedarf an empirischer Forschung, um den tatsächlichen Umgang mit Suizidassistenz in ambulanten, stationären, palliativen und pflegerischen Kontexten besser zu verstehen.

Unsicherheit im Gesundheitswesen

Seit der Entscheidung des BVerfG im Februar 2020, mit welcher der § 217 StGB und somit das „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ aufgehoben wurde, befindet sich Deutschland in einer juristisch zwar klaren, ethisch für viele Akteure im Gesundheitswesen jedoch offenen Situation. Das Urteil definierte das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck persönlicher Autonomie, das auch die Inanspruchnahme freiwilliger Hilfe von Dritten wie Pflegepersonal, ärztlichem Personal oder Sterbehilfevereinen bei einem Suizid einschließt [1]. Dabei ist dieses Recht losgelöst von schweren Erkrankungen – auch vermeintlich „ge-

sunde“ Menschen können dieses Recht per se für sich in Anspruch nehmen. Wichtig ist, dass eine Freiverantwortlichkeit sowie Geschäftsfähigkeit gegeben ist und dass suizidwillige Personen todbringende Medikamente selbst einnehmen. Ein aktives Verabreichen von Medikamenten gilt als aktive Sterbehilfe oder „Tötung auf Verlangen“ und ist in Deutschland weiterhin verboten.

Diese legale Freiheit hat eine intensive Debatte ausgelöst, in der sich rechtliche, medizinische, ethische und gesellschaftliche Perspektiven überlagern. Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und weitere Akteure im Gesundheitswesen sind seither verstärkt mit Fragen konfrontiert, wie sie Todeswünschen professionell begegnen, ohne ihre Fürsorgepflicht zu verletzen oder sich rechtlichen Risiken auszusetzen. Trotz der rechtlichen Liberalisierung in Deutschland bestehen in der Praxis große Unsicherheiten: Welche Formen der Begleitung sind zulässig? Wo verläuft die Grenze zwischen empathischer Unterstützung und strafbarer Handlung? Wie kann Verantwortung von Gesundheitspersonal in die-

sem Spannungsfeld konkret aussehen? Wie könnte eine Regulierung durch den Gesetzgeber aussehen und wird diese überhaupt benötigt?

Rechtliche und standesrechtliche Rahmenbedingungen

Mit der Aufhebung von § 217 StGB hat Deutschland de jure eine der liberalsten Rechtslagen weltweit geschaffen [1]. Seither ist die Beihilfe zur Selbsttötung grundsätzlich erlaubt, sofern sie freiwillig, ernsthaft und eigenverantwortlich vom Sterbewilligen gewünscht wird. Bislang scheiterten alle Versuche einer Regulierung der Suizidassistenten: Im Juli 2023 wurden zwei Gesetzesentwürfe – der eher restriktive „Castellucci-Entwurf“ und der eher liberale „Helling-Plahr-Entwurf“ – im Bundestag abgelehnt [2]. Beide hätten Suizidassistenten an verpflichtende Beratung und Dokumentationspflichten gekoppelt. Stattdessen wurde ein Gesetz zur Stärkung der Suizidprävention verabschiedet, das die Einrichtung von Beratungsstellen und Forschungsförderung vorsieht, ohne jedoch konkrete Abläufe für die Suizidassistenten festzulegen [3]. Damit bleibt die Situation für viele Akteure rechtlich unklar – eine Regelungslücke, die Gesundheitspersonal in der Praxis verunsichert.

Die Streichung des § 16 Abs. 3 der (Muster-)Berufsordnung der Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2021 beseitigte das berufsrechtliche Verbot ärztlicher Suizidassistenten [4]. Gleichwohl hält die Bundesärztekammer an der Position fest, dass „Hilfe zur Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe“ sei [4, 5]. Letztlich bleibt aktuell offen, in welchen Zuständigkeitsbereich die Suizidassistenten fällt. Zudem ist zu regeln, ob und gegebenenfalls welche Fristen zur Sicherstellung der Dauerhaftigkeit der Entscheidung festzulegen sind und ob Behörden eingebunden werden müssen. Weitere rechtliche Themen sind unter anderem die Qualitätssicherung, Missbrauchsschutz und die Abgabe todbringender Medikamente außerhalb deren Indikationsbereiche. Alle zu treffenden Detailregelungen dürfen jedoch, um vor dem BVerfG Bestand zu haben, nicht zu einer solchen Verkomplizierung führen, dass die Inanspruchnahme der Suizidassistenten faktisch unmöglich gemacht wird oder pauschal

Personengruppen ausgeschlossen werden, zum Beispiel Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Ethische Dimensionen

Das BVerfG-Urteil betont die uneingeschränkte Autonomie des Menschen. Für die Medizin ergibt sich hieraus ein Dilemma: Einerseits ist Selbstbestimmung zu respektieren, andererseits verpflichtet das ärztliche Ethos zu Achtung und Schutz des Lebens sowie zu Heilung und Linderung von Leiden. Die ärztliche Hilfe beim Suizid stellt daher für viele eine Grenzhandlung dar. Allein die Konfrontation mit Todeswünschen beziehungsweise dem Wunsch nach assistiertem Suizid kann für einige Mitarbeitende im Gesundheitswesen zu moralischem Disstress führen [6]. Dem Entstehen von solchem Disstress kann eine wiederholte Teamreflexion entgegenwirken, um entstehende Dilemmata frühzeitig zu bearbeiten [7]. Eine offene, multiprofessionelle Gesprächskultur reduziert moralische Belastung und stärkt Resilienz [7].

Auf gesellschaftlicher Ebene betonte der Deutsche Ethikrat im Jahr 2022, dass Suizidassistenten nicht isoliert als Akt individueller Freiheit, sondern im Kontext einer sozialen Verantwortung betrachtet werden müsse [8]. Der Staat müsse sicherstellen, dass Menschen nicht aus Einsamkeit oder mangelnder Versorgung sterben wollen [8]. Um dies umzusetzen, braucht es leicht zugängliche Strukturen wie beispielsweise eine Etablierung und Ausweitung von Versorgungs- und Beratungsangeboten.

Überblick über die Studienlage

In einer retrospektiven Analyse von 53 telefonischen Anfragen an die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) im Zeitraum 2020 bis 2021 wurden erstmals Motivlagen und Wissensstände suizidwilliger Menschen systematisch untersucht [9]. Die häufigsten Beweggründe für den Wunsch nach Suizidassistenten waren: somatisch-psychische Belastung (30 %), existenzielles Leiden (28 %), Einsamkeit (12 %) und Angst vor Pflegebedürftigkeit (9 %). Nur ein kleiner Anteil der Anrufenden äußerte jedoch einen akuten Sterbewunsch; die Mehrheit suchte Information und Orientie-

rung. Auffällig war das geringe Wissen über Versorgungsangebote: So glaubten 70 %, Hospize seien ausschließlich für Krebspatientinnen und -patienten verfügbar. Nach Beratung verfolgten nur 2 von 53 Personen ihren Suizidwunsch weiter. Dies belegt, dass professionelle Kommunikation und palliativmedizinische Aufklärung eine starke suizidpräventive Wirkung entfalten kann.

Vonseiten der Klinikleitungen fehlen bis dato oftmals konkrete Handlungsanweisungen zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten, und oft ist unklar, ob dieser seitens der Klinikdirektion gestattet wird. Deshalb ist die Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) ein möglicher Weg, Autonomie von Menschen, die aus dem Leben scheiden wollen, zu gewährleisten. Der FVET wird zunehmend als alternative Form der Selbstbestimmung am Lebensende diskutiert – als „autonomer Sterbeprozess sui generis“ [7]. Der FVET kann allerdings zu einer hohen Symptomlast führen. Weiterhin gilt es, Mitarbeitende in dieser herausfordernden Begleitung zu schützen und sie vor moralischem Disstress zu bewahren [7]. In einer Befragung unter Mitarbeitenden einer deutschen Palliativstation wurden psychische Belastung, Angst und Agitation als die häufigsten Symptome bei der Begleitung eines FVET identifiziert [7]. Trotz der emotionalen Belastung berichteten die Teammitglieder über geringe moralische Konflikte und empfanden die Begleitungen als „Tod in Würde“ [7]. Mit zunehmender persönlicher Erfahrung nahm die Bedeutung von beispielsweise ethischen Fallbesprechungen ab – ein Hinweis auf eine wachsende Handlungssicherheit, je öfter die Konfrontation mit Todeswünschen und FVET erfolgt [7].

In der laufenden Debatte ist die Sichtweise des Gesundheitspersonals entscheidend. Eine im Jahr 2025 veröffentlichte Querschnittstudie unter 686 Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), bei der vornehmlich Ärztinnen und Ärzte teilnahmen, zeigte erhebliche Wissensdefizite zur Rechtslage [10]. 86 % der Befragten gingen fälschlicherweise davon aus, Suizidassistenten dürfe nicht geschäftsmäßig angeboten werden. 71 %

lehnten eine eigene Mitwirkung unabhängig vom Gesundheitszustand des Suizidwilligen ab, 65 % konnten sie sich nur im palliativen Setting vorstellen, 77 % wünschten sich eine neue gesetzliche Regelung [10].

Eine Online-Befragung unter Mitgliedern (n = 991) der DGP von Juli bis September 2023 zeigte, dass 23,1 % der Teilnehmenden fälschlicherweise angaben, Suizidassistenten sei standesrechtlich verboten. 51,5 % der Befragten konnten sich eine Mitwirkung an einer Suizidassistenten nur bei einem stark kompromittierten Gesundheitszustand der Suizidwilligen vorstellen; 82,4 % lehnten eine Mitwirkung unabhängig vom Gesundheitszustand ab [11]. 41,5 % der Befragten sprachen sich dafür aus, dass sich Palliativteams auf Maßnahmen der Suizidprävention beschränken sollten. Als wichtigste Maßnahme der Suizidprävention wurde fälschlicherweise eine palliativmedizinische Anbindung genannt [11].

In einer weiteren Studie widmete man sich der Haltung von Mitarbeitenden in der hospizlichen Versorgung in Deutschland gegenüber dem assistierten Suizid. Viele Teilnehmende äußerten Sorgen vor einer erhöhten emotionalen Belastung sowie einem erhöhten Arbeitsaufkommen durch den assistierten Suizid [12]. Weiterhin wurde die organisatorische Bereitschaft für Suizidassistenten mit 51,4 % als eher gering bewertet [12]. Dies macht deutlich, dass nicht nur die individuelle Einstellung zählt, sondern auch organisationale Rahmenbedingungen und Ressourcen bedeutsam sind.

Suizidprävention und palliativmedizinische Versorgung

Die Suizidprävention hat in Deutschland in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Nach der Aufhebung des § 217 StGB hat sich der Fokus von einer strafrechtlichen Betrachtung hin zu einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung verschoben. Sowohl das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) als auch die DGP fordern, Suizidprävention als kontinuierliche, flächendeckend strukturierte Aufgabe zu verstehen [13, 14].

Die DGP hebt hervor, dass Hospiz- und Palliativversorgung integrale Be-

standteile der Suizidprävention seien [4]. Ziel sei es, durch frühzeitige Symptomkontrolle, psychosoziale Unterstützung, existenzielle Begleitung und die Förderung von Selbstwirksamkeit Todeswünsche zu erkennen und ihnen entgegenzutreten. Palliativmedizin wird damit nicht nur als Fachrichtung der Symptomkontrolle, sondern auch als präventives Instrument gegen suizidale Dynamiken verstanden [14, 15].

Empirische Studiendaten stützen diese Sichtweise: In der DGP-Mitgliederbefragung im Jahr 2023 gaben rund 59 % der Befragten an, seit 2020 mindestens eine Anfrage nach Suizidassistenten erhalten zu haben, wobei die meisten Anfragen nicht auf einen festen Sterbewunsch, sondern auf Informationssuche und Entlastungsbedürfnis abzielten [11]. Ähnliche Ergebnisse werden in Untersuchungen aus Hospiz- und Pflegeeinrichtungen berichtet: Todeswünsche entstehen häufig im Kontext körperlicher Überforderung sowie mit dem Verlust von Autonomie und Einsamkeit [12, 15]. In über zwei Dritteln der Fälle führten empathische Gespräche und palliative Maßnahmen zur Relativierung des Suizidwunsches [9].

Das offene Ansprechen von Todeswünschen gilt heute als zentrales präventives Element. Entgegen früherer Befürchtungen ergaben Studien, dass das Thematisieren solcher Wünsche nicht suizidfördernd wirkt, sondern Vertrauen schafft und eine gemeinsame Reflexion ermöglicht [14, 16]. Entscheidend ist eine Haltung, die Ambivalenzen anerkennt und Todeswünsche als Ausdruck von Leid, Angst oder Kontrollverlust begreift – und nicht primär als Handlungsauftrag.

Die Palliativmedizin verfügt hierbei über spezifische Stärken: Sie vereint ganzheitliche Perspektive, multiprofessionelle Zusammenarbeit und kommunikative Kompetenz. In der spezialisierten stationären und ambulanten Palliativversorgung (SSPV, SAPV) werden Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge integriert. Diese Struktur ermöglicht es, Leiden auf verschiedenen Ebenen zu adressieren – körperlich, psychisch, sozial und spirituell – und so suizidalen Krisen präventiv zu begegnen.

In der Praxis bedeutet dies: Todeswünsche werden exploriert, Ursachen analy-

siert und Möglichkeiten der Linderung erarbeitet. Hierzu zählen optimierte Schmerz- und Angstkontrolle, Palliativsedierung in refraktären Situationen, die Option des FVET sowie die kontinuierliche Begleitung bei existenzieller Not. Diese Formen der Unterstützung geben Betroffenen häufig das Gefühl von Kontrolle zurück und mindern das Bedürfnis nach Suizidassistenten [14, 16]. Dies verdeutlicht, dass Suizidprävention und Autonomie nicht im Widerspruch stehen.

Gleichwohl bestehen Versorgungsdefizite: In vielen Regionen Deutschlands ist die Palliativ- und Hospizversorgung noch nicht flächendeckend etabliert. Besonders in Pflegeheimen fehlen palliativmedizinisch geschulte Ärztinnen und Ärzte sowie psychosoziale Fachkräfte [17]. Auch die Integration von Suizidprävention in die ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung bleibt unzureichend [16]. Diese Defizite führen dazu, dass Todeswünsche oft unbemerkt bleiben oder erst in fortgeschrittenen Krankheitsphasen adressiert werden.

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich aus Anfragen von Menschen, die nicht an einer terminalen Erkrankung leiden, sondern unter chronischer Belastung, Alterssuizidalität oder Lebensmüdigkeit. Hier geraten palliative Fürsorge und individuelle Autonomie in eine potenzielle Widersprüchlichkeit, da die Grenzen zwischen Sterbebegleitung und psychosozialer Krisenintervention verwischen können [18, 19]. Eine differenzierte Einschätzung von Entscheidungsfähigkeit, Leidensdruck und sozialem Kontext ist daher unverzichtbar.

Trotz dieser Herausforderungen zeigt sich die Palliativmedizin als unverzichtbare Ressource: Sie kann Todeswünsche auffangen, differenzieren und begleiten, ohne sie zu tabuisieren oder vorschnell in medizinische Handlung umzusetzen. Damit trägt sie wesentlich zu einer Haltungskultur bei, die Leid lindert, ohne Autonomie zu entwerten.

Fazit für die Praxis

Fünf Jahre nach der Aufhebung des § 217 StGB zeigt sich juristische Freiheit, aber praktische Unsicherheit. Die vorhandenen Daten verdeutlichen, dass Suizidassistenten ein bedeutsames Thema ist, welches das Gesundheitspersonal vor

mannigfaltige Herausforderungen stellt. Gespräche, palliative Kompetenz und ethische Reflexion können Todeswünsche häufig abschwächen und Handlungsalternativen aufzeigen. Notwendig ist eine Haltungskultur, die Autonomie respektiert, Vulnerabilität schützt und professionelles Handeln ethisch fundiert ermöglicht.

Literatur

1. BVerfG. Urteil 26.2.2020 – 2 BvR 2347/15. <https://go.sn.pub/wibw3y>; abgerufen am 24.2.2026
2. Bundestag. Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab. <https://go.sn.pub/2hsowl>; abgerufen am 24.2.2026
3. Bundestag. Zur Suizidprävention in Deutschland und Europa. <https://go.sn.pub/epfnaf>; abgerufen am 24.2.2026
4. 125. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. <https://go.sn.pub/yfhl37>; abgerufen am 24.2.2026
5. Bundesärztekammer. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des BVerfG zu § 217 StGB. <https://go.sn.pub/0oopwa>; abgerufen am 24.2.2026
6. Riedel A et al. Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. *Ethik Med.* 2024;36:263-81
7. Batzler YN et al. Caring for patients during voluntarily stopping of eating and drinking (VSED): experiences of a palliative care team in Germany. *BMC Palliat Care.* 2023;22:185
8. Deutscher Ethikrat. Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. <https://go.sn.pub/to14q8>; abgerufen am 24.2.2026
9. Batzler YN et al. Reasons for Wanting Assisted Suicide. *Dtsch Arztebl Int.* 2023;120:754-5
10. Batzler YN et al. Wissen und Haltungen zur Suizidassistentz: Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI). *Anaesthesiologie.* 2025;74:372-9
11. Schwartz J et al. Umgang mit assistiertem Suizid – Kenntnisse, Einstellungen und Erfahrungen von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2025;68:141-9
12. Surzykiewicz J et al. Perspectives on Physician-Assisted Suicide Among German Hospice Professionals: Findings from a Diagnostic Survey. *Healthcare.* 2025;13:763
13. Bundesgesundheitsministerium. Nationale Suizidpräventionsstrategie. Abschlussbericht 2024. <https://go.sn.pub/peww8q>; abgerufen am 24.2.2026
14. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. <https://go.sn.pub/lbvhjh>; abgerufen am 24.2.2026
15. Lang FR et al. Motivation for Longevity Across the Life Span: An Emerging Issue. *Innov Aging.* 2019;3:igz014
16. Schallenburg M et al. Handling the desire to die- evaluation of an elective course for medical students. *BMC Med Educ.* 2024;24:279
17. Müller E et al. Perspectives of nursing home executives on collaboration with GPs and specialist palliative care teams. *Pflege.* 2024;37:19-26
18. Lees C et al. MAiD for geriatric syndromes: Special considerations. *Healthc Manage Forum.* 2023;36:162-5
19. Twycross R. Assisted dying: principles, possibilities, and practicalities. An English physician's perspective. *BMC Palliat Care.* 2024;23:99

Dr. med. Yann-Nicolas Batzler

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Dr. med. Susanne Binot

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Dr. med. Katharina Schwarz

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Susanne Murer

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Tobias Teiner

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes

Prof. Dr. med. Sven Gottschling

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes



Dr. med. Tobias Schwerdt

Zentrum für altersübergreifende Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes
Kirrberger Straße 100
66421 Homburg
tobias.schwerdt@uks.eu