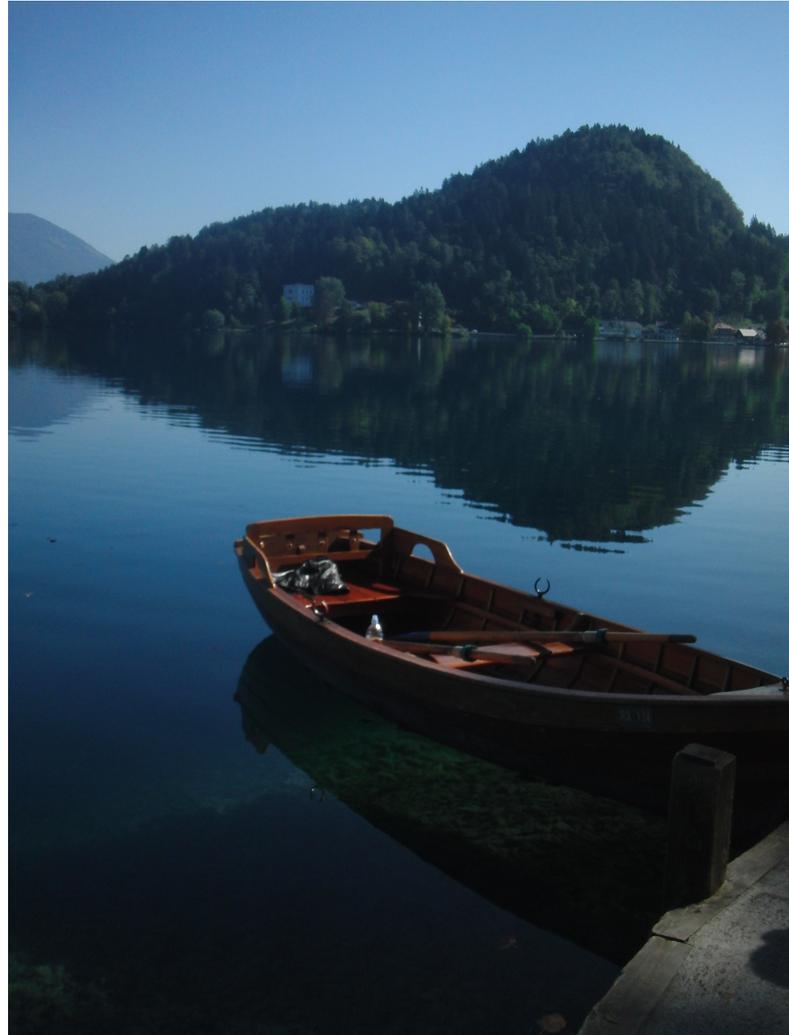


Reihe Palliative Care

H. Stanze, L. Radbruch, M. Kern,
NR. Castellanos-Herr, R. Sandt

**„Ich kann
und will nicht mehr“**

Curriculum für die Aus-,
Fort- und Weiterbildung
zum Umgang mit
Sterbewünschen
und Suizidassistenz
in Deutschland



Diese Publikation ist in allen ihren Teilen durch das Urheberrecht geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Gesetzes ist ohne Zustimmung der Rechtsinhaber unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Kopien, Vervielfältigungen, Drucke und Einspeicherungen in elektronische Datensysteme.

©2024 Pallia Med Verlag, Bonn

Alle Rechte vorbehalten

Autor:innen:

Henrikje Stanze, Lukas Radbruch, Martina Kern, Natalie-Reyes Castellanos-Herr, Rabea Sandt

ISBN: 978-3-933154-97-2

zu beziehen über:

Verein zur Betreuung von

Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V.

Pallia Med Verlag

Heinrich-Sauer-Straße 15

53111 Bonn

palliamed@netzwerk-brs.de

www.netzwerk-brs.de/pallia-med-verlag/

Unterrichtsmaterialien zum Thema Umgang mit Sterbewünschen und Suizidassistentz werden zur freien Nutzung zur Verfügung gestellt über:

https://palliative-care.padlet.org/palliative_care/unterrichtsmaterialien-umgang-mit-sterbewunschen-und-suizida-5b4b5rx5b8pw2e67 Padlet: Materialien Sterbewünsche und Suizidassistentz

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
Vorwort	6
1. Einleitung	8
2. Theoretischer Hintergrund zum Thema Suizidassistenz	11
3. Rahmenempfehlungen	18
3.1 Zielgruppen des Curriculums	18
18	
3.2 Methoden und Umsetzung	18
3.2.1 Hermeneutische Fallarbeit	19
3.2.2 Szenisches Lernen	19
3.2.3 Kollegiale Beratung	20
3.2.4 Ethische Fallreflexion	20
3.2.5 Onlinelehre	21
4. Sachanalytische und inhaltliche Schwerpunkte zur Umsetzung der Module	22
Modul 1: Menschen mit Sterbe- und Todeswünschen professionell begegnen können	23
Modul 2 Emotionalen Belastungen aller am Prozess beteiligten Akteur:innen begegnen	25
Modul 3 Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können	26
Modul 4 Rahmenbedingungen des Prozesses im Umgang mit Suizidassistenz kennenlernen	27
Modul 5 Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen	28
Modul 6 Den Umgang mit der Anfrage um Hilfe einer Suizidassistenz unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren	29
Modul 7 Die gesellschaftliche Relevanz zur Suizidassistenz erkennen und reflektieren können	29
Modul 8 Im Rahmen des Prozesses im Umgang mit Suizidassistenz personelle Kompetenz erwerben	30
Modul 9 Für den Prozess zum Umgang mit Suizidassistenz relevante kommunikative Kompetenz erwerben	32
Modul 10 Medizinische Grundlagen im Zusammenhang mit Anfragen zur Suizidassistenz erwerben	33

4.1	Modulbeschreibung.....	34
5.	Inhaltsvertiefende Methodik und Theorie	43
5.1	Begriffsdefinitionen	43
5.1.1	Curriculum	43
5.1.2	Multiprofessionell	44
5.1.3	Evidenzbasiert.....	44
5.1.4	Suizidassistenz	45
5.2	Bildungsziele, Kompetenzen und Lernergebnisse	46
5.2.1	Übergeordnete Bildungsziele am Beispiel der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe.....	48
6.	Fachdidaktische Analyse	49
6.1	Die Rolle der Palliativmedizin/Palliative Care im Kontext der Suizidassistenz	50
6.2	Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen	53
6.3	Suizidprävention und Krisenintervention	56
6.4	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken.....	59
6.5	Palliative Sedierung	61
7.	Analyse der Lernvoraussetzungen.....	65
8.	Kompetenzniveaus nach DQR	66
9.	Didaktische Prinzipien und Empfehlungen	68
9.1.1	Erfahrungsorientierter Ansatz	70
10.	Übergeordnete Lernergebnisse	71
11.	Der Entwicklungsprozess des Curriculums.....	74
12.	Auswahl wissenschaftlicher Disziplinen mit Bezug zum Curriculum.....	83
	Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur	88

Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin
ÄkNo	Ärztekammer Nordrhein
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CAS	Curriculum assistierter Suizid
DEDIPOM	Desire to Die in Palliative Care – Optimization of Management
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Positive Psychologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EWS	Expert:innenworkshop
EEWS	Expert:innenevaluationsworkshop
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
FVET	Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken
GG	Grundgesetz
GKL	Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung
HSB	Hochschule Bremen
NaSPro	Nationales Suizidpräventionsprogramm
nIStGB	Niederländisches Strafgesetzbuch
schwStGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch

SEILASS	Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz
StGB	Strafgesetzbuch
VfGH	Verfassungsgerichtshof
WHO	World Health Organization
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Vorwort

In der Hospiz- und Palliativversorgung werden schwerstkranke und sterbende Menschen betreut und begleitet. Oft genug sind es Situationen mit großem Leid und Verzweiflung bei Patient:innen und Angehörigen, und es gehört zum Selbstverständnis der Hospiz- und Palliativversorgung, dass nicht nur körperliches Leid gelindert werden soll, sondern auch psychosoziales und spirituelles Leid, entsprechend des Zitats von Cicely Saunders „nicht dem Leben mehr Tage zu geben, aber den Tagen mehr Leben“. Dementsprechend wurde gerade in der Pionierzeit der modernen Hospiz- und Palliativversorgung immer wieder betont, dass Sterbewünsche – auch Anfragen zu Suizidassistenz oder sogar zur Tötung auf Verlangen – bei Patient:innen mit lebenslimitierenden Erkrankungen zwar häufig wären, aber durch eine gute Hospiz- und Palliativversorgung abgewendet werden können.

Im Lauf der letzten Jahre wird aber immer deutlicher, dass auch bei optimaler Hospiz- und Palliativversorgung immer noch viele Patient:innen Sterbewünsche äußern, insbesondere dann, wenn sie Vertrauen zu den Behandelnden gefasst haben. Die Gründe sind unterschiedlich, und reichen von Angst vor belastenden Symptomen oder Problemen in der letzten Lebensphase über den Wunsch den Krankheitsverlauf abzukürzen bis zu einem als unerträglich erlebten Verlust von Kontrollgefühl und Würde beim Fortschreiten der Erkrankung. Dementsprechend können Sterbewünsche ein Hilferuf nach Kommunikation und Empathie sein, eine Exit-Strategie als Notausstieg, wenn das Leid übermächtig werden sollte oder Zeichen der Selbstbestimmung, um zumindest Zeit und Art des Todes noch kontrollieren zu können.

Das Hören und Respektieren von Sterbewünschen ist deshalb bei den Mitarbeitenden in der Hospiz- und Palliativversorgung von hoher Bedeutung. Auch mit viel Erfahrung in der praktischen Arbeit lassen sich im Umgang mit Sterbewünschen keine einfachen Regelungen finden, ein individuelles und differenziertes Vorgehen ist immer erforderlich, und nicht selten kommt es zu ethischen Konflikten im Umgang mit den Patient:innen, den Angehörigen oder im Team.

So bestehen Sterbewünsche bei den wenigsten Patient:innen absolut und unveränderlich, sondern nahezu immer parallel mit Lebenswillen, fluktuierend und oft mit großer Ambivalenz, so dass im Behandlungsteam oft sehr unterschiedliche Bewertungen bzgl. der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit der Sterbewünsche bestehen. Vor allem aber sind Sterbewünsche in einem breiten Spektrum zu finden, von Akzeptanz des nahen Todes auf der einen Seite, über den Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen wie zum Beispiel Chemotherapie bei einer

Tumorerkrankung, den Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen wie künstlicher Ernährung, Dialyse oder Beatmungstherapie, dem freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken bis zur Frage nach Suizidassistenten oder Tötung auf Verlangen. Während am einen Ende des Spektrums bei fast allen Mitarbeitenden eine klare Zustimmung, ja manchmal sogar Bewunderung für die Haltung der Patient:innen, die den nahenden Tod gefasst ins Auge sehen, herrscht, ist am anderen Ende bei fast allen Mitarbeitenden eine genauso klare Ablehnung spürbar, wenn es zum Beispiel um die Anfrage zur Tötung auf Verlangen geht (die juristisch ohnehin in Deutschland strafbar wäre). Auch im Mittelfeld dieses Spektrums an Sterbewünschen können im Behandlungsteam sehr unterschiedliche Einstellungen und Haltungen zum Vorschein kommen, zum Beispiel bei der Frage, ob eine Patient:in mit dem Wunsch nach freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken, aber ohne krankheitsbedingte belastende Symptome, auf eine Palliativstation aufgenommen werden kann, weil sie sich nur dort sicher genug fühlt, den Verzicht bis zum Tod umsetzen zu können.

Gleichzeitig werden auch bei den Mitarbeitenden in der Hospiz- und Palliativversorgung langsam Veränderungen in den Einstellungen und Haltungen spürbar. Während früher ein klarer Konsens gegen jede Form von Suizidassistenten ausgedrückt wurde, wird ebenso wie im gesamtgesellschaftlichen Diskurs auch in der Hospiz- und Palliativversorgung eine zunehmende Meinungsvielfalt sichtbar, und durchaus auch Zustimmung zu einer Umsetzung der Suizidassistenten, manchmal auch die Bereitschaft, diese persönlich zu leisten. Auf der anderen Seite wird die Hospiz- und Palliativversorgung zunehmend auch als wichtiger Baustein in der Suizidprävention verortet.

Das Thema der Suizidassistenten berührt auch immer stärker die Patient:innengruppe der alten und multimorbiden Menschen, die selten einen klaren palliativen Versorgungsbedarf haben und doch einen Anspruch auf palliative Behandlung und Begleitung haben. Diese Menschen leben häufig in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und damit an Orten, wo angesichts des Pflegenotstandes Pflege- und damit Lebensqualität für die Bewohner:innen bedroht sind. Es bedarf einer Sensibilisierung dafür, wie Todeswünsche in diesem Rahmen professionell begegnet werden kann, um diese bestenfalls abzuwenden. Dies erfordert einen Wissensaufbau zu palliativen Maßnahmen, die nicht nur im Rahmen der letzten Lebenstage zum Tragen kommen, sondern mit eintretender Multimorbidität, bei Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes oder dem Einzug ins Pflegeheim frühzeitig mitgedacht und angeboten werden sollten. Zudem muss bei nicht möglicher Abwendung des Todeswunsches ein Team gestärkt werden, um zu wissen, welche

Rollen, die einnehmen kann und wie die Person nicht darin blockiert wird, Berufsgruppen Sicherheit bekommen, die Person im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen, aber im Zuge dessen keine Person einer involvierten Berufsgruppe etwas gegen ihren Willen durchführen muss.

Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit zu Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Sterbewünschen, zu Suizidprävention und Suizidassistenten deutlich. Das hier vorgelegte Curriculum bezieht sich zu großen Teilen auf die Masterarbeit Castellanos-Herr/Sandt (2023) und die dazugehörigen wissenschaftlichen Erkenntnisse (Literaturangabe). Wir hoffen, dass wir damit der Bildungsarbeit zu diesem wichtigen Themenfeld einen starken Impuls geben können. Die Umsetzung des Curriculums in konkreten Modulen für multiprofessionelle Zielgruppen wird dann der notwendige nächste Schritt werden.

Henrikje Stanze, Martina Kern, Lukas Radbruch, Rabea Sandt und Natalie-Reyes Castellanos-Herr

1. Einleitung

Mit dem bundesverfassungsgerichtlichen Urteil vom 26. Februar 2020 zum „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ wurde der entsprechende Paragraph 217 des Strafgesetzbuches als nicht vereinbar mit einem aus dem Grundgesetz abgeleiteten Recht auf selbstbestimmtes Sterben bewertet und damit außer Kraft gesetzt. Selbstbestimmtes Sterben wird nach dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) als Persönlichkeitsrecht aus Artikel 1 und Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes anerkannt. Somit hat jeder Bürger ein Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben, das jedem Einzelnen gewährleistet, sich das Leben zu nehmen und sich hierbei auch der Hilfe Dritter zu bedienen, wenn diese angeboten wird (Rombey, 2020, o.S.). „Welchen Sinn der Einzelne in seinem Leben sieht und ob und aus welchen Gründen er sich vorstellen kann, sein Leben selbst zu beenden, unterliegt höchstpersönlichen Vorstellungen und Überzeugungen. [...] Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst deshalb nicht nur das Recht, nach freiem Willen lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Es erstreckt sich auch auf die Entscheidung des Einzelnen, sein Leben eigenhändig zu beenden.“ (Urteil vom 02.03.2017 – 3 C 19/15, NJW 2018, S. 1524).

Der verfassungsrechtliche Schutz geschäftsmäßiger Sterbehilfe ergibt sich nach BVerfG (2020, o.S.), so dass Sterbehilfe oder Suizidassistenten in Anspruch zu nehmen in der Realität davon abhängig ist, dass Dritte die Bereitschaft zeigen müssen, diese zu leisten. Daher müssen diese Dritten Suizidassistenten auch straffrei durchführen können. Das Grundrecht auf Suizid korrespondiert also mit einem weitreichenden grundrechtlichen Schutz des Handelns von Suizidassistenten (Rombey, 2020, o.S.). Andererseits kann niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten (BVerfG, 2020, o.S.).

Die Fachverbände wie z.B. die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) sehen in den Berufen der Medizin und anderer Heilberufe¹ eine zentrale Rolle für den zukünftigen Umgang mit der Suizidassistenten (AEM, 2020, S. 2). Die AEM sieht eine Reihe von ungeklärten Fragen und Problemen in Bezug „auf die Entscheidung, worin genau die Funktion der medizinisch Tätigen bei einer zukünftigen Regelung der Suizidhilfe liegen könnte“ (AEM, 2020, S. 2). Der Deutsche Pflegerat sieht Pflegefachpersonen als unmittelbare Ansprechpartner:innen für entsprechende Fragen von Patient:innen mit Sterbewunsch² und betont, dass diese immer wieder um Suizidhilfe gebeten werden. „Zudem kann eine mittelbare Mitwirkung an der Selbsttötung von Patienten/innen oder Bewohnern/innen nicht ausgeschlossen werden, wenn Selbsttötungen in Krankenhäusern, Alteneinrichtungen oder in der Häuslichkeit durchgeführt werden sollten“ (Wagner, 2020, o.S.). Über die genannten Berufsgruppen hinaus werden auch weitere Personengruppen wie z.B. ehrenamtliche Mitarbeiter:innen und Sozialarbeiter:innen in die Begleitung der Suizidassistenten involviert sein. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) sieht eine große Herausforderung für alle Fachkräfte der Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Wahrung der „Würde eines Menschen [...] bis zum Wunsch, dieses Leben selbst zu beenden“ (DGP, 2022, S. 1). Die DGP empfiehlt allen Mitarbeitenden und Institutionen der Hospizarbeit und Palliativversorgung die Reflexion der eigenen Haltung sowie auf institutioneller Ebene den einzelnen Einrichtungen, den Verbänden und den jeweiligen Trägerstrukturen, zum Suizid und zum Thema Suizidhilfe zu reflektieren (DGP, 2021, S. 8). Auch der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) bietet mit einem Dialogpapier Anregungen

¹ Anm.: Geregelt Berufe, die nach Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz vom Bund als ärztliche und andere Heilberufen geregelt sind, können im Internet nachgelesen werden, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein> (Stand 29.10.2023). Demnach gelten der Pflegefachberuf und weitere involvierte Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen, Logopäd:innen usw.) als Heilberufe.

² Die Begriffe Sterbewunsch und Todeswunsch werden in dieser Publikation synonym verwendet.

zur Diskussion und Meinungsbildung zur Auseinandersetzung im Umgang mit Suizidassistenz an (DHPV (2021))

Das vorliegende Curriculum widmet sich der Aus-, Fort- und Weiterbildung einer multiprofessionellen Personengruppe, die maßgeblich in die Behandlung und Begleitung von Patient:innen mit Suizidwunsch eingebunden ist. Mit der Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums zum Umgang mit Suizidassistenz in Deutschland soll ein Rahmen geschaffen werden, innerhalb dessen auf die anstehenden An- und Herausforderungen vorbereitet werden soll. Dabei sollen die Grundrechte, einzelne Einstellungen und Haltungen der durchführenden und begleitenden Personen beachtet und unterstützt werden.

2. Theoretischer Hintergrund zum Thema Suizidassistentz

Das im §217 StGB gesetzlich geregelte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, wurde im Dezember 2015 verabschiedet. Damit wurde rechtmäßig festgelegt, dass „wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht“ (Strafgesetzbuch [StGB], 2015, §217 Abs. 1 und 2).

Mit Verabschiedung des §217 sollten vor allem schwerstkranke und sterbende Menschen vor geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe geschützt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 diesen Paragraphen für verfassungswidrig und damit ungültig erklärt. In der Urteilsbegründung wurde klargestellt, dass Menschen ein Recht haben, selbstbestimmt zu sterben, auch mit Unterstützung Dritter (Deutscher Bundestag, 2022, o.S.). Allerdings sahen die Verfassungsrichter auch ein Recht, vielleicht sogar eine Pflicht des Staates, Sicherheitskriterien (zum Beispiel durch ein neues Gesetz) zu entwickeln, um einen Missbrauch des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben zu verhindern.

In der Folge sind mehrere Gesetzesvorschläge vorgelegt worden, die sich in ihren Regelungen stark unterschieden, aber alle keine Mehrheit fanden. Ein restriktiver Antrag sah eine Regelung im Strafrecht und ein Verbot der geschäftsmäßigen Suizidhilfe vor, eine Begutachtung der Autonomie durch eine:n Psychiater:in, der die/den Suizidwillige:n zweimal mit einem Mindestabstand von 3 Monaten untersucht, eine Beratung und die Durchführung des Suizids mindestens zwei Wochen und höchstens zwei Monate nach der letzten Begutachtung erfolgt.

Ein anderer war demgegenüber deutlich liberaler angelegt. Kernelemente dieses Entwurfs war eine ergebnisoffene Beratung, wofür ein flächendeckendes Netz von Beratungsstellen von den Bundesländern zertifiziert und finanziert werden soll, eine Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und Verordnung der Medikation durch eine:n Arzt/Ärztin mindestens drei Wochen und höchstens 12 Wochen nach der Beratung, und die Abgabe einer Suizidmedikation durch eine Landesbehörde, wenn der/die Suizidwillige keinen ordnungswilligen Arzt/Ärztin finden kann.

Nachdem beide Anträge vom Bundestag im Juli 2023 abgelehnt wurden, ist eine gesetzliche Regelung der Suizidbeihilfe aktuell in Deutschland nicht zu erwarten.

Ein gemeinsamer Antrag zur Förderung der Suizidprävention wurde hingegen vom Bundestag mit breiter Mehrheit angenommen. Damit wurde die Bundesregierung aufgefordert, bis Januar 2024 ein Konzept zur Unterstützung der bestehenden Strukturen und Angebote der Suizidprävention zu entwickeln und bis Juni 2024 dem Bundestag einen Gesetzentwurf und eine Strategie für Suizidprävention vorzulegen. Eine Reihe von Inhalten werden aufgelistet, zum Beispiel Einrichtung eines deutschlandweiten Suizidpräventionsdienstes, suizidpräventive bauliche Maßnahmen an Brücken oder Hochhäusern, flächendeckende palliativmedizinische Versorgung und Forschungsförderung zur Suizidprävention.

Die Organisationen und Fachgesellschaften der Suizidprävention sowie der Hospizarbeit und Palliativversorgung fordern eine umfassende gesetzliche Verankerung der Suizidprävention im Rahmen eines Suizidpräventionsstärkungsgesetzes in Verbindung mit dem weiteren Ausbau der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Sie haben im Juni 2022 den Abgeordneten des Deutschen Bundestags ein entsprechendes Eckpunktepapier zur Stärkung des Präventionsschutzes vorgelegt.

DGP und DHPV erachten die bisher vorgelegten Gesetzentwürfe als wenig praktikabel und empfehlen an dieser Stelle, weitere Überlegungen hinsichtlich des Umgangs mit Suizidassistenten in Deutschland unter Berücksichtigung der Grundrechte anzustellen. (DHPV, 2021). Vor dem Hintergrund einer palliativen Versorgung von schwerstkranken Menschen mit möglichem Wunsch, ihr Leiden vor Eintritt des natürlichen Todes zu beenden, plädiert die DGP für die Stärkung der Suizidprävention sowie für den Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch würdevolle Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende sollten analysiert und konzeptuell ausgearbeitet werden (DGP, 2022, S. 1).

Die Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) sieht die Suizidprävention als einen gesellschaftlichen Auftrag, Suizidwünschen entgegenzuwirken. Sie kritisiert die derzeitigen Diskussionen mit Fokus auf die Umsetzung des selbstbestimmten Sterbens. Im Zusammenhang mit der straffreien Suizidbeihilfe beschreibt die ÄkNo die Fährnis, dass „sich schwerkranke, pflegebedürftige oder behinderte Menschen zur Selbsttötung gedrängt fühlen, um niemanden eine Last zu sein“ (ÄkNo, 2022, o.S.). Die ÄkNo regt an, in diesem Prozess den Schwerpunkt auf die Unterstützung von Menschen in Situationen von Krankheit, Einsamkeit und Verzweiflung zu legen, mit dem Ziel, den Wunsch nach Sterbehilfe möglichst gering zu halten. (ÄkNo, 2022, o.S.).

Eine differenzierte Stellungnahme zum komplexen Verhältnis von Suizidprävention und Suizidassistenten wurde von der Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften vorgelegt

(Domschke et al., 2021). In sieben Thesen und 12 Empfehlungen wird das Recht auf freiverantwortliche Entscheidungen zum eigenen Lebensende betont, aber auch die Schwierigkeiten in der Bewertung der Freiverantwortlichkeit. Die Leopoldina betont, dass ein im Grundsatz nicht vollständig aufzulösendes Spannungsverhältnis besteht: die Achtung der Autonomie des Einzelnen einerseits, die mit Blick auf seine Entscheidungsfreiheit letztlich nicht an Bedingungen geknüpft werden kann, und andererseits das Wissen darum, dass der Entschluss zum Suizid in vielen Fällen abhängig von einer Fülle unterschiedlicher, vielleicht noch veränderbarer Faktoren ist und immer auch Ausdruck einer durch Leid und Erkrankung beeinträchtigten Wahrnehmung sein kann.

Sehr umfangreich und ausführlich wurde die Notwendigkeit einer differenzierten Diskussion um das Verhältnis von Freiverantwortlichkeit und Schutz von Menschen in vulnerablen Situationen vom deutschen Ethikrat vorgelegt (Deutscher Ethikrat, 2022). Anhand von 12 Fallvignetten wird ein breites Spektrum von unterschiedlichen Personen und Situationen vorgestellt, in denen Suizidwünsche und Wünsche nach Suizidassistenz geäußert werden, und anschließend eine Einschätzung von Freiverantwortlichkeit und von möglichen Einschränkungen dieser Freiverantwortlichkeit diskutiert.

Der deutsche Caritasverband (2022, S. 2) befürwortet die Erarbeitung eines Schutzkonzepts, welches „die Balance von Autonomie und Verantwortung, von Freiheit und Fürsorge, von Individualität und einem Leben in Beziehung“ wahrt. Das christliche Verständnis von der unantastbaren Würde des Menschen, der Glaube, dass Gott jedes Leben bejaht und jeden Menschen ohne Wertung so sein lässt, wie er ist, und dass er niemanden in schweren Zeiten allein lässt, sind die Grundlagen dieser Stellungnahme. Die Themen Suizid und Suizidassistanzwünsche sollen nicht tabuisiert, sondern ernst genommen werden. In wertschätzenden Gesprächen ist das Ziel, die Gründe aufzuarbeiten und Lösungsmöglichkeiten zu finden. Damit wird der Suizidprävention ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Der Anspruch einer humanen Gesellschaft sollte sein, eine Kultur der Lebensbejahung und Fürsorge zu erhalten (Caritas, 2022, S. 3).

Auf Grund der fehlenden Maßnahmen zur Absicherung ist die Suizidassistenz derzeit eine rechtliche Grauzone ohne eindeutige Regelungen, z.B. wie und durch wen Menschen mit Wunsch nach Suizidassistenz beraten werden sollen, wie die Freiverantwortlichkeit festgestellt werden kann oder welche Mindestanforderungen an Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches zu stellen sind.

Gleichzeitig finden sich erste Verschiebungen in der Rechtsprechung in der Folge des Bundesverfassungsgerichtsurteils. Im Juni 2022 hat der Bundesgerichtshof eine Frau freigesprochen, die ihrem bettlägerigen Ehemann auf dessen Wunsch eine tödliche Überdosis Insulin gespritzt hat, nachdem er selbst eine Überdosis anderer Medikamente in suizidaler Absicht eingenommen hatte. Nach gängiger Rechtsprechung lag die Tatherrschaft damit bei der Ehefrau, so dass dies als Tötung auf Verlangen hätte bewertet werden können. Mit der Begründung, dass sie ihren Mann nicht durch aktives Handeln getötet habe, sondern nur als Ausführungsgehilfin seinen Suizid abgesichert habe, wurde die Tat als straflose Beihilfe zum Suizid erklärt ([BGH](#), Beschluss vom 28.06.2022 - 6 StR 68/21).

Im April 2001 erklärte das niederländische Parlament als erstes Land weltweit die aktive Sterbehilfe sowie die ärztliche Beihilfe zum Suizid mit dem Gesetz „Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ (Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung – GKL) für legal. Mit den Rechtsgrundlagen wie z.B. der Strafbarkeit der aktiven Sterbehilfe und der Beihilfe zur Selbsttötung, aber mit Strafausschließungsbestimmungen für Ärzt:innen sowie Regelungen über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung wurde das Gesetz (niederländisches Strafgesetzbuch [nlStGB], Artikel 293 und nlStGB, Artikel 294) verabschiedet. Der Strafausschließungsgrund zur aktiven Sterbehilfe wie auch zur Beihilfe zum Suizid gilt hier ausschließlich für Ärztinnen und Ärzte, nicht jedoch für Pflegefachpersonen (WD 9, 2020, S. 10-11).

In Österreich hat der Verfassungsgerichtshof (VfGH) im Dezember 2020 den im § 78 Abs. 2 des StGB beschriebenen Tatbestand der Hilfeleistung beim Selbstmord als verfassungswidrig erklärt. Bisher galt der § 78 Abs. 2: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren zu bestrafen.“ Die Wortfolge „oder ihm dazu Hilfe leistet“ wurde zum 01.01.2022 aufgehoben und gleichzeitig das Sterbeverfügungsgesetz erlassen. Damit ist die Selbsttötung im Sinn des § 78 StGB nicht strafbar, wenn jemand vorsätzlich und freiwillig den Tod an sich selbst unmittelbar verursacht. „Der Suizid selbst ist straflos, sodass die Beteiligungsregelungen des § 12 StGB nicht zur Anwendung kommen können; erst durch § 78 StGB werden bestimmte Mitwirkungshandlungen für strafbar erklärt“ (Bundesministerium für Justiz, 2021, S. 2).

Ein weiteres Land, welches die Suizidassistenz gesetzlich abbildet, ist die Schweiz. Ein konkretes Gesetz, welches die Sterbehilfe detailliert regelt, existiert allerdings nicht. Fest steht

in Artikel 115 schwStGB, dass die Beihilfe zum Suizid aus selbstsüchtigen Beweggründen beim Suizid strafrechtlich verfolgt wird (Wissenschaftlicher Dienst 9 [WD 9], 2020, S. 6).

In der Schweiz existieren etwa ein halbes Dutzend Sterbehilfe-Organisationen. Einige dieser Organisationen wie zum Beispiel „Exit“ richten ihr Angebot ausschließlich an Personen mit Wohnsitz in der Schweiz. Mehrere Sterbehilfevereine, wie zum Beispiel „Dignitas“ oder „Exit International“ bieten auch eine Begleitung beim Sterben für Personen an, die keine Schweizer Staatsangehörigkeit haben. Die Zahl der assistierten Suizide in der Schweiz steigt seit Jahren und wurde 2019 auf ca. 1000 Fälle, davon ca. 200 allein aus Deutschland, beziffert (Pfaff, 2019, o.S.).

Weitere Länder mit Regelungen zur Suizidassistenz oder zur Tötung auf Verlangen sind Belgien (seit 2002), Luxemburg (seit 2007), mehrere Bundesstaaten in den USA (Oregon seit 1996) und in Australien (Victoria seit 2019), Kanada (seit 2016), Portugal (seit 2023) und Spanien (seit 2021). In manchen Ländern wie z.B. Belgien ist Tötung auf Verlangen erlaubt, in Kanada wird unter Medical Aid in Dying (MAID) sowohl die Option für Tötung auf Verlangen wie für Suizidassistenz vorgehalten.

Problemstellungen in Deutschland:

Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2020 das Recht auf selbstbestimmtes Sterben anerkannt, womit die Freiheit eingeschlossen wurde, sich das Leben nehmen zu können (BVerfG, 2020). Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat erneut eine breite Diskussion um den assistierten Suizid in Fachkreisen, unter den politischen Entscheidungsträger:innen wie auch in der Öffentlichkeit entfacht. Dabei steht die Förderung der individuellen Autonomie im freiverantwortlichen Entschluss zum Suizid durch die Bereitstellung der dazu gewünschten Hilfe auf der einen Seite. Auf der anderen Seite steht die Fürsorgepflicht für Menschen, bei denen der Todeswunsch vielleicht nur vorübergehend, in Ambivalenz mit Hoffnung und Lebenswillen oder eher als Hilferuf denn als Handlungsaufforderung zu verstehen ist. Dieses Spannungsverhältnis zwischen Achtung der Selbstbestimmung und Fürsorgepflicht kann in Einzelfällen nicht vollständig aufgelöst werden.

Aktuell ist gesetzlich nicht näher definiert, welche Instanz die Verantwortung und die konkrete Durchführung der Suizidhilfe übernehmen wird. In den Leitsätzen des Gesetzentwurfes zum §217 StGB wurde jedoch definiert, dass keine Person zur Durchführung der Suizidassistenz gezwungen werden kann (BVerfG, 2020).

Im deutschen Strafrecht ist Suizid nicht strafbewehrt. Auch die Beihilfe zum Suizid war bis 2015 keine Straftat. Mit der Gründung einzelner Sterbehilfevereine in Deutschland sah der Gesetzgeber hier aber Handlungsbedarf und verabschiedete im Dezember 2015 das Gesetz zur geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217). Nach mehreren Klagen gegen das Gesetz wurde dies im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt. Eine (straf-) gesetzliche Neuregelung steht nach diesem Urteil noch aus. Derzeit ist eine (ärztliche) Suizidhilfe also keine Straftat.

Im ärztlichen Berufsrecht ist die Hilfe zum Suizid nicht untersagt. Der Ärztetag hat im Mai 2021 die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer geändert, indem die Aussage in §16 „Ärztinnen und Ärzte [...] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ gestrichen wurde.

Für die Suizidhilfe wird in der Regel die Verordnung einer hohen Dosis von Betäubungsmitteln, in erster Linie Barbiturate wie z.B. Pentobarbital oder Secobarbital, eingesetzt. Den Sachstand zu Medikamenten zur Selbsttötung legte der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages in 2020 vor. Nach §13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) dürfen solche Substanzen aktuell nur im Rahmen einer ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Behandlung eingesetzt werden. Die Suizidhilfe ist aber keine ärztliche Behandlung, so dass das Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes über eine entsprechende Menge Barbiturat gegen das BtMG verstößt und folglich strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte.

Da es sich bei der Suizidassistenz in Deutschland um eine gesetzliche Neuregelung handelt, liegen derzeit noch keine curricularen Strukturen oder konkrete Konzeptionsentwürfe vor. Es ist anzunehmen, dass das Inkrafttreten einer derartigen Gesetzesregelung eine gesellschaftlich und fachlich dynamische Bewegung in Gang setzt. Besonders dynamisch werden sich vermutlich Akteur:innen bewegen, die schwerstkranken oder sterbenden Menschen beruflich oder ehrenamtlich begegnen. Ziel des modular als Fortbildungsreihe angelegten Curriculums ist es, die Akteur:innen auf die vielfältigen Anforderungen im Umgang mit Suizidassistenz vorzubereiten.

3. Rahmenempfehlungen

3.1 Zielgruppen des Curriculums

Die Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch kann derzeit in allen Settings des Gesundheitswesens und pflegerischen Versorgungseinrichtungen gefordert werden und schließt auch die soziale Umgebung wie z.B. An- und Zugehörige ein.

Zielgruppen sind alle haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, die mit Fragen nach Suizidassistenz konfrontiert werden. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden in den Modulen kann die Bearbeitungstiefe bestimmen. Für Angehörige sollten ggf. eigene Formate entwickelt werden, die in diesem Curriculum nicht berücksichtigt werden.

Die thematische Auseinandersetzung mit dem Prozess um die Begleitung rund um den assistierten Suizid findet in verschiedenen beruflichen Handlungsfeldern des Gesundheitswesens statt. Perspektivisch kann er in allen medizinisch-pflegerischen Versorgungsbereichen Anwendung finden, jedoch nicht zur geschäftsmäßigen Bereicherung dienen (StGB, 2018, §217 Abs. 1).

3.2 Methoden und Umsetzung

Die Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch ist ein komplexer Prozess. Individuelle Bedürfnisse der Suizidwünschenden stehen im Vordergrund, und es gilt diese mit wissenschaftlichen Erkenntnissen und der politischen Rechtslage in Einklang zu bringen (Schrems, 2013, S. 9). Das Curriculum bezieht sich auf Mitarbeitende im Gesundheitswesen, die mit Suizidwünschen konfrontiert werden und an dem Prozess rund um Suizidassistenz konfrontiert sein könnten sowie den damit verbundenen individuellen Gefühlen, Emotionen, Werten und Haltungen. Hier bieten sich insbesondere didaktische Methoden an, die das praktische Erkenntnisinteresse fördern. Im Folgenden werden ausgewählte Methoden und Medien skizziert.

3.2.1 Hermeneutische Fallarbeit

Im Rahmen der Fallarbeit in der Pflege nach Berta Schrems (2013) können anhand konkreter Fallsituationen theoretisches Wissen und Erkenntnisse zu Lösungen zusammengeführt werden. Laut Schrems werden mit dieser Methode die Problemlösungsfähigkeiten der Teilnehmenden durch Reflexion und intuitive Entscheidungsprozesse gefördert. Die Fallarbeit ist eine Methode zur Auslegung von komplexen Situationen. Phänomene wie z.B. Angst und Unsicherheit werden hinterfragt, aus verschiedenen Perspektiven analysiert und ganzheitlich erfasst (Schrems, 2013, S. 9-25). Als methodologische Grundlage der Fallarbeit führt Schrems (2013, S. 48) die Hermeneutik an. „Das Ziel ist die Erfassung der Bedeutung; dabei kann an drei Punkten angesetzt werden: an der Perspektive der Betroffenen, am Kontext der gegebenen Situation und an einem passenden Erklärungsmodell“ (Schrems, 2013, S. 49). Menschliche Phänomene, die im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit erfahren werden können, stehen an zentraler Stelle und müssen keine Eigenerfahrung sein. Die Methode des hermeneutischen Fallverstehens baut auf der Auslegung, Interpretation und Bewertung der herausfordernden Phänomene „auf der Basis von Fachwissen, Erfahrungen und gegebenem Kontext“ auf. Dabei werden die hermeneutischen Differenzen, das Vorverständnis der Teilnehmenden, systematisches Bezugswissen, die Lebenswelt der Betroffenen, Perspektivwechsel sowie ethische Aspekte in die Analyse einbezogen (Schrems, 2013, S. 49-51).

3.2.2 Szenisches Lernen

Lernen findet im Rahmen der didaktischen Methode „Szenisches Spiel“ in Anlehnung an Oelke, Wedekin & Haas (2010) in Szenen statt, in denen die Ganzheitlichkeit des Menschen (körperlich, sinnlich, emotional und geistig) beleuchtet wird (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 187). Beziehungserfahrungen zeigen sich in Szenen und werden im szenisch-körperlichen Gedächtnis gespeichert (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 188). Die Ziele des szenischen Spiels liegen u. a. darin „die Bedürfnisse, Gefühle, Wünsche und Abwehrmechanismen ihrer Patienten [und Patientinnen, d. Verf.] / Klientinnen [und Klienten, d. Verf.] wahrzunehmen, zu akzeptieren und sich so verhalten zu lernen, dass diese sich als Subjekte (mit ihren Schwächen und Stärken) ernst genommen fühlen“ (Oelke, Wedekin, & Haas, 2010, S. 188). Einfühlungsvermögen in die Rollen und Reflexion stehen charakteristisch für diese Methode (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 191). „Zur Wahrnehmung und Reflexion ihrer Haltungen werden die Spielerinnen [und Spieler, d. Verf.] vor allem durch die Beobachter [und Beobachterinnen, d. Verf.] angeregt, von außen einzelne Aspekte, Vorgänge, Haltungen,

Handlungen und Beziehungsstrukturen – spiegeln und deuten zu können“ (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 192). Die Reflexion wird in der Diskussion unterschiedlicher Wahrnehmungen und Widersprüche vertieft (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 192). Im szenischen Spiel setzen sich die Teilnehmenden mit der Situation von Menschen mit Suizidwunsch auseinander. Die Interaktionsstrukturen werden analysiert, diskutiert und angepasst (Oelke, Wedekin & Haas, 2010, S. 198).

3.2.3 Kollegiale Beratung

Die kollegiale Beratung, begründet nach Kim-Oliver Tietze, stellt ein systematisches Beratungsgespräch dar, in dem Kolleg:innen sich nach einer definierten Gesprächsstruktur gegenseitig zu Klärungs- und Lösungsanliegen beruflicher Genese beraten und gemeinsam Lösungen entwickeln können (Tietze, 2023). Die kollegiale Beratung findet in einer Gruppe von fünf bis zehn Mitgliedern statt. Die Teilnehmer:innen tragen die für sie emotional belastenden Ereignisse wie enttäuschende Entwicklungen, misslungene Pläne, Entscheidungsdilemmata, Rollenkonflikte, widersprüchliche Erwartungen oder zurückliegende beziehungsweise bevorstehende Herausforderungen vor (Tietze, 2023). Mit einem durch Tietze (2023) zugrundeliegenden Schema, begleitet eine Person, welche die Rolle des Moderators/der Moderatorin einnimmt, die Gruppe durch das Beratungsgespräch. Unter der Begleitung des Moderators/der Moderatorin beraten die Teilnehmenden die Betroffenen zu möglichen Klärungs- und Lösungsstrategien, bezogen auf den zugrundeliegenden Beratungsanlass (Tietze, 2023).

Um Personen, die mit Suizidwünschen konfrontiert und den Prozess rund um Suizidassistenz involviert werden, Entscheidungen und Tätigkeiten im Prozess zu erleichtern, ist es empfehlenswert, die Methode der kollegialen Beratung zum unterrichtlichen Gegenstand zu machen. Sie bietet allen am Prozess Beteiligten die Möglichkeit, in herausfordernden Situationen Klarheit zu erlangen und eigene Denk-, Bewertungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Zudem stärkt sie die eigene Reflexionsfähigkeit, in herausfordernden Situationen zielgerichtet und sinnhaft zu handeln (Tietze, 2023 Ethische Fallbesprechung).

3.2.4 Ethische Fallreflexion

Die ethische Fallreflexion ist ein durch einen Moderator/eine Moderatorin geleitetes Gespräch, bei dem ein multiprofessionelles Team zusammenkommt und innerhalb eines vordefinierten Zeitraums gemeinsam eine ethisch begründbare Entscheidung zu einem herausfordernden Fall oder einer herausfordernden Situation trifft. Rabe (2009, S. 145) hält eine Reflexion des eigenen

Handelns, besonders im Gesundheitswesen für hochrelevant³. Um der ständigen Konfrontation mit herausfordernden Situationen gerecht werden zu können, ist es von großer Bedeutung, dass sich alle am Prozess der Suizidassistenz beteiligten Personen stetig mit ethischen Grundsätzen auseinandersetzen. Dies sollte nicht nur im Rahmen von grundständigen Ausbildungen erfolgen, sondern auch im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen. An ethischer Entscheidungsfindung kompetent mitwirken zu können, kann die sowohl individuell die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und als auch die Qualität im beruflichen Setting insgesamt erhöhen (Rabe, 2009, S. 145).

3.2.5 Onlinelehre

Nach dem Duden definiert sich die Onlinelehre oder vielmehr der Onlinekurs als Teilnahme an einem Lehrgang, der über das Internet zugänglich und aufbereitet ist (Dudenredaktion, o.J., o.S.). Die Onlinelehre wird in Abgrenzung zur Präsenzlehre meist als defizitär beschrieben (Klumer, 2021). In einer Studie von Breitenbach (2021, S. 8-9) wurde gezeigt, dass die digitale Lehre kein vollwertiger Ersatz für die Präsenzlehre ist. Besonders die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen stellt nach Veröffentlichung der Forschungsdaten von Breitenbach in der Studie „Digitale Lehre in Zeiten von Covid-19: Risiken und Chancen“ eine Herausforderung für die Onlinelehre dar.

Jedoch bietet die Onlinelehre auch Vorteile, die besonders im Rahmen des hier dargestellten Curriculums genutzt werden können. Onlinelehre schafft einem großen Teilnehmer:innenkreis die Möglichkeit, eine Lehrveranstaltung mitzuerleben, wenn z.B. eine Teilnahme in Präsenz aus geografischen Gründen nicht möglich wäre. Es kann didaktisch die Möglichkeit geboten werden, eine Binnendifferenzierung vorzunehmen, indem man von Break-Out-Sessions Gebrauch macht und Teilnehmende unterschiedlich fordert und fördert. Zu bedenken ist jedoch, dass das Curriculum konzeptionell dem Gedanken des miteinander und voneinander Lernens und Partizipierens entspricht und dieses über eine Binnendifferenzierung in Break-Out-Sessions nicht gegeben wäre. In der Online-Lehre besteht die Möglichkeit, Onlineformate asynchron zu nutzen. Das heißt, die Inhalte der Onlinelehre können aufgezeichnet und

³ Bezogen auf das hier dargestellte Curriculum, ist die Aussage Rabes auf alle am Prozess beteiligten Personen zu beziehen. Alle Akteur:innen, die sich als einbezogen in einen Prozess der Entscheidungsfindung zur Suizidassistenz verstehen, sollten über Kenntnisse zur Methode der ethischen Fallbesprechung verfügen.

Teilnehmenden im Anschluss an die Veranstaltung zur Verfügung gestellt werden (Klumer, 2021).

Die Anwendung digitaler Inhalte sollte somit eine Legitimation innerhalb der curricularen Medien erhalten, nicht jedoch das einzig gewählte Medium darstellen.

4. Sachanalytische und inhaltliche Schwerpunkte zur Umsetzung der Module

Das Curriculum umfasst insgesamt 80 Unterrichtseinheiten. Diese sind in zehn Module unterteilt unterschiedlicher Dauer. Die Module können je nach Interesse und Bedarf einzeln angeboten werden. Bei der Planung der Kursmodule ist zu beachten, dass die Module 1-3 für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen geeignet sind. Hauptziel ist hier, die Handlungssicherheit im Umgang mit Wünschen zur Suizidassistenz zu erhöhen, kommunikative Kompetenz zu stärken, Sicherheit im Umgang mit Teams zu erwerben, sowie die eigene Haltung zu sensibilisieren und zu vertreten.

Die Module 4-9 eignen sich zur vertieften thematischen Auseinandersetzung. Modul 10 ist vorrangig für Mitarbeitende im Gesundheitswesen konzipiert, die sich mit den Möglichkeiten der Durchführung von Suizidassistenz auseinandersetzen möchten. Eines der Themen sind z.B. die Wirkungen und Nebenwirkungen eingesetzter Medikamente. In diesem Modul wird auch die Durchführung des Freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET) thematisiert, auch wenn dieser nicht zur Suizidassistenz gehört. Der Besuch von Modul 10 setzt den Nachweis über die Absolvierung der Module 1-9 voraus.

Im Folgenden werden die zentralen Elemente der einzelnen Module vorgestellt. In der anschließenden Modulmaske (Kapitel 4.1) werden zeitlichen Vorgaben, Lernziele und -inhalte beschrieben.

Modul 1: Menschen mit Sterbe- und Todeswünschen professionell begegnen können

(24 Unterrichtseinheiten)

Die Auseinandersetzung mit Sterbewünschen umfasst unter anderem die Grundlagen der Suizidprävention und Krisenintervention, das Identifizieren möglicher Suizidanlässe, den professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen sowie die Reflexion der Lebensqualität und Lebensbedingungen der Betroffenen. Die inhaltlichen Zusammenhänge werden innerhalb von Modul 1 abgebildet.

Suizidprävention

Um Menschen mit Sterbe- und Todeswünschen professionell begegnen zu können ist das Thema Suizidprävention von großer Bedeutung. Suizidprävention wird als eine gesamtgesellschaftliche und äußerst komplexe Aufgabe beschrieben (Schneider et al., 2021, S. 10). Mit dem Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro), werden wissenschaftlich begründete Vorschläge „für Aktivitäten und Interventionen entwickelt“ (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2022, o.S.). Die dafür gegründeten Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit übergeordneten Themen wie „Politik und Gesellschaft“, „Individuum und Lebensraum“ sowie „Versorgungssysteme“. Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) sehen einen Zusammenhang von Suizidprävention und Krisenintervention. Sie ordnen die Suizidprävention den medizinischen Bereichen zu und sehen Krisenintervention im Bereich der psychosozialen Beratung angesiedelt (Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2023, S. 111).

Sterbe- und Todeswunsch

Kremeike et al. (2019, S. 2) beschreiben den Todeswunsch als das Hoffen auf einen baldigen Sterbeprozess bis hin zu einem Auswegplan und akuter Suizidalität. „In der Palliativmedizin werden häufig Todeswünsche von Patient:innen in unterschiedlicher Form geäußert“.

Feichtner (2022, S. 4) vermutet in der Praxis, insbesondere wenn auch metaphorisch geäußerte Sterbewünsche berücksichtigt werden, ein häufiges Auftreten von Sterbewünschen. Dörmann et al. (2023) führen an, dass sich Pflegefachpersonen in ihrem beruflichen Alltag mit Sterbewünschen der Patient:innen konfrontiert sehen.

In der S3-Leitlinie Palliativmedizin (2021, S. 427) wird zum Umgang mit Todeswünschen ein vierstufiges Schema empfohlen, bestehend aus: Wahrnehmung, Verständnis, kompetenter Begleitung und Suizidprävention. Mit der Erkundung des psychischen und spirituellen

Befindens der Patient:innen, der Wahrnehmung der eigenen Gefühle im Gespräch mit den Patient:innen und der Durchführung von Supervisionen und Fallbesprechungen zeigt die S3-Leitlinie Palliativmedizin (2021, S. 427) zwölf Strategien und Techniken im Umgang mit potenziellen Todeswünschen auf. Für Feichtner (2022, S. 8) steht bei der Begegnung mit Sterbewünschenden eine wertschätzende und aufmerksame Haltung im Vordergrund. Frerich et al. (2020) entwickelten, aufbauend auf der Studie von Kremeike et al. (2018) „The desire to die in palliative care: Optimization of management (DEDIPOM)“ ein bedarfsorientiertes Trainingskonzept zur Kommunikation über den Wunsch zu sterben (siehe Kapitel 4.2.).

Kremeike et al. (2021, S. 3598) definieren den Todeswunsch als komplexes Phänomen mit individuellen Ursachen, Ausprägungen und Folgen bei Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung. Mögliche Ursachen für einen Todeswunsch wie z.B. physische Symptome, psychologischer Distress, existenzielles Leiden oder soziale Aspekte konnten von Balaguer et al. (2016, S. 8) herausgearbeitet werden. Der Todeswunsch könnte Jansky et al. (2017, S. 92) zufolge Ausdruck der Furcht vor Belastung für Familie und Gesellschaft sein. Auch die Lebensqualität hat Einfluss auf den Wunsch nach einem vorzeitigen Lebensende (Anstey et al. 2016, S. 11).

Feichtner (2022, S. 4) interpretiert den Sterbewunsch als „Ausdruck einer dramatischen Überforderung des Patienten, der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er/sie sich befindet. Sterbewünsche können damit auch einen Hilferuf darstellen“. Der Sterbewunsch kann im Moment der empfundenen Ausweglosigkeit zunächst etwas Entlastendes haben und dem Menschen ein Gefühl der Selbstbestimmung zurückgeben (Kapitany, 2022, S. 185).

Lebensqualität

Körperliche Leiden wie allgemeine körperliche und geistige Einschränkungen, Schmerzen und psychosoziale Aspekte wie z.B. Einsamkeit im Alter beeinflussen die Lebensqualität (Starke, 2020, S. 176). Laut Definition der Weltgesundheitsbehörde „World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)“ ist Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung einer Person: über ihre Stellung im Leben im Verhältnis zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. In der Medizin ist insbesondere die Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität relevant. Diese subjektive Wahrnehmung wird mittels verschiedener Parameter (z.B. Schmerzen, Alltagskompetenz, körperliche Leistungsfähigkeit) so weit wie möglich objektiviert. Dafür

stehen diverse Skalen und Fragebögen zur Verfügung. Die Lebensqualität wird zunehmend auch als sekundärer Endpunkt in klinischen Studien berücksichtigt (World Health Organization [WHO], 2012, o.S.). Durch Einbezug und Information der Patienten und Patientinnen auf Augenhöhe sowie eine Ermutigung zu selbstbestimmten Entscheidungen, können Ängste und Unsicherheiten minimiert und die Verbesserung der Lebensqualität gefördert werden (Wentseis, 2022, S. 45). Sterbewünsche, die im Zusammenhang mit Demenz geäußert werden, stellen nach Riese (2022, S. 167) eine Dilemmasituation dar. Im Falle einer fortgeschrittenen Demenz mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität kann der Wunsch zu sterben aufgrund der abnehmenden Entscheidungsfähigkeit nicht durch die Beihilfe zum Suizid erfüllt werden.

Das Wissen um mögliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und eine Verbesserung dieser wie z.B. mit Hilfe einer adäquaten Schmerztherapie oder spezieller Unterstützungsmöglichkeiten bei der Alltagsgestaltung im Alter, sollte Bestandteil der Aus-, Fort- und Weiterbildung sein. Mit der Verbesserung der Lebensqualität besteht die Möglichkeit, Sterbe- und Todeswünsche ggf. abzuwenden.

Modul 2 Emotionalen Belastungen aller am Prozess beteiligten Akteur:innen begegnen (8 Unterrichtseinheiten)

Emotionale Belastungen für die am Prozess Suizidassistenz beteiligten Personen sind im Umgang mit Suizidassistenz ein zentrales Thema. Dazu gehören Emotionen wie Angst, Ohnmacht, Intra- und Interrollenkonflikte, Gewissenskonflikte und Schuldgefühle (Castellanos-Herr und Sandt 2023). Galushko et al. (2023, S. 123) sehen hier fehlende Bewältigungskompetenzen der am Prozess beteiligten Akteur:innen. Laut Schmidt-Atzert (1996, S. 25) ist eine „Emotion ein qualitativ näher beschreibbarer Zustand, der mit Veränderungen auf einer oder mehreren der folgenden Ebenen einhergeht: Gefühl, körperlicher Zustand und Ausdruck.“ Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege definiert Belastung als „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (BGW, 2023, S. 8).

In diesem Modul soll den möglichen emotionalen Belastungen wertschätzende Aufmerksamkeit zuteilwerden. Die Teilnehmenden sind eingeladen, ihre individuellen emotionalen Herausforderungen und Belastungen wahrzunehmen und zu reflektieren. Darüber hinaus sind in diesem Modul Konzepte und Unterstützungsmöglichkeiten verortet. Dazu gehört, Maßnahmen zur eigenen Psychohygiene, Burn-Out-Prophylaxe und Stärkung von

Schutzmechanismen zu erarbeiten.

Auch die Konfrontation und Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit können Ängste auslösen und bilden daher ein weiteres Thema dieses Moduls ab. Husebø (2009, S. 551) weist an dieser Stelle darauf hin, dass niemand gezwungen werden kann, „der eigenen Sterblichkeit und dem eigenen Tod mit Offenheit zu begegnen“. Gleichzeitig macht der Autor die Relevanz einer authentischen Offenheit gegenüber Sterbenden deutlich. Es ist anzunehmen, dass Dilemmata und berufliche Rollenkonflikte in der Auseinandersetzung mit Suizidassistenz und einer möglichen Durchführung zunehmen. Die Berufsgruppen des Gesundheitssystems identifizieren sich vornehmlich mit dem gesellschaftlichen Auftrag, Gesundheit zu fördern, Krankheit zu vermeiden und Leben zu erhalten. Die Diskussion, Suizidassistenz in diesen Auftrag zu implementieren und gewissenhaft vertreten zu können, ist ebenfalls Gegenstand dieses Moduls.

Für die am Prozess beteiligten Akteur:innen ist es aus Sicht der DGP (2021, S. 8) wichtig, die eigenen Gefühle in der Begleitung wahrzunehmen und zu reflektieren. Hierzu werden regelmäßige Teambesprechungen und Supervisionen zur Selbstfürsorge und Psychohygiene empfohlen, u. a. um eigene Belastungsgrenzen zu respektieren (Mühlegger & Wimmer, 2022, S. 67).

Modul 3 Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können

4 Unterrichtseinheiten

Im Entscheidungsprozess zur Suizidbeihilfe sind sehr unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt. Dazu gehören u.a. Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen und Seelsorger:innen. Auch ehrenamtlich Mitarbeitende können zum multiprofessionellen Team gehören. Nachdem der konkrete Suizidanlass reflektiert und die Lebensbedingungen sowie die Lebensqualität der/des Betroffenen betrachtet wurden, wird deutlich, welche Professionen primär im Auftrag der Suizidprävention aktiv werden müssen. Dies bedeutet im Falle eines Sterbewunsches aufgrund körperlichen Leidens, wie z.B. Schmerzen, werden vornehmlich Ärzt:innen und Pflegende gefordert sein. Wird der Suizidwunsch aus sozialen Gründen geäußert, sind Sozialarbeiter:innen bevorzugt anzusprechende Personen. Wie in Kapitel 5.1.2 näher aufgeführt beschreibt Wasner (2014, S. 161) „multiprofessionell“ als einen Ansatz für die Zusammenarbeit im Kontext einer Aufgabe, an der unterschiedliche Professionen und Berufsgruppen beteiligt sind. Wasner sieht Multiprofessionalität als eine Teamkonstellation unterschiedlicher Professionen. Dabei wird der primäre Fokus der Interaktion auf eine aktive

Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen gelegt Die „interprofessionelle Zusammenarbeit“ nutzt die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe. Eine sich ergänzende und unterstützende Zusammenarbeit aller am Prozess der Entscheidungsfindung zur Suizidassistenz beteiligten Berufsgruppen ist notwendig, um die bestmögliche Begleitung für Patient:innen zu gewährleisten. Aus diesem Verständnis heraus soll in diesem Modul sowohl die inter,- als auch multiprofessionelle Zusammenarbeit vertieft werden.

Modul 4 Rahmenbedingungen des Prozesses im Umgang mit Suizidassistenz kennenlernen

8 Unterrichtseinheiten

Die praktische Umsetzung der Suizidassistenz ist in Europa unterschiedlich geregelt. „In einigen Ländern wird die Suizidassistenz unter bestimmten Voraussetzungen geduldet. In anderen drohen dafür harte Strafen“ (Fricke, 2021, o.S.). In Deutschland ist die Hilfe zur Selbsttötung straffrei „und ohne Regelungen zum Schutz der Freiverantwortlichkeit möglich“ (Castellucci et al., 2022, S. 2). Zum Zeitpunkt des Erscheinens des Curriculums liegt noch keine Rahmenvereinbarung in Deutschland vor, da sich bislang kein Gesetzesentwurf durchsetzen konnte. Ein Blick auf die gesetzlichen Regelungen in Ländern wie der Schweiz, Österreich und den Niederlanden zeigt, wie die Suizidbeihilfe in diesen Ländern geregelt ist. Mit den Erfahrungen der am Prozess beteiligten Akteur:innen anderer Länder wie z.B. aus Österreich, der Schweiz und den Niederlanden sollen die Teilnehmer:innen in diesem Modul in die Lage versetzt werden, reflektiert auf die unbekanntenen Herausforderungen zuzugehen.

Wichtig:

Bei der Umsetzung dieses Moduls sind die gültigen rechtlichen Bestimmungen zu bedenken und bei Veränderungen dem neuesten Stand anzupassen. Als Diskussionsgrundlage können die Stellungnahmen der einzelnen Verbände dienen. Die Bildungsinhalte, die im Zusammenhang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen vermittelt und bearbeitet werden, können als Grundlagen für die Entwicklung institutioneller Rahmenbedingungen z.B. im Zusammenhang der Organisationsentwicklung genutzt werden.

Modul 5 Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen

4 Unterrichtseinheiten

Die Akzeptanz der Entscheidungshoheit aller am Prozess ist wesentliche Grundhaltung zum Umgang mit Suizidassistenz. Die Definition Akzeptanz beschreibt, dass eine Sache nicht einfach nur hingenommen, sondern auch gutgeheißen wird. Ihr wird Empathie entgegengebracht (Deutsche Gesellschaft für Positive Psychology [DGPP], 2022, o.S.). Akzeptanz bedeutet somit ein Anerkennen von Umständen und Tatsachen und zwar ungeschönt, wie sie eben in der Realität vorliegen. Dabei ist Akzeptanz ein aktiver Prozess, der sich damit von der passiven Toleranz unterscheidet (Wächter, 2022, o.S.). In diesem Modul sollen die am Prozess beteiligten Akteur:innen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung ihre eigene Haltung zum Thema Suizidassistenz entwickeln, reflektieren und lernen, diese zu vertreten. Die Möglichkeit, Sterbewünsche durch die Entwicklung einer eigenen Haltung zur Suizidbeihilfe besser zu verstehen, beschreiben Dörmann et al. (2023) am Beispiel von Pflegefachpersonen. Darüber hinaus ist es Ziel dieses Moduls, offen zu sein für die Einstellungen anderer Menschen und diese zu respektieren. Nach Munz (2021, o.S.) ist die zentrale Frage der Suizidassistenz immer die Abwägung zwischen Autonomie und Schutz der Sterbewilligen. Unter Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung betont Duttge (2023, S. 83), dass kein Mensch, der im Besitz der Entscheidungsfähigkeit ist, gegen seinen Willen zum Weiterleben gezwungen werden darf. Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung und damit die Entscheidungshoheit über sein Leben. Weiterhin ist eine kultursensible Begleitung im Prozess des assistierten Suizids zu berücksichtigen. Die Gesellschaft ist geprägt durch einen modernen Individualismus, sowie eine Vielfalt kultureller, religiöser und weltanschaulicher Prägungen und Überzeugungen (Körtner & Likar, 2022, S. 32). „Religiöse Traditionen und Schriftwerke zeigen differenzierte Ansichten zur Selbsttötung“ (Falkner, 2022, S. 106). Der Suizid wird z.B. im Christentum, Judentum und im Islam moralisch abgelehnt. Mit der Annahme, dass allein Gott über Leben und Tod bestimmen darf, da das Leben ein Geschenk Gottes ist, kann der Mensch nicht selbst über sein Lebensende entscheiden. „Allein der Hinduismus hat durch das rituelle Sterbefasten, [...], nicht dogmatisch eine moralische Verurteilung vorgesehen, doch auch da haben das Leben und die Grundhaltung der Gewaltlosigkeit einen hohen Stellenwert (Falkner, 2022, S. 106).

Modul 6 Den Umgang mit der Anfrage um Hilfe einer Suizidassistenz unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren

4 Unterrichtseinheiten

Die ethische Reflexion versteht Riedel (2015, S. 322) „als Analyse einer relevanten Situation, mit der Perspektive auf deren moralischen Gehalt sowie auf die leitenden Werte und Werteorientierungen der Beteiligten hin. Ausgangspunkt für die ethische Reflexion sind nicht Personen als Meinungsträger, sondern Situationen und die in diesem Zusammenhang wirkenden Werte.“ Mit der Begleitung einer Suizidassistenz werden die Akteur:innen mit unterschiedlichen Lebenswelten, Lebensentwürfen und Lebenskontexten konfrontiert. Die Auseinandersetzung mit diesen Aspekten sieht Riedel (2013, S. 1) beeinflusst durch „subjektive Betroffenheit und von Widersprüchen, die für die Beteiligten auf der Basis ihrer persönlichen Werteorientierung, Wahrheit und Gültigkeit beanspruchen“. In diesem Modul werden thematische Zusammenhänge ethisch beleuchtet. In Anlehnung an Beauchamp und Childress (2019, S. 10) stehen die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin im Mittelpunkt des Moduls: Autonomie, Nichtschaden, Fürsorge, Gerechtigkeit. Aus medizinethischer Sicht entscheidet der Patient/die Patientin autonom und selbstbestimmt, was mit ihm/ihr geschieht. Die individuellen Entscheidungen haben alle am Prozess beteiligten Akteur:innen zu respektieren. Allerdings ist nach den medizinethischen Prinzipien die Selbstbestimmung des Patienten/der Patientin nicht absolut, sondern muss gegen die Fürsorgepflicht abgewogen werden, wenn die autonome Entscheidung dem Patienten/der Patientin schaden sollte (weil zum Beispiel Alternativen nicht bekannt sind oder die Freiverantwortlichkeit infolge einer vulnerablen Situation entscheidend eingeschränkt ist). Dem Patienten/der Patientin darf zu keinem Zeitpunkt Schaden zugefügt werden. Das Handeln der Ärzt:innen hat immer das Wohl der Patient:innen und die gerechte Verteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Ziel (Rahbar, 2010, o.S.).

Modul 7 Die gesellschaftliche Relevanz zur Suizidassistenz erkennen und reflektieren können

4 Unterrichtseinheiten

Das Thema der Suizidassistenz birgt auf gesellschaftlicher Ebene ein hohes Diskussionspotenzial. War das Thema in Deutschland durch den Missbrauch der Euthanasie unter den Nationalsozialisten lange tabuisiert, so nimmt es heute wieder mehr Raum ein. Die

Diskussion ist von einer breiten Meinungsvielfalt und hoher Kontroversität geprägt. Auf politischer Ebene wird Suizidassistentz bereits seit 2015 (in Vorbereitung des damaligen Gesetzgebungsverfahrens zum §217) bis zum heutigen Tage intensiv diskutiert. Überlegungen zur praktischen Umsetzung, wer in den Prozess einbezogen werden kann und wie die Verantwortung zu verorten ist, werden aus verschiedenen Perspektiven z.B. aus Sicht des Gesundheitssystems, des Sozialsystems sowie aus kirchlicher Sicht angestellt. Diese Themen werden in diesem Modul thematisiert. Dazu gehört auch eine mögliche Änderung in der öffentlichen Wahrnehmung der an einer möglichen Suizidassistentz beteiligten Berufsgruppen bis hin zu einer Stigmatisierung, z.B. als „Sterbeengel“ (Castellanos-Herr und Sandt 2023). Um dies zu vermeiden, gilt es, die Öffentlichkeit für die Komplexität des Themas zu sensibilisieren und das gesellschaftliche Tabu um Suizidgedanken zu brechen. Die Teilnehmer:innen lernen in diesem Modul, ihre Haltung und Einstellungen in der Öffentlichkeit argumentativ professionell zu vertreten ebenso wie die Suizidassistentz von den Aufgabenfeldern der jeweiligen Profession abgrenzen zu können, z.B. dahingehend, dass ein Fachbereich nicht zur alleinigen Aufgabe hat, auf Todeswünsche einzugehen und diese ernst zu nehmen, sowie auch nicht die Suizidassistentz begleiten zu müssen bzw. allein begleiten zu müssen.

In diesem Zusammenhang ist Hintergrundwissen zur Einstellung der Gesellschaft zum Thema Suizidbeihilfe hilfreich.

Modul 8 Im Rahmen des Prozesses im Umgang mit Suizidassistentz personelle Kompetenz erwerben

8 Unterrichtseinheiten

Im Kontext des Umgangs mit Forderungen und Wünschen nach Suizidassistentz sowie ggf. deren Durchführung bzw. Begleitung sind personelle Kompetenzen miteinander verknüpft. Diese umfassen insbesondere den Bereich „Verantwortung übernehmen“. Derzeit gibt es noch keine gesetzlichen Vorgaben, welche Personen- oder Berufsgruppen die Verantwortung für den Prozess zukünftig übernehmen sollen. Die Gesetzentwürfe berücksichtigen, dass die Verantwortung auf freiwilliger Basis aufgebaut werden muss und niemandem verpflichtend auferlegt werden kann. Die Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften haben dazu bereits Position bezogen (siehe Kapitel 5.1). Feichtner (2022, S. 97) zeigt auf, dass die Durchführung eines assistierten Suizids in der Schweiz nicht von medizinischem Personal begleitet wird. Ärzt:innen übernehmen die Bewertung der Entscheidungsfähigkeit und bestätigen den freiverantwortlichen Suizidwunsch. Weiter übernehmen sie mit der Verordnung

des Suizidmedikaments die Verantwortung der Bewertung der oben beschriebenen Kriterien (Feichtner, 2022, S. 96). Die Pflegekammern sowie Berufsverbände in Deutschland haben bisher noch keine Stellung bezogen. Stanze (2021, S. 2) fordert Pflegefachpersonen auf, sich zum Thema der Suizidassistenz zu positionieren. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer sieht die Verantwortung im Bereich der psychosozialen Begleitung und nicht im Bereich der Beschaffung, Zubereitung und Bereitstellung der Medikamente (Feichtner, 2022, S. 97). Mit der Studie „Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz (SEILASS)“ konnten Dörmann et al. (2023) herausstellen, dass sich auch Pflegefachpersonen in Deutschland durch ihre berufliche Position in der Rolle der Begleitung sehen.

Mittels Angeboten zur klinischen und außerklinischen Ethikberatung in Form von Einzelberatungen, ethischen Fallbesprechungen, Ethik-Leitlinien oder Ethik-Fortbildungen möchte die AEM (2022, S. 4) „die beteiligten Personen bei der Wahrnehmung ihrer Verantwortung unterstützen, ihnen die Verantwortung für ihr Entscheiden und Handeln aber nicht abnehmen“. Sowohl Nähe wie auch Distanz sollten stets gewahrt werden. Dazu werden die Teilnehmer:innen in diesem Modul eingeladen zu reflektieren, wie viel Nähe sie persönlich zulassen können.

Die psychische Gesunderhaltung der am Prozess beteiligten Akteur:innen steht mit der Wissensvermittlung über Möglichkeiten zur Psychohygiene, einer gesunden Work-Life-Balance sowie Kenntnissen zum Thema Resilienz im Mittelpunkt dieses Moduls. Ziel dieser modularen Einheit ist die Förderung der Reflexion eigener bestehender und der Entwicklung neuer resilienzfördernder Kompetenzen, des konstruktiven Umgangs mit belastenden Arbeitssituationen und der eigenen psychischen Gesundheit (Benfer-Bresacher, S. 2018, S. 195). Weiter ist es im Kontext zum Umgang mit Suizidassistenz wünschenswert, die Fähigkeit auszubauen, „Vieldeutigkeit und Unsicherheit zur Kenntnis zu nehmen und ertragen zu können“. Der Aufbau einer tragfähigen Ambiguitätstoleranz ist nach von Friesen (2019, o.S.) für die Demokratie unabdingbar. Es gilt im Kontext der Suizidassistenz zu lernen, unterschiedliche Interessen und Kompromisse auszuhalten und Unsicherheiten zu begegnen. „Es ist wichtig, dass die Mehrheit diese Fähigkeit besitzt und trainiert, um der Unsicherheit des Lebens, der Unberechenbarkeit der Zukunft mit innerer Toleranz zu begegnen“ (Friesen, v. (2018), o.S.).

Modul 9 Für den Prozess zum Umgang mit Suizidassistenz relevante kommunikative Kompetenz erwerben

8 Unterrichtseinheiten

Der Prozess im Umgang mit Forderungen und Wünschen nach Suizidbeihilfe sowie ggf. deren Durchführung bzw. Begleitung ist geprägt durch Gespräche sowie teils nonverbale Kommunikation. „Kommunikation wird als „Prozess der Informationsübertragung zwischen Individuen mit verbalen und nonverbalen Ausdrucksmitteln (Gestik und Mimik) verstanden, wobei neben Sachinformation im engeren Sinn auch Beziehungen definiert und komplexe soziale Mitteilungen ausgetauscht werden. Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis und findet sowohl bewusst als auch unbewusst statt.“ (Pschyrembel online, 2023, o.S.). Dörmann (2022, S. 52) konnte in ihrer Studie herausarbeiten, dass aus Sicht der Pflegefachkräfte die Handlungen rund um die Suizidbeihilfe u.a. als von einer vertrauensvollen Kommunikation begleitet gesehen werden. Jansky et al. (2017, S. 92) stellen in Ihrer Untersuchung fest, dass die Äußerung eines Sterbewunsches als „ein Zeichen des Vertrauens gegenüber den Behandlern und dass das Gespräch darüber eine Entlastung für die Betroffenen sein kann“ zu betrachten ist. „Die Suizidologie und psychiatrische Versorgung empfehlen, Suizidgedanken von Patient:innen initiativ anzusprechen, etwa im Erstgespräch, bei Krisensituationen oder ernstem Verdacht einer latenten Suizidalität“ (Galushko, Frerich, Eisenmann, 2023, S. 124). Im Rahmen des Schulungsprogramms „Umgang mit Todeswünschen“ (siehe Kapitel 4.2.) wurde von Kremeike et al. (2018) und Frerich et al. (2020) ein teilstrukturierter Gesprächsleitfaden mit Aspekten der Gesprächsführung zur Unterstützung eines offenen und wertfreien Umgangs mit Todeswünschen entwickelt (Boström, Frerich, Romotzky, Galushko & Kremeike, 2023, S. 154).

Die Begegnung mit Angehörigen ist in Bezug auf den assistierten Suizid ein sensibles Thema. Die Ansprüche und Erwartungen von Angehörigen sind häufig nicht mit den medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten und Erfordernissen übereinzubringen. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass multiprofessionelle Teams einen Weg für die Begegnung im Rahmen der Angehörigenarbeit finden (Sonnenmoser, 2005, S. 406).

Wenn Menschen erwägen, einen assistierten Suizid zu begehen oder bereits begangen haben, kann das für nahestehende Personen sehr belastend sein. „Der Verlust einer nahestehenden Person durch einen assistierten Suizid unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von anderen Todesarten, heißt es in einer Mitteilung der Medical School Berlin. Studien zeigten, dass ein assistierter Suizid bei einem Teil der Betroffenen auch psychische und psychosoziale

Konsequenzen haben kann. So werde zum Beispiel das Vereinbaren eines Sterbedatums oft als problematisch empfunden“ (Wagner, B. et al., 2022). Um diese Aufgabe erfüllen zu können, benötigen die am Prozess beteiligten Personen eine Anleitung zum Erlernen hilfreicher Kommunikationstechniken und Kommunikationsmodelle (Gabl, 2022, S. 211).

Möglichkeiten zur strukturierten Kommunikation im multidisziplinären/interprofessionellen Team bieten kollegiale Beratungen, Fallbesprechungen und Supervision (Schwermann, 2022, S. 273). Die Konzepte sollen innerhalb dieser modularen Einheit kennengelernt und analysiert werden.

Hinweis

Modul 9 zeigt inhaltliche Überschneidungen zum Schulungscurriculum „Umgang mit Todeswünschen“ auf. Dies sollte in der Planung und für die Anerkennung dieses Moduls berücksichtigt werden.⁴

Modul 10 Medizinische Grundlagen im Zusammenhang mit Anfragen zur Suizidassistentz erwerben

8 Unterrichtseinheiten

Mit dem Modul „Medizinisches Wissen erwerben“ werden Inhalte zusammengefasst, die zum einen Suizidfälle betrachten, die mit einem Suizidwunsch einhergehen können, insbesondere bei psychischen und onkologischen/palliativen Erkrankungen. Zum anderen werden Kenntnisse zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der in Deutschland und anderen Ländern zur Suizidassistentz eingesetzten Mittel (zum Beispiel Natrium-Pentobarbital, Phenobarbital, Hydroxochloroquin) vermittelt. Zum anderen werden Alternativen benannt und erläutert, wie z.B. der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (siehe Kapitel 6.2.4) und die palliativen/gezielte Sedierung (siehe Kapitel 6.2.5). Dörmann et al. (2023) konnten den Wunsch von Pflegefachpersonen aufzeigen, in Fort- und Weiterbildungen auch die Durchführung des assistierten Suizids zu betrachten und mögliche Komplikationen zu analysieren, um sich besser informiert und sicherer bei möglichen – wenn auch ggf. seltenen – Durchführungen zu fühlen und eine ganzheitliche Haltungsarbeit gewährleisten zu sehen.

⁴ Die Schulung „Umgang mit Todeswünschen“ des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln bietet Teilnehmenden Kompetenzzugewinne u.a. im Hinblick auf Reaktionen, Hintergründe, relevante Rechtslagen und ermöglicht die Reflexion der eigenen Haltung in Bezug auf Todeswünsche (Voltz, Kreimeike, Boström, Gehrke, 2018, o.S.). Weitere Informationen: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswunschen-dedipom>

Die Grundlagen von Palliative Care in Zusammenhang mit dem Wunsch nach einem assistierten Suizid (siehe Kapitel 6.2.1) gilt es in diesem Modul zu erfassen und zu diskutieren. Ebenso werden die Wirkung und Nebenwirkungen der Mittel für die Durchführung der Suizidassistenz beleuchtet, ggf. mit Bezugnahme auf das international vorliegende Wissen.

4.1 Modulbeschreibung

Die Modulbeschreibung setzt sich aus dem jeweiligen Titel, den zeitlichen Vorgaben, den Modul – und Kompetenzbeschreibungen, der Definition einzelner Lernergebnisse und den zu unterrichtenden Inhalten zusammen.

Modul 1:		24x45 min.
<i>Menschen mit Sterbe-/Todeswünschen professionell begegnen können</i>		
Beschreibung:	Die dargestellten Inhalte beziehen sich auf die Auseinandersetzung mit Sterbe-/Todeswünschen (vom geäußerten Gedanken bis zu einer möglichen Durchführung unter Einbezug von Kenntnissen der Suizidprävention).	
Kompetenzen:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden übernehmen die fachliche Verantwortung im Umgang mit Wünschen zur Suizidassistenz unter Einbezug ihres Wissens zur Suizidprävention. (Niveau 6) • Die Teilnehmenden übernehmen Verantwortung bei der Implementierung von Prozessen im Umgang mit Suizidgedanken und Suizidassistenz sowie Suizidprävention unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und Vorgaben (Niveau 7) 	
Lernergebnisse:	<p>Anwenden: (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervenieren aus der beruflichen Rolle heraus in Krisensituationen • wenden Kenntnisse zum nationalen Suizidpräventionsprogramm an • zeigen einen professionellen Umgang mit Menschen, die Sterbe-/Todeswünsche äußern/haben • wenden die Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin an zum Umgang mit Menschen, die Todeswünsche äußern/haben <p>Analysieren:</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifizieren Suizidwünsche von betroffenen Menschen 	

	<ul style="list-style-type: none"> reflektieren die Lebensbedingungen der betroffenen Menschen und unterstützen die (Suche nach) Lebensqualität und Lebenssinn
Inhalte und Ziele:	<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmen der Suizidprävention kennenlernen das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) kennen Krisensituationen identifizieren Motivationen für Suizidwünsche kennenlernen professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen pflegen Todeswünsche der S3-Leitlinie Palliativmedizin kennen Lebensbedingungen der Betroffenen erfassen und reflektieren verbleibende Lebensqualität effizient gestalten Suizidassistenz kennenlernen
Modul 2:	
<i>Emotionalen Belastungen aller am Prozess beteiligten Akteur:innen begegnen</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Ziel des Moduls ist es, am Prozess beteiligte Akteur:innen auf mögliche emotionale Belastungen vorzubereiten und Anleitung zu deren Reflexion zu geben.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden reflektieren eigene und fremde emotionale Belastungen in Bezug auf das Thema Suizidassistenz und analysieren die Komplexität der damit verbundenen Anforderungen an das berufliche Tätigkeitsfeld. (Niveau 6) Die Teilnehmenden können in Bezug auf emotionale Belastungen wissenschaftlich begründet argumentieren und erkennen berufliche Herausforderungen, die mit der Suizidassistenz einhergehen. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	<p>Analysieren (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> können eigene Emotionen von denen Fremder trennen betrachten Rollenkonflikte bezogen auf den Umgang mit Suizidassistenz differenziert entwickeln einen professionellen Umgang mit auftretenden Emotionen
Konkrete Inhalte:	<p>Emotionen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Angst Ohnmacht Rollenkonflikte (Intra-und Interrollenkonflikte) Wut

	<ul style="list-style-type: none"> • eigene Betroffenheit • Trauer • Mitleid • Schuldgefühle • etc. <p>Herausforderungen wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gewissenkonflikte • Dilemmata • Beziehungskonflikte
Modul 3:	
<i>Innerhalb des multiprofessionellen Teams handeln können</i>	
	4x45min
Beschreibung:	Die Inhalte dieses Moduls beziehen sich auf die Bedeutung der Handlungsverantwortlichkeiten im Team. Die Schwerpunkte können sich verändern, wenn aus einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe konkrete berufliche Handlungsanlässe für einen oder mehrere Berufsgruppen erwachsen.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden erkennen Problemstellungen der multiprofessionellen Zusammenarbeit und planen unter Einbezug von Konzepten zur multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit das Vorgehen im Umgang mit Menschen mit Suizidwunsch (Beratung, Begleitung oder bei anhaltendem Suizidwunsch evtl. Durchführung der Suizidassistenz) (Niveau 5)
Lernergebnisse:	<p>Anwenden (Kognitive Domäne)</p> <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenden das Schnittstellenmanagement im multiprofessionellen Handeln an
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen innerhalb der am Prozess beteiligten Berufsgruppen berücksichtigen • seelsorgerische Aspekte integrieren • Rollenfunktion im Team erkennen
Modul 4:	
<i>Rahmenbedingungen des Prozesses im Umgang mit der Suizidassistenz kennenlernen</i>	
	8x45 min.

Beschreibung:	Die Zusammenfassung der Bildungsinhalte bezieht sich auf die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen zur Suizidassistenz. Die am Prozess beteiligten Akteur:innen erlangen durch Kenntnisse vorgegebener Strukturen Handlungssicherheit.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden kennen die Rahmenbedingungen der Suizidassistenz (Niveau 5)
Lernergebnisse:	Wissen (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> benennen rechtliche Grundlagen zum Prozess der Suizidassistenz Analysieren Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> analysieren die Rahmenbedingungen zur Suizidassistenz in der eigenen Institution
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Rechtliche Grundlagen (Gesetzeslage) kennen Rahmenbedingungen der Institution erörtern Rechtliche Rahmenbedingungen kennen
Modul 5:	
<i>Dem selbstbestimmten Menschen offen begegnen</i>	
	4x45 min
Beschreibung:	Das Modul umfasst die Offenheit, die Selbstbestimmung betroffener Menschen zu akzeptieren und ihre Autonomie bedingungslos zu respektieren
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden zeigen Verständnis und Offenheit für die Autonomie aller am Prozess beteiligten Akteur:innen. Die individuellen Haltungen zum Thema werden wahrgenommen und reflektiert. Im Rahmen der Prozessgestaltung finden diese Haltungen wertschätzende Berücksichtigung. (Niveau 5)
Lernergebnisse:	Evaluieren (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> reflektieren und evaluieren die eigene Haltung zum Thema Suizidassistenz Charakterisieren (Affektive Domäne) Die Teilnehmenden:

	<ul style="list-style-type: none"> wertschätzen die Selbstbestimmung aller am Prozess beteiligten Akteur:innen
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Haltung im Team reflektieren Haltung gegenüber Patienten mit Suizidgedanken und ihren Angehörigen erörtern Selbstbestimmung, Autonomie und Handlungsfähigkeit respektieren Konzept der relationalen Autonomie kennen mit widersprüchlichen Haltungen umgehen lernen kultursensible Begleitung integrieren
Modul 6:	
<i>Den Umgang mit der Anfrage um Hilfe einer Suizidassistentz unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien reflektieren</i>	
	4x45min
Beschreibung:	Im Zentrum des Moduls steht die Reflexion eigener ethischer Prinzipien in Bezug auf die Suizidassistentz sowie die Kenntnis von ethischen Reflexionen von Referenzgruppen wie dem Deutschen Ethikrat
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden reflektieren und begleiten vor dem Hintergrund aktueller ethischer Diskussionen und Prinzipien den Umgang mit Sterbe-/Todeswünschen und Fragen nach Suizidassistentz. (Niveau 6)
Lernergebnisse:	Evaluieren (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> reflektieren unter Berücksichtigung der ethischen Prinzipien den Prozess im Umgang mit Suizidassistentz
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Prinzip der Fürsorge Prinzip des Wohltuns Prinzip des Nicht-Schadens Zentrale Konzepte wie Würde, Lebenssinn, Kontrollüberzeugung oder Kohärenzgefühl
Modul 7:	
<i>Die gesellschaftliche Relevanz im Umgang mit Suizidassistentz erkennen und reflektieren können</i>	
	4x45 min.
Beschreibung:	Der Blick in andere Länder und Kulturen ermöglicht ein erweitertes Verständnis zur Thematik der Suizidassistentz und bietet die Möglichkeit, die gesellschaftliche Relevanz des Themas zu reflektieren und Erfahrungen,

	Einstellungen und Haltungen aus anderen Ländern und Kulturen in das eigene Handeln zu integrieren.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden erläutern die Herausforderungen und Problemstellungen, die durch das Thema Suizidassistenz gesellschaftlichen Einfluss nehmen und können diese in der Öffentlichkeit wissenschaftlich vertreten. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	Verstehen (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> erläutern die gesellschaftliche Relevanz der Suizidassistenz in Deutschland und anderen Ländern
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Gesellschaftliche und politische Diskurse zur Suizidassistenz Unterschiede in der Haltung zu Suizidassistenz in anderen Weltreligionen (nicht-westliche Kulturen, Entwicklungsländer) Suizidassistenz in anderen Ländern wie Schweiz, Österreich, Niederlande
Modul 8:	
<i>Im Umgang mit Suizidassistenz personelle Kompetenz erwerben</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	Der Schwerpunkt dieses Moduls ist die Förderung der Ambiguitätstoleranz sowie der Umgang mit Spannungen, die in den Themenkomplex mit Fragen zur Suizidassistenz eingelagert sind.
Kompetenz:	Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden entwickeln Problemlösestrategien, um mit den eigenen Emotionen umzugehen und Stresssituationen zu begegnen. (Niveau 5) Die Teilnehmenden übernehmen Verantwortung im Umgang mit Suizidwünschen sowohl in der Suizidprävention als auch in der möglichen Begleitung bis zur Suizidassistenz. Sie planen vorausschauend, um emotionalen und stressbringenden Situationen vorzubeugen. (Niveau 6) Die Teilnehmenden entwickeln unter wissenschaftlichen Erkenntnissen Strategien um Diskursen, Gesprächen und Situationen im Arbeitsumfeld hinsichtlich der Suizidassistenz begegnen und sich selbst entlasten zu können. (Niveau 7)
Lernergebnisse:	Wissen (Kognitive Domäne)

	<p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> kennen den eigenen Verantwortungsbereich im beruflichen Handeln Synthetisieren (Kognitive Domäne) <p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> entwickeln einen professionellen Umgang mit eigenen Emotionen und stressbehafteten Situationen
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Verantwortung innerhalb des Prozesses im Umgang mit Suizidassistenz übernehmen Umgang mit eigenen Emotionen Nähe und Distanz wahren Resilienz entwickeln Ambiguitätstoleranz stärken
Modul 9:⁵	
<i>Für den Prozess zum Umgang mit Suizidassistenz relevante kommunikative Kompetenz erwerben</i>	8x45 min.
Beschreibung:	Die hier dargestellten Inhalte beziehen sich auf den Erwerb erweiterter kommunikativer Fähigkeiten.
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden erlernen den Umgang mit komplexen Gesprächssituationen, wie z.B. Kommunikation mit Betroffenen und deren Angehörigen, in Krisensituationen. Sie erkennen die Bedeutung einer wertschätzenden und empathischen Gesprächsführung. (Niveau 5) Die Teilnehmenden planen eigenverantwortlich im Kontext komplexer Entscheidungssituationen einen Austausch der verschiedenen am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Dabei nutzen sie Konzepte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung. (Niveau 6) Die Teilnehmenden nutzen ein vertieftes Wissen in hochkomplexen Kommunikations-, Interaktions- und Beratungssituationen und sind an der Implementierung verschiedener Kommunikations- und Beratungskonzepte maßgeblich beteiligt. (Niveau 7)

⁵ Das Modul weist Übereinstimmungen mit dem Schulungsmodul „Umgang mit Todeswünschen“ des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln auf. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/>. Dies sollte bei Planung und Anerkennung berücksichtigt werden. Eine Kombination der Lehreinheiten „Umgang mit Todeswünschen“ sowie zu diesem Curriculum ist dringend zu empfehlen.

Lernergebnisse:	Anwenden (Kognitive Domäne) Die Teilnehmenden: <ul style="list-style-type: none"> wenden gezielt Kommunikationsmodelle im Umgang mit Todeswünschen und Fragen zur Suizidassistenz sowie mögliche Folgen für Hinterbliebene an
Konkrete Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> Kommunikation mit Betroffenen Kommunikation mit am Prozess beteiligten Akteur:innen Kommunikation mit Angehörigen Kommunikationsmodelle Konzepte zur gemeinsamen Entscheidungsfindung
Modul 10:	
<i>Medizinische Grundlagen erwerben</i>	
	8x45 min.
Beschreibung:	<p>Die Inhalte des Moduls beziehen sich auf die Grundlagen zu häufigen lebenslimitierenden Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung, soweit sie im Umgang mit Todeswünschen und Anfragen zur Suizidassistenz relevant sind.</p> <p>Weiterhin werden Kenntnisse zu möglichen Alternativen im Umgang mit Leid vermittelt wie z.B. die palliative Sedierung oder der Freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken als auch der gezielte Einsatz von Advance Care Planning, um lebensverlängernde Maßnahmen unterlassen zu wissen, sowie auch die bei diesen Alternativen möglichen emotionalen Belastungen und ethischen Konflikte diskutiert.</p> <p>Als dritter Aspekt werden die medizinischen Grundlagen zu Wirkung und Nebenwirkungen von den in der Suizidassistenz eingesetzten Mitteln erworben.</p>
Kompetenz:	<p>Orientiert am Deutschen Qualifikationsrahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Teilnehmenden kennen die medizinischen Grundlagen von typischen lebenslimitierenden Erkrankungen in der Hospiz- und Palliativversorgung. (Niveaus 5) Die Teilnehmenden kennen medizinische Grundlagen zu typischen zur Suizidassistenz eingesetzten Mitteln. (Niveaus 5) Die Teilnehmenden kennen mögliche Alternativen im Umgang mit Leid wie z.B. palliative Sedierung und können medikamentöse Wirkungen und Nebenwirkungen einschätzen. (Niveau 5)
Lernergebnisse:	Wissen (Kognitive Domäne)

	<p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kennen pharmakologische Grundlagen zum Prozess der Suizidassistenz oder zu möglichen Alternativen wie palliative Sedierung, kennen Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten und Komplikationen innerhalb des Prozesses einer Suizidassistenz
<p>Konkrete Inhalte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisches Wissen • freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit • Grundlagen von Palliative Care • Komplikationen im Rahmen der Suizidassistenz • palliative Sedierung, Therapieabbruch lebenserhaltender Maßnahmen (Beatmung, Dialyse etc)

Quelle: Eigene Darstellung

5. Inhaltsvertiefende Methodik und Theorie

5.1 Begriffsdefinitionen

5.1.1 Curriculum

Dem Duden zufolge beschreibt ein Curriculum einen Lehrplan, welcher auf einer Theorie des Lehrens und Lernens basiert (Dudenredaktion, o.J., o.S.). Die Übersetzung der Begrifflichkeit „Curriculum“ grenzt sich in der Pädagogik jedoch stärker von der Begrifflichkeit des Lehrplans ab. Die Konzeption eines Lehrplans definiert sich über die Makroebene und umfasst ein Konstrukt aus Bildungsvorstellungen, Lehrinhalten und konkreten Vorgaben für den Unterricht. Zudem werden Lernziele formuliert, die für Lernenden mit einem durchgeführten Unterricht erreicht werden sollten (De Vincenti & Horlacher, 2016, S. 2-3).

Ein Curriculum hingegen definiert sich in der Pädagogik maßgeblicher auf der Mikroebene. Es umfasst Unterrichtsinhalte, Unterrichtsmethoden, Unterrichtsmedien und definierte subjektive Lernziele, die unter Berücksichtigung der im Lehrplan verorteten Inhalte zu unterrichten sind (De Vincenti & Horlacher, 2016, S. 2-3).

Ein Curriculum kann auf zwei verschiedenen Konzeptionsebenen erstellt werden:

- Ebene der offenen curricularen Konzeption
- Ebene der geschlossenen curricularen Strukturen

Konzipiert ein Bildungssystem ein offenes Curriculum, bedeutet dies, dass die im Lehrplan verorteten Inhalte verbindlich im Curriculum zu berücksichtigen, die Definition von subjektiven Lernzielen, die Auswahl der Unterrichtsmethodik und Didaktik durch die Lehrenden jedoch frei wählbar sind. Lehrende haben in einer offenen, curricularen Struktur ebenfalls die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Wünsche der Lernenden in den Fokus zu stellen und alternative Lehrziele und Inhalte zu definieren (Gmelch & Steinhorst, S. 126-127).

Bildungseinrichtungen können sich auch dafür entscheiden, ein geschlossenes Curriculum zu etablieren. Hierbei besteht eine dilatierte Vorstrukturierung der im Lehrplan verorteten Inhalte mit dem Ziel, bestimmte Lernerfolge bei den Lernenden zu sichern. Neben den Inhalten sind auch Unterrichtsmedien, Lernziele, Lernerfolgskontrollen, die Auswahl der Didaktik und der Methodik vorgegeben und vom Unterrichtenden verpflichtend einzuhalten (Martial, 1996, S. 266).

Die offene curriculare Struktur gewährt den Lehrenden ein breites Spektrum an Autonomie und pädagogischer Freiheit. Unter Berücksichtigung aller Vorteile eines offenen Curriculums können zieldeterminierte Elemente in einem Curriculum jedoch sinnvoll sein. So können bestimmte Inhalte, besonders im Hinblick auf die Thematik des Umgangs mit Wünschen, der eigenen Haltung zu und einer möglichen Durchführung von Suizidassistenten verbindlich gesichert werden.

5.1.2 Multiprofessionell

Als multiprofessionell wird von Wasner (2014, S. 161) ein Ansatz für die Zusammenarbeit im Kontext einer Aufgabe beschrieben, an der unterschiedliche Professionen und Berufsgruppen beteiligt sind. Mahler, Gutmann, Karstens und Joos (2014, S. 2) beschreiben die „multiprofessionelle Zusammenarbeit“ als das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander. Bei der „interprofessionellen Zusammenarbeit“ überschneiden und ergänzen sich die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufe. Die Teilnehmenden sollen in multiprofessionellen Teams lernen, interprofessionell zusammenzuarbeiten, von den unterschiedlichen Kompetenzen lernen und sich im Rahmen der modularen Fort- und Weiterbildung gemeinsam weiterentwickeln. Auf dieser Grundlage wurde der Begriff multiprofessionell für das hier vorliegende Curriculum gewählt.

5.1.3 Evidenzbasiert

Evidenzbasiert bedeutet „auf der Basis empirisch zusammengetragener und bewerteter wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgend“ (Dudenredaktion, o.J., o.S.). Im Zusammenhang mit dem Curriculum zielt die Evidenz in Anlehnung an Bellmann und Müller (2011, S. 9) auf die Vermittlung von Wissen, welches nicht nur bestimmte kausale Zusammenhänge beleuchtet, sondern auch einen Transfer der Bildungsinhalte in die praktische Anwendung anstrebt und die Teilnehmer:innen zur Selbstreflexion anleitet und anregt.

Das vorliegende Curriculum ist evidenzbasiert und multiprofessionell sowie halboffen konzipiert.

5.1.4 Suizidassistenz

Die Suizidassistenz wird als „Beihilfe zur Selbsttötung“ bezeichnet. Betroffenen mit einem Sterbewunsch wird ein Medikament bereitgestellt, welches durch die Einnahme den Tod herbeiführen kann. Von Bedeutung ist, dass die Einnahme des Medikaments durch die Betroffenen selbstständig erfolgt (Beine, 2020, S. 124).

Die Suizidassistenz wird in vielen Diskussionen ärztlichen oder Heilberufsgruppen im Allgemeinen zugeordnet. Daher sprechen viele der meist medizinischen Fachgesellschaften, wie z.B. die DGP, von einem „ärztlich“ oder „medizinisch assistierten Suizid“ (Gavela, 2013, S. 5; DGP, 2021, o.S.). Eine zentrale Rolle im Umgang mit der Suizidassistenz sieht die AEM (2022, S. 2) bei den oben genannten Berufsgruppen. Stanze (2021, S. 2) hat insbesondere die Pflegefachpersonen im Fokus, die im Rahmen der Interaktion mit den Patient:innen sowie deren Angehörigen eng in den Umgang mit und den Prozess der Suizidassistenz einbezogen werden. Die Studie „Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz (SEILASS)“ (Dörmann et al., 2023) bestätigt, dass sich in Deutschland Pflegefachpersonen durch ihre berufliche Position in der Rolle sehen, Patient:innen im Prozess einer Auseinandersetzung mit einem möglichen assistierten Suizid zu begleiten. In diesem Zusammenhang ist es für die Pflegenden von großer Bedeutung, den Wunsch zu sterben nachvollziehen und verstehen zu können (Dörmann et al., 2023 et al.). Dem Wunsch nach assistiertem Suizid können Klesse et al. (2022, S. 15) zufolge verschiedene Begründungen zugeschrieben werden, wie dem „Ruf nach Hilfe oder Aufmerksamkeit, eine tiefe Entmutigung, Verbitterung oder Verzweiflung“. Der oder die Sterbewillige erwartet dann eine authentische Reaktion seiner/ihrer Interaktionspartner:innen. Der Sterbewunsch muss von den am Prozess beteiligten Personen ernstgenommen und in reflektierenden Gesprächen thematisiert werden. Klesse et al. beschreiben die zugewandte Kommunikation sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Beteiligten als wesentliche Charakteristika im

Rahmen der Begleitung vom Wunsch nach bis hin zur Durchführung der Suizidassistenz (Klesse et al., 2022, S. 15).

5.2 Bildungsziele, Kompetenzen und Lernergebnisse

Im Rahmen der halboffenen Curriculumsstruktur findet sich in diesem Kapitel eine Definition übergeordneter Bildungsziele, Kompetenzen und Lernergebnisse. Der Zusammenhang aller verorteten Inhalte wird in Abbildung 1 dargestellt.

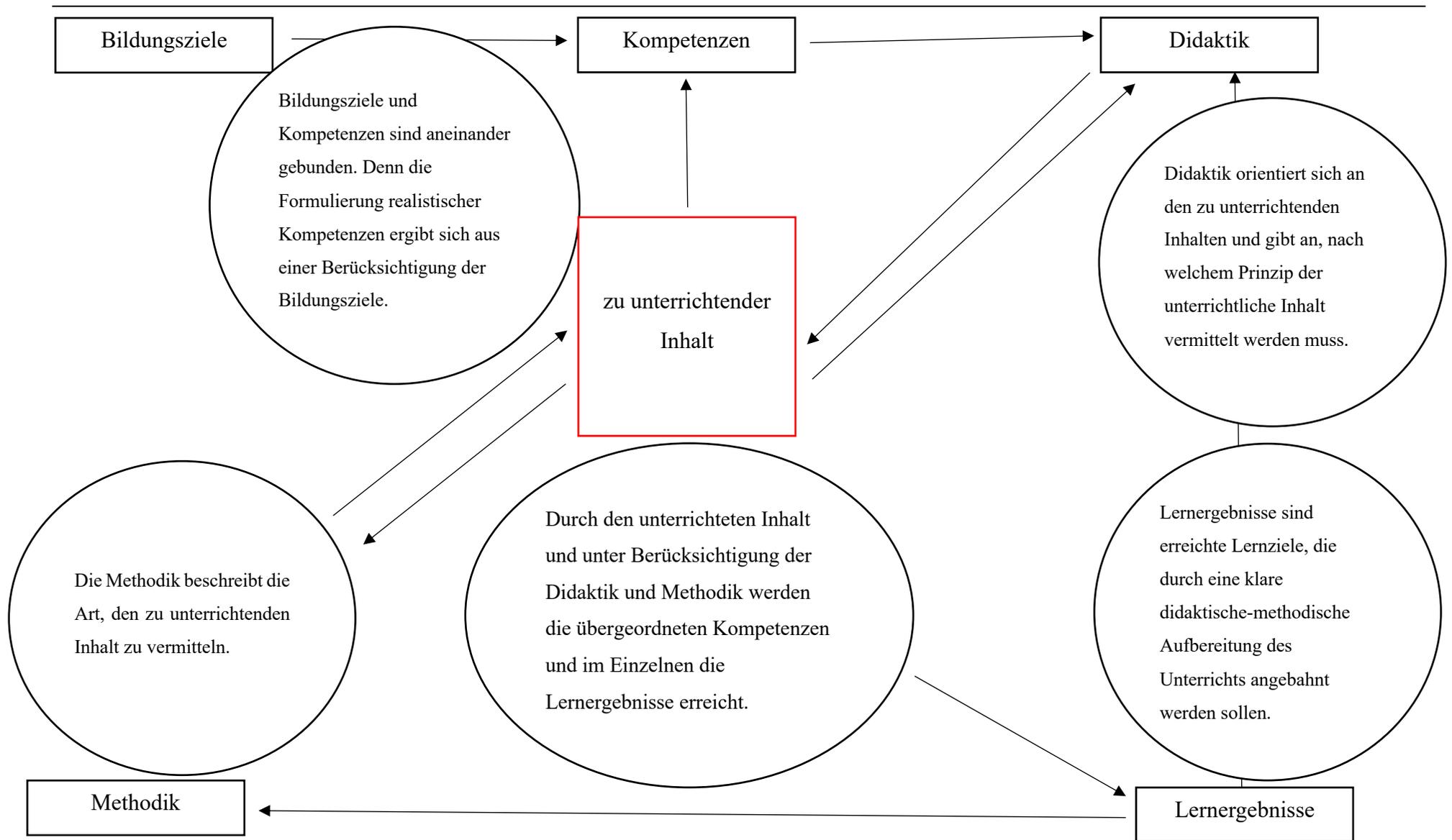


Abbildung 1: Darstellung des Zusammenhangs von Zielen, Kompetenzen, Inhalt, Methodik und Didaktik

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.1 Übergeordnete Bildungsziele am Beispiel der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe⁶

Übergeordnete Bildungsziele nach Klafki, wie Solidaritäts-, Mitbestimmungs- und Selbstbestimmungsfähigkeit der Teilnehmenden, werden in den Fokus eines Curriculums gestellt (Knigge-Demal, 2001, S. 43). Die (Weiter-) Entwicklung der Selbst- und Weitsicht sowie des Selbstverständnisses, die Reflexionsfähigkeiten zu sich selbst, zu anderen und zur Welt sowie die individuelle Persönlichkeitsentwicklung werden gefördert. Es gilt Kompetenzen zu entwickeln, mit denen die Betroffenen gestärkt und unterstützt werden, eigene Wege zu finden und Wünsche zu äußern. Dabei beachten die Teilnehmenden die Grundprinzipien von Empathie, Wertschätzung, Achtsamkeit und Kongruenz (PflAPrV, 2020, Anlage 1, § 7, KB II Abs. 1b). Sie sind in der Lage, die mit der Äußerung eines Todeswunsches verbundenen Phänomene zu beobachten und zu interpretieren – mit Hilfe der erforderlichen bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse – und dies in ihr Handeln zu integrieren (PflAPrV, 2020, Anlage 1, § 7, KB III. 2 c). Sie sind für die Gefühle und Gedanken von Menschen mit Todeswünschen und deren Angehörigen vor und nach der Eröffnung des Todeswunsches sensibilisiert. Sie sind in der Lage, die Kommunikation und Interaktion situationsbezogen zu gestalten und eine angemessene Information sicherzustellen. Sie nutzen für die Beratung der Betroffenen aktuelle, evidenzbasierte und an Leitlinien orientierte Erkenntnisse. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet seit 2011 eine S3-Leitlinie zum Umgang mit Suizidalität, welche 2024 veröffentlicht werden soll (AWMF, o.J., o.S.). Die Teilnehmenden können Menschen mit Todeswunsch ihrem Kenntnisstand entsprechend unterstützen und begleiten (PflAPrV, 2020Anlage 1, § 7, KB I. Abs. 1 a, b, f, h).

Die Bildungsziele orientieren sich maßgeblich an der pflegerischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV), die sich aufgrund der übergreifenden berufsschulischen sowie hochschulischen Ausrichtung auf ein multiprofessionell angelegtes Bildungsangebot übertragen lassen. Hier wurden im Rahmen der curricularen Einheit (CE) 08 Bildungsziele formuliert, die das Thema „Tod und Sterben“ und damit einhergehend die Suizidassistenz aufgreifen (Fachkommission § 53 PflBG, 2020, S. 128-148).

⁶ Dieses Beispiel kann auf andere Ordnungen und Richtlinien übertragen werden, z.B. auf die Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Um eine differenzierte didaktisch-methodische Aufbereitung der Bildungsinhalte vorzunehmen, erfolgte eine umfassende, gründliche und zielorientierte Sachanalyse (Engelhard & Otto, 2020, S. 328) zum Thema Umgang und Begleitung zur Suizidassistenten.

Die Sachanalyse setzt eine möglichst umfassende themenadäquate Literaturrecherche und -auswertung voraus. Sie orientiert sich im Rahmen der curricularen Entwicklung zum Thema Suizidassistenten am Erwerb themenspezifischer Kenntnisse und Einstellungen, der Erschließung der Sachstruktur und der Auswahl der Themenschwerpunkte (Engelhard & Otto, 2015, S. 328). Die Sachanalyse kann hier auch als detaillierte fachwissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Bildungsinhalten des vorliegenden Curriculums verstanden werden und gibt Orientierung zur Beantwortung der Frage: „Was soll unterrichtet werden?“ (Meyer, 2020, S. 177). Die Inhalte der einzelnen Module stützen sich auf die Aussagen von Expert:innenworkshops und Einzelinterviews⁷. Aufgrund begrenzter Unterrichtszeiten sind die Dozent:innen angehalten, eine didaktische Reduktion vorzunehmen. Siebert (2012, S. 207) beschreibt die didaktische Reduktion als gezielte Auswahl der für das Lehren und Lernen benötigten Sachverhalte aus einer großen Menge an Material. Schmal (2017, S. 66-67) empfiehlt nach der quantitativen Reduktion der Inhalte die Durchführung einer qualitativen Reduktion. „Bei dieser wird das Wissen an den Komplexitätsgrad der Lernenden angepasst. Der Komplexität werden Beispiele beigelegt, die das Verständnis verbessern. Letztlich erfolgt eine logische Strukturierung der Inhalte“ (Schmal, 2017, S. 67).

6. Fachdidaktische Analyse

Die Auswahl der Bildungsinhalte, die im Rahmen des Curriculums vermittelt werden sollen, erfolgt in Anlehnung an die fachdidaktische Analyse nach Darmann-Finck (2009, S. 5). Darmann-Finck verfolgte mit ihrem Analysemodell im Rahmen der interaktionistischen Pflegedidaktik das Ziel, eine berufsbezogene Didaktik zu entwickeln (2010, S. 38). Die „Bildungsanlässe“ der Teilnehmenden haben hier ein Eigenrecht. Hervorgehoben werden die Schlüsselprobleme der Berufswirklichkeit.

⁷ Weiterführende Informationen ⁷ Weiterführende Informationen: Castellanos-Herr, NR., Sandt, R. „Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenten in Deutschland“ (2023) Pallia Med Verlag. ISBN 978-3-933154-96-5

„Unterricht wird als kommunikativer Aushandlungsprozess verstanden, in dem sowohl Lehrende als auch Lernende Gestalter und zugleich Rezipienten sind. Die Lernenden können in diesem Rahmen mit geeigneten hermeneutischen Verfahren dazu ermuntert werden, erkenntnisfördernde Fragen zu stellen“ (Darmann-Finck, 2010, S. 238-239). Die Selbst- und Weltverständnisse der Teilnehmenden aller Berufsgruppen werden hervorgehoben und gefördert. Dozent:innen können die Unterrichtsthemen und die konkrete Unterrichtsplanung reflektieren und anpassen. Dabei sollen Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität der Teilnehmenden einbezogen werden (Darmann-Finck, 2010, S. 239).

Mit Hilfe der fachdidaktischen Kategorien der heuristischen Matrix werden berufliche Themen und Situationen hinsichtlich ihres Bildungspotenzials herausgearbeitet. Darmann-Finck (2009, S. 8) beschreibt pflegeberufliche Schlüsselprobleme als „komplexe und mehrdimensionale berufliche Konflikt-, Problem- und Dilemmasituationen, die auf der Grundlage von Berichten Lernender gewonnen werden“. Diese Situationen werden als Lernsituationen beschrieben und basieren auf den Schlüsselproblemen.

Die beschriebene Didaktik bildet die Grundlage für die Entwicklung des multiprofessionellen Curriculums. Hierbei werden alle Teilnehmenden der Aus-, Fort und Weiterbildung zum Prozess vom geäußerten Todeswunsch bis zur möglichen Durchführung der Suizidassistenz mitbedacht. Die Charakteristika Selbstbestimmung, Mitbestimmung, Solidarität, Schlüsselprobleme und berufliche Wirklichkeit lassen sich auf alle Berufsgruppen übertragen.

6.1 Die Rolle der Palliativmedizin/Palliative Care im Kontext der Suizidassistenz

Die Geschichte der Hospizbewegung und Palliativmedizin begann mit zunehmender Technisierung der Medizin in den 1960er Jahren. Cicely Saunders gründete 1969 das St. Christopher's Hospice in London und konkretisierte hier ein umfassendes, interprofessionelles, konsequentes auf die Belastungen der Patient:innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen und ihres sozialen Umfeldes fokussierendes Behandlungs- und Begleitkonzept (Alt-Epping, 2018, S. 20).

Die WHO definiert Palliativmedizin/Palliative Care „als ein[en] Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten [und Patientinnen, d. Verf.] und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO, 2002, o.S.).

Palliativmedizin ist nach Definition der DGP (Radbruch, Nauck & Sabatowski, o.J., o.S.) „die Behandlung von Patienten [und Patientinnen, d. Verf.] mit einer nicht heilbaren progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Palliativmedizin soll sich dabei nicht auf die letzte Lebensphase beschränken. Viele Grundsätze der Palliativmedizin sind auch in frühen Krankheitsstadien zusammen mit der kausalen Therapie anwendbar. Palliative Zielsetzungen können in verschiedenen organisatorischen Rahmen sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich verfolgt werden“ (Radbruch, Nauck & Sabatowski, o.J., o.S.).

Beide Definitionen setzen Meier und Sitte (2019, S. 3) zufolge „die Akzeptanz des Sterbens als natürlichen Prozess am Ende des Lebens voraus“. Alt-Epping (2018, S. 22) beschreibt als übergeordnete Ziele der Palliativmedizin/Palliative Care die gesellschaftliche Bewusstmachung von Leid und Sterben, das Aufzeigen verschiedener Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten und kultureller Aspekte in Bezug auf die Begleitung in schwerer Krankheit und am Lebensende. Alt-Epping (2018, S. 20) hebt gesellschaftliche Einstellungen hervor, nach denen onkologische Erkrankungen vermehrt mit Betroffenheit, Kontrollverlust und als unheilbar assoziiert werden. Menschen mit einer fortgeschrittenen lebenslimitierenden Erkrankung (onkologischen und nicht-onkologische) Erkrankungen leiden häufig zusätzlich auch an Symptomen wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit, Schwäche und Müdigkeit.⁸ Mit der Studie „Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: What are the problems?“ wurde die Rolle der nicht-malignen Erkrankungen in der spezialisierten stationären Palliativversorgung in Deutschland beleuchtet und die damit verbundenen Anforderungen in Bezug auf Arbeitsbelastung und Ressourcenplanung im Rahmen von Palliative Care untersucht. (Ostgathe et al., 2011, S. 149). In Bezug auf die Suizidassistentz bietet diese Studie interessante Ergebnisse und Denkanstöße, da auch der Todeswunsch bei jeder lebenslimitierenden Erkrankung auftreten kann

⁸ Luftnot ist z.B. Leitsymptom bei COPD, Schmerzen bei Herzinsuffizienz, Angst vor Luftnot bei ALS. Müdigkeit und Schwäche sind die häufigsten Symptome bei Tumorpatient:innen, viel häufiger als Schmerzen oder Luftnot.

und nicht nur bei onkologischen Grunderkrankungen. Die Palliativmedizin/Palliative Care wird in der Gesellschaft und im medizinischen Kontext häufig nur mit sterbenahen Situationen und der Begleitung von Sterbenden in Zusammenhang gebracht (Alt-Epping, 2018, S. 21). Palliativmedizinische Ansätze sollten frühzeitig und ergänzend in die kausale Therapie eingebunden werden und Unterstützungsangebote für den Bedarfsfall aufzeigen, Themen in Bezug auf das Lebensende offen ansprechen, mögliche Notfallsituationen transparent machen und Betroffene und Angehörige auf den weiteren Krankheitsverlauf vorbereiten. Studien zeigen bei frühzeitigem Einbezug einer palliativmedizinischen Versorgung positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Im Vordergrund steht hier häufig die Linderung von Schmerzen (Alt-Epping, 2018, S. 21). Cicely Saunders formulierte mit dem Begriff „total pain“ eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen unter Einbezug seiner physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Einstellungen und Wahrnehmungen in Bezug auf Leid und Schmerz (Saunders, C. (1967). The management of terminal pain. London, Edward Arnold). Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit und Krankheit nach Engel(1977) bezieht alle vier Dimensionen in die Behandlung von Menschen mit ein. Stanze & Stanze (2019, S. 299) ergänzen hier den interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz „das Leiden entsprechend zu lindern, um Lebensqualität wiederherzustellen“. Im Rahmen der Palliativmedizin kommt Alt-Epping (2018, S. 20) zufolge, „die Erwartung von Fürsorge und Begleitung [...] weit deutlicher zum Ausdruck als der medizinisch-therapeutische Anspruch einer Verbesserung der physischen und psychosozialen Rahmenbedingungen, der jedoch gleichermaßen zum palliativmedizinischen Grundverständnis gehört“.

Im Zusammenhang mit den Gesetzesänderungen zum §217 wurde im Dezember 2015 das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) verabschiedet. Mit Stärkung dieses Gesetzes soll Todeswünschen von Betroffenen und damit der Suizidassistentz mittels frühzeitiger Leidenslinderung entgegengewirkt werden.

6.2 Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen

Der Wunsch zu sterben kann sich aus verschiedenen Gründen entwickeln und unter verschiedenen Umständen geäußert werden (Lindner & Voltz, 2020, S. 418). Im Rahmen der ersten Diskussionen um den assistierten Suizid untersuchten Rosenfeld et al., (1999, S. 94) HIV-Patienten und -Patientinnen im Abstand von zwei Monaten mittels Fragebögen zur Selbsteinschätzung (Schedule of Attitudes toward Hastened Death) hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität von Todeswünschen. Es wurde festgestellt, dass die Schwere der Hoffnungslosigkeit in einem signifikanten Zusammenhang mit der Entwicklung des Wunsches zu sterben steht. Dem Schweregrad der Depression konnte – bezogen auf die geschilderte Studie – hingegen kein bedeutender Einfluss auf den Wunsch, sterben zu wollen, zugeschrieben werden. Weiter steht die Zu- oder Abnahme von Todeswünschen nicht im Zusammenhang mit demographischen Daten wie Geschlecht, Alter, Ethnie oder Ausbildung (Rosenfeld et al., 1999, S. 97). Auf die „Ambivalenz und Vieldeutigkeit von Suizidwünschen, auch wenn sie im Einzelfall nachvollziehbar sein mögen“, weisen Jansky, Jaspers, Radbruch und Nauck (2017, S. 96) hin. Sterbewünsche schwerkranker Menschen werden häufig mit Depression und Hoffnungslosigkeit in Verbindung gebracht. Den Wunsch zu sterben, begründet Feichtner (2022, S. 3) aus einer aktuellen Situation heraus, wie z.B. dem Leidensdruck aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen. Lindner und Voltz (2020, S. 413) sehen im Zusammenhang mit dem Wunsch nach „Beschleunigung des Sterbens die Dimension der Akzeptanz des Todes im Sinne einer Lebenssattheit“. Lindner, Foerster und von Renteln-Kruse (2013, S. 443-444) beschreiben Lebensmüdigkeit als „eine Form der Suizidalität ohne konkrete Vorstellungen und ohne Handlungsdruck, jedoch mit Leidenserfahrung“.

Laut Jansky et. al.(2017, S. 96) überwiegt bei Patient:innen, die einen Sterbewunsch äußern, die Bitte um aktive Sterbehilfe, d. h. Tötung durch den Arzt auf Verlangen, gegenüber dem Wunsch nach Beihilfe zum Suizid. Feichtner (2022, S. 4) weist darauf hin, den Sterbewunsch nicht zwangsläufig als Suizidalität zu interpretieren oder mit der Aufforderung zur Suizidassistenz gleichzusetzen. Das White Paper on Euthanasia and Assisted Suicide der European Association for Palliative Care (Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliative Med. 2016;30(2):104-16) betont, dass Fragen nach Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistiertem Suizid komplexe Ursachen haben, die persönliche,

psychologische, spirituelle, soziale, kulturelle, wirtschaftliche und demographische Faktoren umfassen können.

Balaguer et al. (2016, S. 8) konnten in ihrer Arbeit verschiedene Faktoren identifizieren, die einen vorzeitigen Sterbewunsch auslösen können. Sie beziehen sich auf „physische Symptome (entweder aktuell oder antizipiert), psychologischer Distress (z.B. Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst), existenzielles Leiden (z.B. Verlust von Lebenssinn) oder soziale Aspekte (z.B. das Gefühl eine Last zu sein)“ (Balaguer et al. 2015, S. 8). Rodríguez-Prat et al. (2017, S. 1) sehen den vorzeitigen Sterbewunsch im Kontext einer fortgeschrittenen Erkrankung als Reaktion auf die beschriebenen Faktoren.

Kremeike et al. (2021, S. 3598) bestätigen mit ihrer Definition den Todeswunsch als komplexes Phänomen mit individuellen Ursachen, Ausprägungen und Folgen bei Menschen mit einer lebenslimitierenden Erkrankung. Jansky et al. (2017, S. 92) diskutieren den Wunsch von Patient:innen, zu sterben, als Ausdruck der Belastung für Familie und Gesellschaft. Äußern Patienten direkt oder indirekt den Wunsch nach einer Beschleunigung des Sterbens, könnte dies nach Anstey et al. (2016, S. 11) ein Hinweis darauf sein, dass das Leben aus Sicht der Betroffenen nicht mehr lebenswert ist. Feichtner (2022, S. 4) teilt diese Vermutung und sieht den Sterbewunsch als „Ausdruck einer dramatischen Überforderung des Patienten, der Patientin und er macht die Not und die Verzweiflung deutlich, in der er/sie sich befindet. Sterbewünsche können damit auch einen Hilferuf darstellen“. Der Sterbewunsch kann im Moment der empfundenen Ausweglosigkeit zunächst etwas Entlastendes haben und dem Menschen ein Gefühl der Selbstbestimmung zurückgeben (Kapitany, 2022, S. 185).

Lindner und Voltz (2020, S. 417) unterscheiden Todeswünsche nach: „akut und nicht akut vorhanden, hypothetisch für zukünftige Situationen und einer generellen Zustimmung zum Sterben ohne aktuelle Äußerung eines Todeswunsches“.

Feichtner unterscheidet (2022, S. 6) drei Kategorien zu sterben:

- Hypothetischer Ausstiegsplan: wird selten kommuniziert
- Ausdruck tiefer Verzweiflung: meist ein vorübergehendes Phänomen
- Ausdruck der Bewältigung und Manifestation des Abschiedes

Im Rahmen ihrer Studie befragten Jansky, Jaspers, Radbruch & Nauck (2017, S. 89) DGP-Mitglieder u. a. dazu, wie sie mit Sterbewünschen von Patient:innen konfrontiert werden und wie

sie zum berufsrechtlichen Verbot des ärztlich assistierten Suizids eingestellt sind. Mitarbeitende in der Palliativversorgung sehen sich häufig mit Sterbewünschen konfrontiert. Die Autor:innen betonen, dass die Äußerung eines Sterbewunsches ein „Zeichen des Vertrauens gegenüber den Behandlern und das Gespräch darüber eine Entlastung für die Betroffenen“ darstellen kann (Jansky, Jaspers, Radbruch & Nauck, 2017, S. 92). Feichtner (2022, S. 3) sieht Pflegepersonen als erste Kontaktpersonen dieser Wünsche. Dies begründet Dörmann (2022, S. 71-72) im Rahmen der SEILASS-Studie (Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz) mit der „beruflichen Nähe der Pflegepersonen zu den Patienten als Ansprechpartnerinnen für Sterbewünsche“. Hier macht Dörmann (2022, S. 72) auf die individuell geprägte Beurteilung der Sterbewünsche und die eigene Haltung der Pflegepersonen aufmerksam. „Die eigene Einstellung zum (Weiter-) Leben und Tod sowie auch die Haltung gegenüber der Suizidassistenz nehmen bei den Pflegefachkräften Einfluss auf die Beurteilung (Nachvollziehbarkeit) des Sterbewunsches. Insbesondere die Haltung ist hier ein relevanter Aspekt“ (Dörmann, 2022, S. 72). Im Vergleich zu Ärzt:innen stehen Pflegenden nach Zenz (2017, S. 7) lebensbeendenden Praktiken insgesamt positiver gegenüber. Dies kann jedoch auch dadurch verstärkt werden, dass letztendlich die Ärzt:innen diejenigen sind, die diese Praktiken dann auch umsetzen müssen und die diese Verantwortlichkeit scheuen.

Lindner und Voltz (2020, S. 427) empfehlen zum Umgang mit Todeswünschen ein vierstufiges Schema, bestehend aus: Wahrnehmung, Verständnis, kompetenter Begleitung und Suizidprävention. Weiter zeigen die Experten zwölf Strategien und Techniken im Umgang mit potentiellen Todeswünschen auf, wie z.B. die Erkundung des psychischen und spirituellen Befindens der Patient:in, die Wahrnehmung der eigenen Gefühle im Gespräch mit den Patient:innen, der Durchführung von Supervisionen und Fallbesprechungen. Der Äußerung eines Sterbewunsches sollte nach Feichtner (2022, S. 8) mit „Priorität, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit sowie hoher professioneller und kommunikativer Kompetenz“ begegnet werden. Im Rahmen der Kommunikation soll der Sterbewunsch ernstgenommen und auf keinen Fall verharmlost werden. Mittels aktiver Rückfragen ist zu ermitteln, ob die Äußerung richtig verstanden wurde: „Was ist es, das Sie so verzweifeln lässt? Was halten Sie nicht mehr aus? Was belastet Sie am meisten? Warum ist dieser Wunsch gerade jetzt so deutlich?“ (Feichtner, 2022, S. 9). Liegt ein Sterbewunsch vor, sollten die Angehörigen im Einvernehmen mit der Patient:in in das Gespräch einbezogen werden (Lindner & Voltz, 2021, S. 438). Rodriguez et al. (2017, S. 11.) halten es für

vorteilhaft, Patient:innen mit einem potenziellen Sterbewunsch proaktiv auf diesen anzusprechen, noch bevor diese ihn ggf. selbst äußern.

Aufbauend auf der Studie von Kremeike et al. (2018) „The desire to die in palliative care: Optimization of management (DEDIPOM)“ entwickelten Frerich et al. (2020) ein bedarfsorientiertes Trainingskonzept zur Kommunikation über den Wunsch zu Sterben mit den Schwerpunkten: Aspekte der Gesprächsführung, Einordnung – Bedeutung – Funktion von Todeswünschen, Reflexion (bewusster Umgang mit der eigenen Haltung und Emotionen, Selbstschutz), weitere Handlungsoptionen.

Lindner und Voltz (2021, S. 439) empfehlen Behandlungsteams, die Patient:innen mit Sterbewunsch begleiten, die Teilnahme an Angeboten, wie z.B. „Fallbesprechungen, Seelsorge und Supervision [...] sowie Ethikberatung [...] und Fortbildungen“. Der respektvolle Umgang mit einem Suizidwunsch gilt als wichtige Grundhaltung im Rahmen der Suizidprävention (Kapitany, 2022, S. 188).

6.3 Suizidprävention und Krisenintervention

Im deutschen Gesundheitswesen beschreibt Prävention „zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern“ (BMG, 2019, o.S.). Suizidprävention ist nach Wolfersdorf und Etzersdorf (2023, S. 110) „die Verhütung der Umsetzung von Suizidgedanken in suizidale Handlungen“. Mit der Förderung „suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft (suiKum)“ sorgt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) für öffentliche Aufklärung zum Thema Suizid mit dem Ziel, Vorurteile und Fehlvorstellungen zu reduzieren und die Akzeptanz suizidpräventiver Angebote zu fördern (BMG, 2022, o.S.). Im Rahmen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, „einer Initiative aus mehr als 90 Institutionen, Organisationen und Verbänden, [...] werden im suiKom-Projekt durch thematisch-definierte Arbeitsgruppen wissenschaftlich begründete Vorschläge für Aktivitäten und Interventionen entwickelt“ (BMG, 2022, o. S.). NaSpro wurde auf der Grundlage der WHO-Empfehlung „Preventing Suicide: a Global Imperative“ entwickelt. Die NaSpro-Arbeitsgruppe

„Suizidprävention in der medizinischen Versorgung“ beschreibt das Thema in diesem Kontext auf Grund verschiedener struktureller Bereiche und unterschiedlicher Risikogruppen als komplex (Schneider et al., 2021, S. 170). Suizidprävention im Gesundheitswesen wird von den Autoren vor allem als indizierte und selektive Suizidprävention gesehen. Selektive Suizidprävention setzt bei ersten erkennbaren Risikofaktoren an, während indizierte Suizidprävention auf Personen abzielt, die bereits suizidales Verhalten zeigen (Greul, 2020, o.S.).

In Bezug auf die Suizidprävention in der medizinischen Versorgung identifizierten Schneider et al. (2021, S. 184) die Notwendigkeit folgender Maßnahmen:

1. „die kontinuierliche Förderung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland,
2. Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Thema Suizidalität und Suizidprävention,
3. (Weiter-)Entwicklung und regelmäßige Aktualisierung von Leitlinien, Standards und Empfehlungen,
4. Verbesserung der Nachsorge und der Postvention, insbesondere in der Notfallversorgung und die Vernetzung der einzelnen Bereiche“.

Darüber hinaus sollen u.a. die Enttabuisierung der Suizidthematik und die Endstigmatisierung psychischer Erkrankungen durch Öffentlichkeitsarbeit gefördert, Notrufnummern bekannt gemacht, psychotherapeutische Krisenintervention und Langzeitpsychotherapie etabliert und die Versorgung der Angehörigen von Suizidenten, nach Suizid wie nach Suizidversuch, intensiviert werden. (Schneider et al., 2021, S. 184).

Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) sehen einen Zusammenhang von Suizidprävention und Krisenintervention. Der Begriff Suizidprävention wird eher mit medizinischen Bereichen wie der Psychiatrie in Verbindung gebracht, während Krisenintervention im Bereich der psychosozialen Beratung gesehen wird. Unter Krisenintervention verstehen Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 111) Maßnahmen zur „Bewältigung einer aktuell als belastend und die eigenen Ressourcen übersteigend erlebten Situationen [...], um die Entwicklung in Suizidalität hinein zu verhüten“. Das Erkennen und Bewerten von Risikofaktoren ist ein wichtiger Aspekt der Suizidprävention. Die WHO (2014, S. 31) beschreibt mögliche Risikofaktoren auf den verschiedenen Ebenen: „Gesellschaft, Gemeinschaft, Beziehungen und Individuum“. Diesen Ebenen ordnen Schneider et al. (2021, S. 173) bestimmte Handlungsfelder und spezifische

Risikofaktoren zu (siehe Tabelle 1). Wentseis (2022, S. 45) ergänzt hier die Bedeutung der Wahrung und Achtung der Selbstbestimmung.

Tabelle 1: Handlungsfelder mit spezifischen Risikofaktoren für Suizid

Psychische Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> - Affektive Störungen (Depression, bipolare affektive Erkrankung) - stoffgebundene und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen - schizophrene Psychosen - Essstörungen (insbesondere Anorexia nervosa) Persönlichkeitsstörungen - Anpassungs- und Belastungsstörungen
Amnestische Variablen	<ul style="list-style-type: none"> - Suizid in der Familienanamnese, früherer Suizidversuch
Somatische Erkrankungen und ihre Folgen	<ul style="list-style-type: none"> - onkologische Erkrankungen - chronische somatische Erkrankungen - lebensbedrohliche und -limitierende Diagnosen - körperliche Funktionseinschränkungen, anhaltende Schmerzen - negative soziale Folgen der Erkrankung (Partnerschaft, Finanzen, Teilhabe etc.)
Soziale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - Familiäre Situation - Berufs- und Arbeitssituation - Migration inkl. Flucht - Kultur und Religion - Wohnsituation
Personale Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> - LGBTQ (lesbian, gay, bisexuell, transgender, queer) - männliches Geschlecht - höheres Lebensalter - Entscheidungshoheit/Selbstbestimmung

Quelle: Schneider et al., 2021, S. 173

Die Kenntnis der unterschiedlichen Suizidpraktiken ist unerlässlich, um lebensrettende präventive Maßnahmen konzipieren und im besten Fall auch umsetzen zu können. Die Einschränkung der Verfügbarkeit von Suizidmitteln (z.B. Waffen, Medikamente, Chemikalien, Sicherung von

Gebäuden) wird als eines der wirksamsten Mittel der Suizidprävention beschrieben (Müller et al., 2021, S. 41- 42).

Eine absolute Suizidprävention ist nach Wolfersdorf und Etzersdorfer (2023, S. 110) nicht realisierbar. Übergeordnetes Ziel der Suizidprävention ist aus Sicht der Autoren die weitere Erforschung und Beschreibung von Risikofaktoren, die zur Förderung des Verständnisses von Suizid und zur Schaffung besserer Rahmenbedingungen zur Verringerung von Suizidanslässen beitragen können.

6.4 Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken

Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) am Lebensende und bei schwerem Leid, bietet für Betroffene ohne Bewusstseins Einschränkungen eine Möglichkeit, selbstbestimmt durch das Einstellen von Essen und Trinken einen vorzeitigen Tod herbeizuführen und damit das unerträgliche Leid zu beenden (Ivanović, Büche & Springer, 2014, S. 2; Simon und Hoekstra, 2015, S. 1100). FVET wird synonym auch als freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) und Sterbefasten bezeichnet. Die Bezeichnungen wurden aus dem englischen (Voluntary Refusal of Food and Fluids (VRFF), Voluntary Stopping of Eating and Drinking (VSED)) übersetzt und haben sich in Deutschland etabliert.

Mit dem Begriff des Sterbefastens beschreiben Chabot und Walther (2021, S. 9) das Ziel des vorzeitigen Todes, welcher durch das Einstellen von Essen und Trinken herbeigeführt werden soll. Mit dem Begriff des Sterbefastens bleibt ungeklärt, ob es sich hier um ein Fasten im Sterbeprozess oder ein bewusstes Fasten zum Sterben handelt (Starke, 2020, S. 173). Der Verlust von Hunger und Durst im Verlauf eines natürlichen Sterbeprozesses ist laut Feichtner, Weixler und Birklbauer (2018, S. 355) häufig zu beobachten. Coors, Simon und Alt-Epping (2019, S. 9) bezweifeln, „dass der Begriff des Fastens eine angemessene Beschreibung des Vorgangs des FVNF ist“. Fasten als Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) und der damit verbundene Verzicht auf Genuss, ist eng mit religiösen Aspekten verbunden und dient in diesem Kontext z.B. der Reinigung und Buße. Wissenschaftlich konnte keine einheitliche Definition für FVET benannt werden.

Radbruch et. al (2019, S. 4) einigten sich mit Herausgabe des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin auf die Bezeichnung des freiwilligen Verzichts auf Essen und Trinken (FVET). „Die Bezeichnung „Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken“ wird bewusst bevorzugt gegenüber der Bezeichnung „Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit“, weil das Essen und Trinken mehr umfasst als nur die Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen (Radbruch

et al., 2019, S. 4). Radbruch et. al. (2019, S. 4) unterscheiden FVET von einer krankheitsbedingten Anorexia oder von einem Verzicht auf Essen und Trinken zur Reduktion der Belastungen durch Übelkeit und Erbrechen. FVET ist Gegenstand zahlreicher rechtlicher und ethischer Diskussionen. Im Vordergrund steht die Frage, ob es sich bei FVET um einen rechtlich als solchen definierten Suizid handelt. Suizid wird nach Wolfersdorf und Etzersdorfer (2021, S. 30) als eine bewusste und selbst herbeigeführte Handlung oder passive Unterlassung lebenserhaltenden Verhaltens beschrieben, durch die das eigene Leben willentlich beendet und damit der eigene Tod herbeigeführt wird. Laut Simon (2018, S. 10) wird die Entscheidung für den FVET nicht impulsiv getroffen und er betont, dass sie „in den ersten Tagen revidiert werden kann“. Im Positionspapier der DGP wird FVET als eigene Handlungskategorie definiert, also weder als Suizid noch als Behandlungsverzicht, weil Essen und Trinken ja keine medizinische Behandlungsmaßnahmen sind, und auch zwischen FVET und Suizid kategorische Unterschiede gesehen werden. So würde die Gegenmaßnahme nach einem Suizidversuch darin bestehen, den Magen auszupumpen oder ein Gegenmittel zu verabreichen, FVET würde als Gegenmaßnahme aber eine Zwangsernährung bedingen, was ethisch nicht zu rechtfertigen wäre.

„Die Diskussion wird dadurch verkompliziert, dass es primär nicht nur um die Frage geht, ob der FVET eine Form des Suizids ist oder nicht, sondern darum, welche moralischen Verpflichtungen sich ergeben, wenn ein Mensch den Wunsch nach FVET bzw. nach Begleitung beim FVET äußert“ (Coors, Simon, Alt-Epping, 2019, S. 7). „Eine ethisch sensible und reflektierte Abstimmung unter allen Beteiligten ist zu Beginn der Begleitung erforderlich“ und sollte als kontinuierlicher Prozess wiederholt werden (Richter-Kuhlmann, 2019, S. 1826). Die Aufgabe der am Prozess beteiligten Personen wie Ärztinnen/Ärzte und Pflegende ist es, auftretende Begleitsymptome zu lindern und das Wohlbefinden der Patientin/des Patienten zu erhalten (Feichtner, Weixler, Birklbauer, 2018, S. 356). Maßnahmen zur Symptomkontrolle von Mundtrockenheit, Verwirrtheit und zum Umgang mit geäußerten Wünschen nach Essen und Trinken sollten berücksichtigt werden (Richter-Kuhlmann, 2019, S. 1826). Weiter dürfen dem/der Betroffenen Nahrung und Flüssigkeit nicht vorenthalten werden. Der Verzicht auf Flüssigkeit fällt in der Regel schwerer, so dass manche Patient:innen die Flüssigkeitszufuhr nur allmählich reduzieren. Der Weg des FVNF erfordert allgemein von den Betroffenen und ihren Angehörigen Kraft und Entschlossenheit (Blickhardt, 2014, S. 592).

Die Begleitung beim FVET wird nicht als Hilfe zur Selbsttötung gewertet und ist ein Teil der medizinischen Sterbebegleitung. Die Tatherrschaft in Bezug auf den FVET liegt ausschließlich bei der sterbewilligen Person. Betreuende und andere Personen sind nicht an der Herbeiführung des Todes beteiligt (Feichtner, Weixler, Birklbauer, 2018, S. 356). Damit kann der FVET klar vom assistierten Suizid unterschieden und abgegrenzt werden. Es sei erwähnt, dass ein professionelles Team in der Begleitung von FVET vor besondere Herausforderungen gestellt wird und Gespräche auch unterhalb der Teammitglieder vor allem über mentale Belastungen gefördert werden sollten.

6.5 Palliative Sedierung

Die palliative Sedierung wird nach (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 112) im palliativmedizinischen Kontext verstanden als symptomorientierte Gabe von sedierenden Medikamenten zur Verminderung des Bewusstseinszustandes, „um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren“. Der Handlungsrahmen in Bezug auf eine palliative Sedierung wurde 2009 mit der Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung von der European Association for Palliative Care (EAPC) beschrieben. Die Leitlinie fordert den Einsatz einer palliativen Sedierung, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind (Surges et al., 2023)).

In der Fachliteratur wird vornehmlich der Begriff der palliativen Sedierung verwendet. Auf Grund der breitfassten Definition und der zumeist uneinheitlichen Verwendung der Begrifflichkeit sprechen Ostgathe et al. (2021, S. 10) bewusst von einer gezielten Sedierung mit dem klaren Ziel der Leidenslinderung. Auf Grundlage der zur Sachanalyse gewählten Literatur und den damit verbundenen Termini wird hier weiter der Begriff der palliativen Sedierung verwendet.

Als Indikationen der palliativen Sedierung werden u. a. unerträgliche körperliche oder seelische Leidenszustände, wie agitiertes Delir, Atemnot, Schmerzen, massive Blutungen und Krampfanfälle benannt (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Bozzaro und Schuldmann (2018, S. 289) sehen die Deutungshoheit des Leids zum einem bei dem Betroffenen selbst, weiter schätzen sie Mitarbeiter:innen eines Palliativpflegeteams als kompetent ein, Leid zu bewerten und objektiv festzustellen. Anders als beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken obliegt die Entscheidung zur Durchführung nicht allein dem Betroffenen. Die Einschätzung sollte der EAPC-Leitlinie zufolge durch eine/n in palliativen Fragestellungen erfahrene/n Ärztin/Arzt und nach Möglichkeit im interdisziplinären Team erfolgen (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). „Für den Hausarzt empfiehlt es sich im Rahmen der Indikationsstellung, Kontakt mit einem Palliativmediziner oder SAPV-Team aufzunehmen“ (Stanze & Stanze, 2019, S. 300). Im Vordergrund der Indikationsstellung steht eine ganzheitliche Erfassung nach physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Aspekten. Mit Hilfe der Anamneseerhebung, unter Berücksichtigung aller relevanten diagnostischen Ergebnisse, einer klinischen Untersuchung des/der Betroffenen und Einschätzung der Fähigkeit des/der Betroffenen, selbstbestimmt an der Entscheidungsfindung und Behandlung teilzunehmen, sollen „akute klinische Beeinträchtigungen durch behandelbare Komplikationen [...], wie z.B. Sepsis, reversible metabolische Störungen, Arzneimittelwirkungen, Pleuraergüsse, Perikardtamponaden, Ureterkompressionen, obere Atemwegsobstruktionen, Ileuszustände, akute Blutungen, Harnverhalt oder durch erhöhten Hirndruck verursachte Zustände“ ausgeschlossen werden (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Weiter sollte eine Einschätzung zur Lebenserwartung bzw. die Prognose eines möglichen Todeszeitpunkts erfolgen. Der in der Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung beschriebene Handlungsrahmen empfiehlt die frühzeitige Erörterung der Möglichkeiten und des Verfahrens einer palliativen Sedierung (Alt-Epping, Sitte, Nauck & Radbruch, 2010, S. 115). Die Patientenautonomie ist dabei zu wahren und die informierte Zustimmung („informed consent“) sollte sichergestellt sein (Alt-Epping, Schildmann & Weixler, 2016, o.S.). Eine palliative Sedierung wird nur nach eingehender Aufklärung und Zustimmung durchgeführt, dabei sollten die Angehörigen und beteiligten Mitarbeiter:innen einbezogen werden. Die Aus- und Nebenwirkungen einer palliativen Sedierung können nicht nur für die Patient:innen, sondern auch für das soziale Umfeld und Mitarbeitende belastend sein (Klinkhammer 2014, S. 1553). Die Aus- und Nebenwirkungen wie z.B. Inkontinenz und die damit verbundene Versorgung mit Inkontinenzmaterial oder ggf. die Versorgung mit einem Dauerkatheter, Interventionen zur

Dekubitusprophylaxe, zur Mundpflege und gegen Durstgefühl sowie Möglichkeiten der enteralen und parenteralen Ernährung sollten nach Stanze und Stanze (2019, S. 301) in die Aufklärungs- und Beratungsgespräche einfließen. Patient:innen haben das Recht auf Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen und auf Ablehnung jeder Form künstlicher Ernährung und Flüssigkeit, sodass dadurch ein baldiger Tod mit Sicherheit eintreten würde. „Wenn der Beginn einer kontinuierlichen Sedierung an die Bedingung der dann erforderlichen künstlichen Ernährung und Hydrierung geknüpft sein sollte, erhebt sich die Frage, ob der Patient nicht vor eine fragwürdige Alternative zum assistierten Suizid – nämlich Lebensverlängerung unter Bewusstseinsdämpfung oder Leidzumutung – gestellt würde“ (Neitzke, Oehmichen, Schliep & Würdehoff, 2010, S. 792). Alt-Epping, Schildmann und Weixler (2016, o.S.) weisen auf die unterschiedlichen Empfehlungen der Leitlinien in Bezug auf den Umgang mit lebensverlängernden Maßnahmen hin, wie z.B. die Durchführung einer Reanimation während der palliativen Sedierung. Hier gibt es Empfehlungen von gänzlichem Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen als Voraussetzung einer palliativen Sedierung, bis hin zu individuellen Absprachen mit den Patient:innen und deren Angehörigen. Die Diskussion über eine mögliche Beschleunigung des Todeseintritts kann auch in Bezug auf die Abgrenzung einer palliativen Sedierung von einer Suizidassistenz hilfreiche Erkenntnisse bringen. Unter Medizinern besteht in der Praxis die aus Sicht von Stanze und Stanze (2019, S. 300) „berechtigte Sorge, dass der Einsatz von Sedativa eine unbeabsichtigte Lebenszeitverkürzung bewirken kann“. Morita, Tsunada, Inoue und Chihara (2001, S. 286) konnten in ihrer Studie keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf eine Verkürzung der Lebenszeit zwischen Patient:innen, die keine Beruhigungsmittel und Patient:innen, die unterschiedliche Dosen von Beruhigungsmitteln erhielten, feststellen. Cherny, Radbruch und The Board of the EAPC (2009, S. 582) schätzen das Risiko einer Lebenszeitverkürzung für Betroffene in der Sterbephase im Vergleich zu dem Ziel, unerträgliches Leiden zu lindern, als zu vernachlässigen ein. Anders bewerten sie das Risiko für Patient:innen, die eine vorübergehende Linderung von unerträglichen Symptomen wünschen. In diesem Fall kann das Risiko eines möglicherweise beschleunigten Todes erheblich schwerer wiegen. Stanze und Stanze (2019, S. 300) exponieren die mögliche Herbeiführung eines früheren Todeseintritts bei massiver, dosiseskalierender oder unzureichend überwachter Sedierung. Der weitestgehend bestehende ethische Konsens, die Lebenszeitverkürzung als Effekt einer palliativen Sedierung als nicht akzeptabel zu bewerten, wird von Alt-Epping, Schildmann und Weixler (2016, o.S.) sowie Neitzke, Oehmichen, Schliep und Würdehoff (2010, S. 792) geteilt. Prado et al. (2018, S. 5)

bestärken, dass die palliative Sedierung bei adäquater Indikation und Durchführung unter Einhaltung der Leitlinienempfehlungen nicht zu einer Beschleunigung des Sterbens führt. Die Durchführungsformen der palliativen Sedierung werden in leicht und tief, sowie intermittierend und kontinuierlich unterschieden. Der Grad der Sedierung sollte der EAPC-Leitlinie (2009, S. 586) so niedrig wie möglich gewählt werden, so dass eine angemessene Linderung des Leidens gewährleistet werden kann. In Bezug auf Notfallsituationen am Lebensende sollte zuerst eine intermittierende oder leichte Sedierung angedacht werden. Bei Durchführung der „bewussten Sedierung“ sind die interaktiven Fähigkeiten der Patient:innen zu erhalten und trotzdem sollte eine angemessene Linderung des Leidens gewährleistet sein (Cherny, Radbruch & The Board of the EAPC, 2009, S. 586).

Die AEM bewertet den Einsatz der Sedierung als beabsichtigte, intendierte Lebensverkürzung als Missbrauch.

Die „Sedierung am Lebensende ist – wie andere palliative Maßnahmen auch – geeignet, den Wünschen nach Tötung auf Verlangen entgegenzuwirken“ (Neitzke, Oehmichen, Schliep & Würdehoff, 2010, S. 792). Lebensqualität steht im Zusammenhang mit einer palliativen Sedierung im Vordergrund. Durch Verminderung des Bewusstseinszustandes wird das Leid der Betroffenen erträglicher gestaltet. Ziel ist nicht der vorzeitig herbeigeführte Todeseintritt, wie bei aktiver Sterbehilfe oder der Suizidassistenz. „Damit entspricht die palliative Sedierung einem legalen Vorgehen als Mischform einer Hilfe beim Sterben statt Hilfe zum Tod“ (Prönneke, 2018, S. 370). Auch hierbei sollten mögliche Herausforderungen in der Begleitung im Team kommuniziert und mögliche mentale Belastungen proaktiv thematisiert werden werden.

7. Analyse der Lernvoraussetzungen

Die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an Modulen des Curriculums sind gesetzlich nicht geregelt. Zu empfehlen ist, dass sich die Gruppe der Teilnehmenden heterogen zusammensetzt. Da es sich um ein multiprofessionelles Curriculum handelt, werden die Bildungs- und Berufshintergründe der Teilnehmenden voneinander abweichen. Voraussetzung ist jedoch, beruflich oder ehrenamtlich schwer und-/oder schwerstkranken Menschen zu begegnen und im weiten Sinne mit dem Thema der Suizidassistenz konfrontiert zu sein.

Diese Entscheidung konnte durch Fachexpert:innen legitimiert werden (Castellanos-Herr, Sandt, 2023).

Da die Thematik der Suizidassistenz in Deutschland mit dem bundesverfassungsgerichtlichen Urteil vom Februar 2020 an Bedeutung gewonnen hat, ist davon auszugehen, dass Teilnehmende, wenn sie beruflich nicht mit dem Thema konfrontiert sind, über ein geringes Vorwissen zur Suizidassistenz verfügen. Als Bildungsgrundlage kann geringstenfalls das Thema „Tod und Sterben“ verstanden werden, da dieses bereits in den curricularen Vorgaben der grundständigen Schulbildung aufgegriffen wird.

Der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, mit welchen Inhalten zum Thema „Tod und Sterben“ Teilnehmende in ihrem vorausgegangenen Bildungsweg konfrontiert wurden:

Tabelle 2: Erworbene Kompetenzen in der allgemeinen Bildung

Bildungsformen	Fach	Inhalt/Kompetenz
Sekundarstufe II/ Gymnasium/Gesamtschule (Qualitäts- und Unterstützungs- agentur, Landesinstitut für Schule, 2022, S. 26)	Evangelische Religion	<ul style="list-style-type: none">Lernende vergleichen und systematisieren unterschiedliche Ansätze, angesichts der Erfahrung von Leid und Tod angemessen von Gott zu sprechen

	Katholische Religion	<ul style="list-style-type: none"> Lernende beschreiben Wege des Umgangs mit Tod und Endlichkeit
Sekundarstufe I/Jahrgang 9 (Qualitäts- und Unterstützungs- agentur, Landesinstitut für Schule, 2022, S. 18-20)	Philosophie	<ul style="list-style-type: none"> Die Frage nach Ursprung, Zukunft und Sinn, inhaltlicher Schwerpunkt: Sterben und Tod

Quelle: Qualitäts- und Unterstützungsagentur, Landesinstitut für Schule, 2022.

Die Fächer katholische und evangelische Religion stellen in der allgemeinen Schulbildung eine Vorbereitung auf das Thema „Tod und Sterben“ dar. Sowohl Religion als auch Philosophie wird nicht von jedem Teilnehmenden in der Schule belegt. Diejenigen, die nicht am Unterricht in den genannten Fächern teilgenommen haben, sind als Teilnehmende ohne thematische Vorbildung zu verstehen, welches die Bedeutung der Binnendifferenzierung in den Vordergrund rückt und den modularen Aufbau des Curriculums legitimiert.

Es erscheint sinnvoll, nach der Implementierung des Curriculums und einer ersten Durchführung der entsprechenden Schulungsmaßnahme eine Makroevaluation mit Hilfe der Merkmale zu formalen Gestaltungsaspekten und hinsichtlich der Anschaulichkeit und Handhabbarkeit des Gesamtcurriculums nach Hundenborn, Knigge-Demal & Raschper (2019, S. 7) durchzuführen.

8. Kompetenzniveaus nach DQR

In Anlehnung an den deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen, werden im Folgenden die zu erwerbenden Kompetenzen definiert, die durch die im Curriculum verorteten Bildungsinhalte angebahnt werden.

Der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) wurde 2013 vom Bildungsministerium für Bildung und Forschung (BMBF) entwickelt, um das Bildungssystem in Deutschland u.a. mit europäischen Qualifikationen vergleichbarer sowie die unterschiedlichen Qualifikationsabschlüsse in Deutschland transparenter zu machen. Für dieses Ziel wurden acht Kompetenzniveaus definiert, welche sich auf die Ebenen der Personal - und Fachkompetenz beziehen und darstellen, was für das Erlangen einer Qualifikation erforderlich ist. Zukünftig sollen auch nicht-formale Qualifikationen, wie z.B. die Teilnahme an Modulen zum Thema Suizidassistenz, gleichberechtigt im deutschen Qualifikationsrahmen verortet werden (BMBF, 2013, o.S.).

Mit heutigem Stand des deutschen Qualifikationsrahmens und mit Orientierung am Bildungsniveau von Palliative Care/Palliativmedizin (DGP, 2018, o.S.) wurden erste Kompetenzen für eine multiprofessionelle Zielgruppe entsprechend der anvisierten Kompetenzniveaus formuliert.

Die DGP beschreibt in ihrer „kompetenzbasierten berufsgruppenunabhängigen Matrix zur Erstellung von Curricula für die Weiterbildung curricularer Bildungsinhalte in Palliative Care/Palliativmedizin (KoMPaC)“ auf den Bildungsniveauebenen fünf und sechs „professionelle Akteure mit einem Arbeitsschwerpunkt Palliative Care oder die in ihrem Arbeitskontext wiederkehrend und häufig Menschen betreuen und behandeln, die an einer lebenslimitierenden Erkrankung leiden“ (DGP, 2018, o.S.). Auf den Ebenen sieben und acht werden professionelle Beteiligte beschrieben, die ausschließlich im Bereich der Palliative Care arbeiten und hierbei in Leitungspositionen sowie der Lehre und Forschung tätig sind, wobei die Moduleinheiten sich nicht ausschließlich an Akteur:innen der Palliative Care/Palliativmedizin richten.

Die Kompetenzen des Curriculums können dem Niveau fünf, sechs und sieben des deutschen Qualifikationsrahmens zugeordnet werden. Die Niveaubeschreibung stellt eine Kompetenzsteigerung dar und umfasst somit die Anforderungsstruktur auf hoher Komplexitätsstufe (BMBF, o.J., o.S.).

Kompetenzniveaus des deutschen Qualifikationsrahmens definieren sich über folgende Niveaustufen:

Niveau 5

Beschreibt Kompetenzen, die zur selbständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden (DQR, 2013, o.S.).

Niveau 6

Beschreibt Kompetenzen die zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen

Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.

Niveau 7

Beschreibt Kompetenzen, die zur Bearbeitung von neuen komplexen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem wissenschaftlichen Fach oder in einem strategieorientierten beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Die Anforderungsstruktur ist durch häufige und unvorhersehbare Veränderungen gekennzeichnet.

9. Didaktische Prinzipien und Empfehlungen

Mit dem evidenzbasierten, multiprofessionellen Curriculum für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenz in Deutschland sollen berufsbezogene und berufsübergreifende Qualifikationen vermittelt werden, die Teilnehmende zur Bewältigung der Anforderungen rund um das Thema Suizidassistenz befähigen. Somit müssen auch die Lernprozesse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung so gestaltet werden, dass Teilnehmende als aktiv und kritisch Lernende in ihrer Handlungskompetenz gestärkt werden (Arnold, Gomez Tutor & Kammerer, 2002, S. 32). Das heißt, dass sich eine kompetenz- und handlungsorientierte Didaktik in einer Weiterbildung lernendenzentriert und selbstgesteuert gestalten muss.

Durch die stetig wachsenden Anforderungen und Veränderungen der Berufswelt im Gesundheitswesen sind die Strukturierung von Arbeitsabläufen durch Selbststeuerung und eigenverantwortliches Handeln erforderlich. Somit ist die Kompetenz zum selbstgesteuerten Lernen unerlässlich und wird mit dem Konzept des lebenslangen Lernens verbunden. Arnold, Gomez Tutor und Kammerer (2002, S. 33) definieren selbstgesteuertes Lernen als einen aktiven Aneignungsprozess, bei dem die Lernenden über ihr Lernen selbst entscheiden. Dabei haben sie die Möglichkeiten, ihren eigenen Lernbedarf, die Interessen und Vorstellungen festzulegen und zu strukturieren, die notwendigen Ressourcen hinzuzuziehen (Lernangebote und Lernhilfen) sowie den Lernprozess auf Erfolg und Lernergebnisse auf ihren Gehalt hin zu bewerten. Dieser Definition von selbstgesteuertem Lernen liegt ein Verständnis zugrunde, das sowohl die lernvorbereitenden als auch die lernbegleitenden Aspekte des Lernprozesses einschließt.

Fallorientierte Didaktik

Im Rahmen der Entwicklung des multiprofessionellen Curriculums zum Umgang mit Suizidassistenz für die Aus-, Fort und Weiterbildung in Deutschland wurde unter Berücksichtigung bereits vorhandener Kompetenzen und möglicher Erfahrungen der Teilnehmenden in Bezug auf Suizidassistenz, die Subjektorientierung in den Vordergrund der didaktischen Prinzipien gestellt. So stehen sowohl die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Sterbewunsch und ihrer Angehörigen als auch die Wünsche und Erfahrungen der Teilnehmenden und damit eine konstruktivistische Sichtweise im Vordergrund. „Das Interesse liegt auf der Konstruktion der Wirklichkeit des Lernenden“ (Fachkommission § 53 PflBG, 2020, S. 10).

Mit Hilfe „reflexiver Methoden lernen Teilnehmende ihre bisherigen Erfahrungen mitzuteilen. Teilnehmende greifen auf diese Erfahrungen und Erkenntnisse anderer Teilnehmenden zurück und entnehmen, welche Zuschreibung und Bedeutung sie dem Lerngegenstand geben“ (Jürgensen & Saul, 2021, S. 38).

Die interaktionistische Pflegedidaktik nach Darmann-Finck, sowie die fallorientierte Didaktik schließen diese Aspekte ein. Darmann-Finck (2009, S. 5) beschreibt Lehren und Lernen als Prozesse der interaktiven Konstruktion und Dekonstruktion, deren Kern sich in einem interpersonalen Beziehungs- und Problemlöseprozess zwischen den an der Situation beteiligten Personen befindet. Übergeordnetes Ziel ist es, berufliche Schlüsselprobleme empirisch zu bestimmen. Dieses didaktische Modell lässt sich in Bezug auf die vorliegende curriculare Arbeit gut übertragen. Hier geht es insbesondere um Situationen von Menschen mit Suizidwünschen und die an den Prozessen von Suizidprävention und Suizidassistenz beteiligten Personen. Die interaktionistische Pflegedidaktik nach Darmann-Finck dient hier der Rahmendidaktik und wird durch die Fallorientierung in Anlehnung an Hundenborn ergänzt. Im Rahmen der fallorientierten Didaktik kann eine konkrete und möglichst reale Situation auf der Metaebene analysiert und gedeutet werden. Die Bearbeitung der Fallsituation ist für die Teilnehmenden weniger belastend und kann sachlich mit dem Ziel, mögliche Handlungsalternativen und Problemlösestrategien zu entwickeln, bearbeitet werden (Hundenborn, 2007, S. 78-79). Weiter können diese dann auf ähnliche Situationen in der Praxis übertragen werden und regen zur Reflexion an (Hundenborn, 2007, S. 40).

9.1.1 Erfahrungsorientierter Ansatz

Einen weiteren möglichen didaktischen Ansatz stellt die erfahrungsorientierte Didaktik nach Ingo Scheller dar. Bezogen auf die Aus-, Fort und Weiterbildung im Umgang mit dem Thema Suizidassistenz, sollen im erfahrungsorientierten Unterricht Teilnehmende die Möglichkeit haben, konfliktbehaftete Situationen, Erfahrungen, Fragen und Probleme zu thematisieren, welche in der beruflichen Praxis entstanden sind. Ziel ist es, dass Teilnehmende eigene Erfahrungen mit fremden Themen verbinden und sich sowohl der Situation als auch der dahinterstehenden fachlichen Thematik bewusst werden. Die Teilnehmenden nähern sich den fremden fachlichen Perspektiven und können dabei eigene Problemsituationen, Erfahrungen und Konflikte neu sortieren und für sich bearbeiten. Zudem erhalten sie die Möglichkeit, eine Haltung zu ihrem Handeln zu entwickeln (Poser, Schneider, Bohrer & Winkler, 2005, S. 163-165)

Da die Seminarteilnehmer:innen bereits mit emotional belastenden Situationen in Bezug auf das Thema Suizidassistenz konfrontiert waren oder diesen prospektiv ausgesetzt sein werden, eignet

sich für die Vermittlung im Umgang mit der Thematik Suizidassistenz der erfahrungsorientierte Ansatz nach Ingo Scheller.

Nach dem didaktischen Ansatz von Scheller, wird zu Beginn des Seminars die subjektive Bedeutung der Thematik fokussiert.

Im ersten Schritt sollen die Teilnehmenden sich an Erfahrungen oder Erlebnisse zurückerinnern, die für sie eine emotional herausfordernde Situation im beruflichen Alltag dargestellt haben. Diese Erfahrungen werden im Plenum vorgestellt. Die Vorstellung im Plenum dient dazu, Teilnehmer:innen einen Überblick über bereits gemachte Erfahrungen anderer beteiligter Personen zu verschaffen.

Im zweiten Schritt werden die Erfahrungen der Teilnehmenden verarbeitet. Die individuell gemachten Erfahrungen werden mit fachlichem Wissen verbunden. Die Dozierenden geben einen Wissensinput und übertragen die Kenntnisse auf die zuvor gesammelten Situationsbeschreibungen. Ziel ist, dass die Teilnehmenden die emotionale Komponente mit der Fachlichkeit verbinden. Dies hat zur Folge, dass sich der Zugang zur fachlichen Thematik für die Teilnehmenden leichter gestaltet. Sie können in dieser Phase durch die erlangte fachliche Grundlage in die konkrete Problemlösung der erlebten Situationen eintreten (Poser, Schneider, Bohrer & Winkler, 2005, S. 163-165).

Hierbei wird die Methode der kollegialen Beratung empfohlen (siehe Kapitel 3.2.3).

Das Anbahnen einer Haltung zum beruflichen Handeln oder zur beruflichen Situation wird im Curriculum in den Fokus gestellt. Über die didaktische Vorgehensweise nach Scheller wird es den Teilnehmenden ermöglicht, eine Haltung zur Situation zu entwickeln oder eine schon bestehende persönliche Haltung zu evaluieren.

10. Übergeordnete Lernergebnisse

Lernergebnisse kennzeichnen die Lernziele, die durch eine klare didaktisch-methodische Aufbereitung des Unterrichts angebahnt werden sollen. Die Vermittlung der Bildungsinhalte sollte

durch Fachexpert:innen mit hoher Expertise in Bezug auf die unterschiedlichen Themengebiete erfolgen. Das Curriculum mit multiprofessionellem Ansatz bietet die Möglichkeit zur Teilnahme aller an den Prozessen von Suizidprävention und Suizidassistenz beteiligten Personen sowie auch aller Interessierten aus dem Sozial- und Gesundheitswesen.

Mit der Modulübersicht werden die implementierten Bildungsinhalte im Zusammenhang mit Kompetenzen und Lernergebnissen präsentiert und erläutert. Lernergebnisse beschreiben das Wissensergebnis, welches ein Teilnehmender/eine Teilnehmende nach Abschluss eines Moduls erzielt hat (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 34). Der Bildungsexperte Bloom war der Annahme, dass sich Lernen als ein Prozess definiert und von einem Lehrenden begleitet werden muss. Im Rahmen des Prozesses gilt es, Ziele zu formulieren, welche durch die Lernenden erreicht werden sollen (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 35). Bloom definierte Lernergebnisse auf kognitiver, affektiver und psychomotorischer Ebene und ordnete diesen Ebenen Niveaustufen zu, welche er als Taxonomie bezeichnete (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 35-36). Die Taxonomien sind als Verben formuliert und hierarchisch gegliedert. So gibt die Niveaustufe durch die Verbformulierung an, welche Fähigkeit der Lernende erreichen soll. Bloom verfasste für die kognitive Domäne sechs Stufen, um das Wissen eines Lernenden zu bewerten:

1. wissen
2. verstehen
3. anwenden
4. analysieren
5. synthetisieren
6. evaluieren

Die kognitive Domäne bezieht sich auf die Ebene des Wissens und zeigt nach Bloom eine Kompetenzsteigerung im Rahmen des Wissenserwerbs (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 37-44). Neben der kognitiven Domäne formulierte Bloom noch die affektive (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 45-47) und die psychomotorische (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49-53) Domäne.

Bei der affektiven Domäne definierte er nur fünf Taxonomien, welche auf die emotionalen Komponenten des Lernens abzielen und ebenfalls das Lernergebnis eines Teilnehmenden bewerten:

1. empfangen
2. reagieren
3. werten
4. organisieren
5. charakterisieren

(Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 45-47).

Unter der psychomotorischen Domäne versteht Bloom die physischen Fertigkeiten eines/einer Teilnehmenden (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49). Die psychomotorische Ebene hat in der Bildungswissenschaft nur wenig Aufmerksamkeit erhalten, weshalb sie auch von weiteren Wissenschaftler:innen erweitert und anwendbar gemacht werden sollte. So wurde aus einem ursprünglich fünfstufigen Niveauelement, das sich aus den Ebenen

1. imitieren
2. manipulieren
3. präzisieren
4. koordinieren
5. naturalisieren

(Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 49-50) eine siebenstufige Hierarchie, welche sich aus den Ebenen:

1. wahrnehmen
2. festlegen
3. gelenktes Reagieren
4. mechanisieren
5. differenziertes freies Reagieren
6. adaptieren

7. kreieren

zusammensetzt (Mitchell, Gehmlich & Steinmann, 2008, S. 51)

11. Der Entwicklungsprozess des Curriculums

Castellanos-Herr und Sandt führten zur Generierung von wesentlichen Bildungsinhalten für das vorliegende Curriculum im Rahmen eines qualitativen Studiendesigns einen Expert:innenworkshop mit 17 Teilnehmenden aus Deutschland, einen multiprofessionellen Evaluationsworkshop mit elf Teilnehmenden sowie sieben Einzelinterviews durch. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. (Castellanos-Herr und Sandt 2023)⁹

Aus den Ergebnissen wurden zehn Module entwickelt, die konkrete Bildungsinhalte, didaktische Empfehlungen und Kompetenzformulierungen enthalten. Die folgende Abbildung 2 zeigt die entwickelten Kategorien, die zu den curricularen Inhalten führten:

⁹ Weiterführende Informationen: Castellanos-Herr, NR., Sandt, R. „Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenz in Deutschland“ (2023) Pallia Med Verlag. ISBN 978-3-933154-96-5

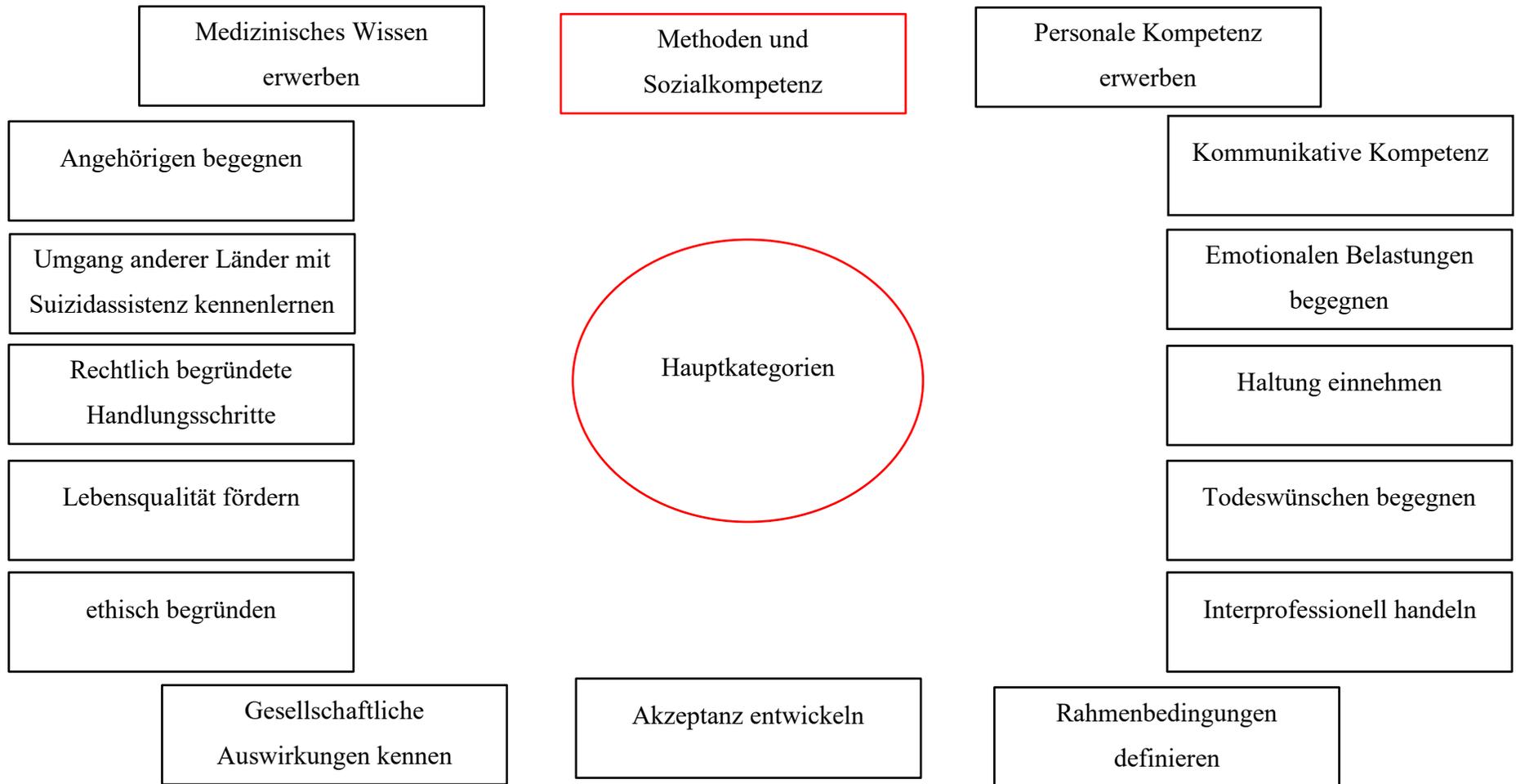


Abbildung 2: Übersicht der Hauptkategorien

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Erläuterung der Kategorien wird eine kurze Beschreibung vorgenommen. Weiterführende Erklärungen und dazugehörige Zitationen sind Castellanos-Herr und Sandt (2023) zu entnehmen.

Kategorie: Lebensqualität fördern

Eine von den Betroffenen als schlecht oder eingeschränkt empfundene Lebensqualität scheint häufiger Auslöser eines Todeswunsches zu sein. Dabei ist zu betonen, dass nur das Individuum selbst darüber befinden kann, welche Lebensumstände für ihr oder ihm lebenswert sind.

Ein Hauptgrund für fehlende Lebensqualität scheint für Menschen im höheren Lebensalter eine empfundene Einsamkeit zu sein, die den Wunsch verstärken kann, das Leben vorzeitig zu beenden. Im Rahmen der Lehre sollten deshalb die Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensbedingungen Berücksichtigung finden.

In Bezug auf einen geäußerten Suizidwunsches und der möglichen Durchführung einer Suizidassistenz sollte die individuell empfundene Lebensqualität untersucht und in Gesprächen mit den Betroffenen thematisiert werden. Durch die Verbesserung der Lebensqualität kann der individuelle Todeswunsch verändert oder sogar abgewendet werden.

Kategorie: Rahmenbedingungen definieren

Der Prozess vom Todeswunsch bis zur Durchführung der Suizidassistenz ist an verschiedene gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen gebunden.

Wenn Rahmenbedingungen auf gesetzlicher Ebene festgelegt sind, kann die Begleitung einer Suizidassistenz verantwortungsvoll in dem Wissen erfolgen, dass der assistierte Suizid keine Straftat darstellt und die am Suizid beteiligten Personen keine rechtlichen Konsequenzen zu erwarten haben, wenn sie nach den gesetzlichen Rahmenbedingungen handeln. Auf institutioneller Ebene können jedoch Regelungen bestehen oder festgelegt werden, die möglicherweise eine strikt ablehnende Haltung gegenüber der Suizidassistenz vermitteln – was den Umgang mit Todeswünschen und das Beanspruchen des Rechts auf Suizidassistenz erschwert. Stets muss der Umgang mit den bestehenden Rahmenbedingungen auch im Team der Mitarbeitenden in der Einrichtung thematisiert werden. Im Kontext der Organisationsentwicklung ist es somit notwendig, bspw. durch Inhouse-Schulungen, diese Rahmenbedingungen in den verschiedenen Institutionen und Organisationen zu diskutieren, zu formulieren und dann entsprechend zu implementieren. Hier können auch Überlegungen zur Finanzierung von z.B. Supervision notwendig sein.

Kategorie: Angehörigen begegnen

Der gesamte Prozess von der ersten Äußerung eines Todeswunsches bis zur möglichen Durchführung stellt An- und Zugehörige vor eine hohe emotionale Belastung und kann psychische Folgen bis hin zur Traumatisierung haben. Empfohlen wird eine frühzeitige Einbindung der An- und Zugehörigen in den gesamten Entscheidungsprozess, um diesen für die Bezugspersonen transparent und nachvollziehbar zu machen. Die Kategorie „Angehörigen begegnen“ zeigt eine Schnittstelle zur Kategorie „Kommunikative Kompetenzen erwerben“. Auch in Bezug auf die Begegnung mit An- und Zugehörigen empfiehlt sich ein spezifiziertes Kommunikationstraining, das auf die Gesprächsführung mit An- und Zugehörigen zum Umgang mit Todeswünschen sowie einer möglichen Suizidassistenz ausgerichtet ist.

Kategorie: Kommunikative Kompetenzen entwickeln und erweitern

Die Kommunikation von der Äußerung eines Suizidwunsches bis zur möglichen Durchführung der Suizidassistenz findet auf mehreren Ebenen statt. Relevant für die Lehre ist eine Betrachtung der verschiedenen Perspektiven sowohl aus Sicht der am Prozess Beteiligten, die in Kommunikation mit den Betroffenen stehen, als auch der im multiprofessionellen Team geführten Kommunikation.

Ein konkreter Suizidwunsch wird in der Regel im Rahmen von vertraulichen Gesprächen geäußert. Im Kontext der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist die (Weiter-)Entwicklung von Gesprächskompetenzen im Umgang mit Suizidwünschen (insbesondere mit dem Fokus auf einer angemessenen Reaktion und Weiterführung des Gesprächs) zu perpetuieren. Entsprechend sollten verschiedene Kommunikationsmodelle vorgestellt werden, wie z.B. das SPIKES-Modell, das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun oder die gewaltfreie Kommunikation auch im Hinblick auf das professionelle Führen von Kritikgesprächen im Team. Vermittelt werden sollte, dass diese Modelle reflexiv sind und nicht statisch in ihrer Anwendung genutzt werden können.

Darüber hinaus sollten die Teilnehmer:innen so geschult werden, dass sie im Rahmen der Betreuung und Pflege von Menschen mit intellektueller, komplexer und/oder psychischer Beeinträchtigung bzw. mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit das Thema offen auch mit dieser Personengruppe besprechen können, ohne diese in ihrer Entscheidung zu bedrängen oder zu beeinflussen. Unerlässlich für eine hilfreiche Kommunikation im Team ist eine Kommunikations- und Diskussionskultur, in der alle Kolleg:innen zu Wort kommen und Meinungen jeglicher Art wertgeschätzt werden. Hier besteht häufig

Optimierungsbedarf. Schwierige Themen offen anzusprechen, mit der eigenen Hilflosigkeit umzugehen und sie mit dem Team zu teilen sind Herausforderungen, mit denen die Teams konfrontiert sind. Fallbesprechungen und Supervisionen, wie diese z.B. im palliativen und psychiatrischen Kontext etabliert sind, unterstützen Teams in der Kommunikation über sensible und schwierige Themen wie Therapiezielbegrenzungen oder Suizidassistenten. Für die Entwicklung einer wertschätzenden Kommunikation, den Aufbau von Vertrauen im Team sowie von Verständnis für die Problemsituation können retrospektive Fallbesprechungen hilfreich sein. Die Anbahnung und Erweiterung der Kommunikationskompetenz sind ein Schlüsselement im Rahmen des Curriculums Suizidassistenten.

Kategorie: Offenheit und Verständnis entwickeln

Die Offenheit gegenüber dem selbstbestimmten Todeswunsch hat einen hohen Stellenwert. Es sollte als hohes Gut in der Arbeit gesehen werden, Todeswünsche zunächst zu hören, Offenheit zu signalisieren und den Wunsch anzunehmen. Das Recht auf Selbstbestimmung des betroffenen Menschen steht in dieser Kategorie im Mittelpunkt. Dabei wird hervorgehoben, dass der Suizid der eigenhändigen Durchführung der suizidalen Person selbst bedarf.

Bei erkennbaren körperlichen Leiden der Betroffenen fällt es den am Prozess Beteiligten oft leichter, den Wunsch nach Suizidbeihilfe zu akzeptieren, als bei Menschen mit nicht äußerlich erkennbaren psychischen Einschränkungen. Die Kategorie „Akzeptanz gegenüber Betroffenen entwickeln“ zeigt eine Verbindung zur Kategorie „Medizinisches Wissen erwerben“, mit der auch das Wissen über psychische Krankheitsbilder kodiert wurde, die mit einem Sterbewunsch einhergehen können.

Mit der Kategorie „Akzeptanz der Entscheidungshoheit der Prozessbeteiligten entwickeln“ wird die Selbstbestimmung der Personen, die am Prozess beteiligt sind, berücksichtigt. Die Begleitung der Suizidbeihilfe vom Beginn der Äußerung des Sterbewunsches bis zur Durchführung des Suizids muss an eine individuelle Entscheidung der am Prozess Beteiligten gebunden sein. Keine Berufsgruppe darf von der Institution zur Unterstützung des Prozesses gezwungen werden und allen Personen muss eingeräumt werden, sich jederzeit gegen eine Begleitung des assistierten Suizids zu entscheiden.

Kategorie: Umgang mit Suizidassistenten in anderen Ländern kennenlernen

Das Thema Suizidassistenten oder Sterbebeihilfe ist weltweit in den Ländern, die sie erlauben, unterschiedlich geregelt. Es ist zu empfehlen, einen Einblick in die gesetzlichen und

praktischen Regelungen für den Umgang mit Todeswünschen und die Suizidbeihilfe der anderen Länder zu gewähren, um ggf. aus den dortigen Erfahrungen zu lernen oder diese kritisch zu bewerten. In diesem Zusammenhang sollte auch auf sensible Aspekte, wie bspw. die emotionalen Belastungen der Ärzt:innen und Pflegefachpersonen und weiterer involvierter Berufsgruppen eingegangen werden, wie sie besonders aus den Niederlanden berichtet werden. Darüber hinaus sollte vermittelt werden, dass unterschiedliche Gesundheitssysteme und gesetzlichen Regelungen in den betrachteten Ländern verschiedene Reichweiten aufweisen, und somit weniger der direkte Vergleich mit der Situation in Deutschland als die Nutzung von Erfahrungswerten aus dem Ausland sinnvoll ist.

Kategorie: Todeswünschen begegnen/Umgang mit Sterbe- und Todeswünschen/

Suizidprävention durchführen/Suizidanlässe kennen und Krisensituationen identifizieren

Der Sterbewunsch ist ein multidimensionales Phänomen. Um angemessen darauf reagieren zu können, sollte dieser aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Es gilt, die Ursachen für individuelle Suizidanlässe zu kennen und Krisensituationen zu identifizieren.

Im engen Zusammenhang mit Sterbewünschen ist das Thema der Suizidprävention ein Schwerpunkt. Mit Maßnahmen der Suizidprävention werden Alternativen aufgezeigt, mit denen der Sterbewunsch ggf. abgewendet werden kann. Die Alternativen, die im Rahmen der Suizidprävention aufgezeigt werden, sollten im Kontext eines Sterbewunsches individuell eingesetzt werden und nicht den Charakter einer Checkliste einnehmen. Durch kritisches Hinterfragen des Sterbewunsches kann festgestellt werden, ob es sich um möglicherweise einen Hilferuf in großer Not oder um einen dauerhaften und nicht abwendbar Sterbewunsch handelt. Die Kenntnis verschiedener suizidpräventiver Maßnahmen kann den im Prozess involvierten Personen Sicherheit im Umgang mit Sterbewünschen vermitteln.

In der Begleitung von Menschen mit Sterbewunsch müssen mögliche Suizidanlässe und Motive des Sterbewunsches gelehrt werden, um diese zu kennen und diese im individuellen Fall zu reflektieren. Mit der Identifikation des Suizidanlasses gilt es als übergeordnetes Ziel, angemessene Lösungen für die individuelle Lebenskrise zu suchen und die Menschen mit Sterbewunsch im Rahmen der Krisenbewältigung zu unterstützen.

Kategorie: Emotionalen Belastungen der am Prozess beteiligten Personen begegnen

Für die begleitenden Personen ist der Umgang mit Menschen, die einen Sterbewunsch äußern, eine stark emotional geprägte Herausforderung und muss im professionellen Kontext thematisiert und fokussiert werden. Die belastenden Emotionen sind häufig Ängste z.B. vor Fehlentscheidungen sowie Scham- und Schuldgefühle. Aus möglichen Schuldgefühlen können sich psychische Probleme wie Schlafstörungen und Professionalitätsverlust bis hin zu Burnout entwickeln.

Die Begleitung eines assistierten Suizids stellt die verschiedenen am Prozess beteiligten Berufsgruppen jenseits der Hospiz- und Palliativversorgung darüber hinaus vor einen beruflichen Rollenkonflikt, da der Standardauftrag darin besteht, Gesundheit zu fördern und Leben zu erhalten. Es kann durch unterschiedliche Einstellungen zum Umgang mit assistiertem Suizid zu Unstimmigkeiten im Team und evtl. zu Gruppenbildungen kommen. Mit der Angst vor Schuldgefühlen und möglichen Rollenkonflikten ist die Entscheidung, eine Person mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid zu begleiten –egal bis zu welchem Punkt –, möglicherweise belastet.

Aus diesen Gründen muss der Umgang mit Emotionen ein wesentlicher inhaltlicher Bestandteil eines Curriculums mit dem thematischen Schwerpunkt Umgang mit Suizidassistenz sein.

Kategorie: Multiprofessionell handeln

Die Ursachen, die dazu führen können, sterben zu wollen, sind multifaktoriell. In diesem Zusammenhang empfiehlt es sich, den Umgang mit Suizidassistenz und eine mögliche Durchführung unter Berücksichtigung eines multiprofessionellen Ansatzes zu planen und die Expertise unterschiedlicher Professionen wie Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Seelsorger:innen und ehrenamtliche Mitarbeiter:innen einzubeziehen. Insbesondere sollte dafür sensibilisiert werden, den Austausch innerhalb des multiprofessionellen Teams lebendig zu erhalten und den eigenen Wissenszuwachs zu stärken.

Kategorie: Ethisch reflektieren und ethische Prinzipien kennen

Im Rahmen der Entscheidungsfindung im Umgang mit Suizidassistenz müssen ethische Aspekte thematisiert sowie u.a. auch kulturelle und religiöse Perspektiven reflektiert werden. In Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts dürfen individuelle Sterbewünsche keiner ethischen Bewertung unterzogen werden. Um jedoch

eine ethische Reflexion durchführen zu können, ist es notwendig, Grundprinzipien der Ethik im Gesundheitswesen zu kennen. Prädominant ist im Besonderen das Prinzip der Fürsorge zum Wohl der Betroffenen im gesamten Begleitungsprozess vom geäußerten Todeswunsch bis zur Durchführung der Suizidassistenz.

Kategorie: Haltung einnehmen

In der Auseinandersetzung mit dem Thema Suizidassistenz sollte die eigene Haltung bewusst wahrgenommen und reflektiert werden. Ziel der Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Umgang mit Suizidassistenz ist die Förderung und Unterstützung einer aktiven Haltungsarbeit der Teilnehmer:innen. Die am Prozess Beteiligten sollen befähigt werden, ihre Überzeugungen und Prinzipien öffentlich, z.B. im Team, zu vertreten und unterschiedliche Haltungen zu respektieren. Gerade bei heterogenen Einstellungen und Haltungen innerhalb des Teams sollten diese dargestellt und diskutiert werden, um danach besser mit ihnen umgehen zu können.

Kategorie: Gesellschaftliche Auswirkungen einschätzen

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben birgt mit dem Recht auf die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe ein hohes gesellschaftliches Diskussionspotenzial. Das Thema Suizidbeihilfe ist für ältere Menschen häufig ein Tabuthema. Auch die Außenwirkung der am Prozess beteiligten Personen und eine mögliche Stigmatisierung im Sinne von „Todesengeln“ sollten bei den Überlegungen zu gesellschaftlichen Auswirkungen einer praktizierten Suizidbeihilfe berücksichtigt werden. An dieser Stelle besteht eine Verbindung zur Kategorie „Umgang mit Suizidassistenz in anderen Ländern kennenlernen“. So sollten auch die gesellschaftlichen Auswirkungen im Ausland betrachtet und ebenfalls diskutiert werden. In der Lehre zum Umgang mit geäußertem Todeswunsch und mit Suizidbeihilfe sind die Teilnehmer:innen dahingehend zu sensibilisieren, dass sie ihre Rolle als Multiplikator:innen wahrnehmen, um den gesellschaftlichen Diskurs mitzugestalten und zu fördern, sodass zukünftig mit dem Thema in der Gesellschaft offener umgegangen werden kann.

Kategorie: Medizinisches Wissen erwerben

Die Kategorie „Erwerb medizinischer Kenntnisse“ umfasst Kenntnisse, die es ermöglichen, Umstände, die zu einem Sterbewunsch führen, zu erkennen im Hinblick auf psychische oder physische Probleme. Basiswissen im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung wird zur Teilnahme an den Modulen des Curriculums Umgang mit Suizidassistenz vorausgesetzt. Dazu gehören z.B. Grundkenntnisse zum Schmerzmanagement, allgemeine Kenntnisse der

Hospizarbeit und Palliativversorgung sowie Grundlagen der palliativen Sedierung und das Wissen über Herausforderungen in der Begleitung bei freiwilligem Verzicht auf Essen und Trinken.

Kategorie: Rechtlich begründete Handlungsschritte durchführen/Informationen zur Durchführung der Suizidassistentz

Klar definierte und rechtliche Regelungen sind die Voraussetzung für den Umgang mit Todeswünschen sowie einer begleiteten Suizidassistentz in der Praxis. Dazu müssen Wissen über Rechte und Pflichten sowie Möglichkeiten der Distanzierung gelehrt werden. Weiter ist es für die am Prozess beteiligten Personen von Bedeutung, die Grenzen zwischen Therapiezieländerung, Therapieabbruch (z.B. geregelt in Patientenverfügungen) und Suizidassistentz zu kennen. Auch rechtliche Definitionen wie „Suizidassistentz“, „Tötung auf Verlangen“, „Sterben zulassen“ usw. müssen dabei gelehrt werden.

Kategorie: Personale Kompetenzen erwerben

Das Thema der freiwilligen Übernahme von Aufgaben und somit auch von Verantwortung muss stark betont werden. Die am Prozess beteiligten Personen sollen befähigt werden, die eigenen Grenzen einschätzen zu können. Darüber hinaus sollen sie ihre eigenen Gefühle wahrnehmen und Nähe und Distanz in der Beziehungsarbeit reflektieren. In der curricularen Entwicklung sollten Themen wie Resilienz, Psychohygiene, Ausgleichsmöglichkeiten zum beruflichen Alltag und ggf. Informationen über Beratungsangebote aufgenommen werden.

Kategorie: Methoden- und Sozialkompetenz entwickeln

Mit dieser Kategorie wurden Reflexionsfähigkeit und Empathiefähigkeit zusammengefasst. Personen, die mit einem Todeswunsch konfrontiert werden und in den Prozess der Entscheidungsfindung zur Suizidbeihilfe und einer möglichen Durchführung involviert sind, sollten die Bereitschaft zur Selbstreflexion mitbringen. Eine offene Haltung gegenüber Hilfsangeboten oder Coachings sind dabei wünschenswert. Die Fähigkeit, die eigenen Wertvorstellungen, Bedenken und Spannungen im Zusammenhang mit dem geäußerten Todeswunsch bis hin zur Suizidbeihilfe zu reflektieren und auszudrücken, ist für den Umgang mit Suizidbeihilfe eine wesentliche Kompetenz. Das Verständnis für den Sterbewunsch der Betroffenen kann durch die Fähigkeit, sich in die Situation des anderen und seine Lebensumstände hineinzusetzen, gestärkt werden. Durch Methoden, die Aspekte der Selbsterfahrung beinhalten (z.B. Schauspieltrainings), kann die

Empathiefähigkeit und die Auseinandersetzung mit Übertragungsphänomenen im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung gefördert werden.

12. Auswahl wissenschaftlicher Disziplinen mit Bezug zum Curriculum

Im Folgenden (Tabelle 3) werden die Inhalte des Curriculums mit den ihnen zu Grunde liegenden wissenschaftlichen Bezügen dargestellt. Grundlage ist eine umfassende Literaturrecherche¹⁰. Die Darstellung der Ergebnisse erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

¹⁰ Weiterführende Informationen hierzu finden sich in der Masterarbeit von Castellanos-Herr, N., Sandt, R. „Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenten in Deutschland“ (2023)

Tabelle 3: Darstellung der wissenschaftlichen Disziplinen mit Bezug zum Curriculum

Disziplin	Subdisziplin	Konkrete Bezüge zum Thema	Studien, Artikel
Naturwissenschaften	Medizin	ärztliche Suizidassistenz Beratung und Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch	Eggert, O. (2022). Therapieziel Tod - von der Herausforderung des ärztlich assistierten Suizids Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. November 2022. <i>BERLINER ÄRZT:INNEN</i> , 1 /23, 22-24. Weinmann, J. (2023). Bis zuletzt. Wie können Ärzt:innen Menschen am Lebensende beistehen? Abgerufen am 25.01.2024 von https://www.aekb.de/fileadmin/mitgliederzeitschrift/2023/2023-01_Berliner-Aerztinnen_web.pdf Gavela, K. (2013). <i>Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe</i> . Heidelberg, NewYork. Dordrecht, London: Springer.
	Palliativmedizin	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch Ärztliche Suizidassistenz Beratung und Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch	DGP (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention, Abgerufen am 25.01.24 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf DGP (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Abgerufen am 10.02.2022 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistenz_20210916.pdf

	Psychiatrie	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch ärztliche Suizidassistenten Beratung und Begleitung von Menschen mit Suizidwunsch	Klesse, R., Teising, M., Lewitzka, U., Baurle, P., Ciompi, L.; Fiedler, G., Justinian, I., Kapitany, T., Lindner, R., Lippmann-Rieder, S., Niederkrotenthaler, T., Rados, C., Schneider B. & Wolfersdor, M. (2022). Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden. <i>Psychosozial</i> , 45(3), 169, 1-35. Müller, T. (2022). Psychiater fordern klare Regeln für Suizidassistenten. <i>InFo Neurologie + Psychiatrie</i> , 25(1), 50-51.
	Altersmedizin	Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch	Lindner, R. (2019). Altersmedizinische Hilfe statt assistierter Suizid Wenn alte Menschen sterben wollen. <i>Geriatric-Report</i> , 14 (3), 6-10.
	Pharmakologie	Umgang mit Betäubungsmitteln Wirkung und Nebenwirkungen von Natrium-Pentobarbital	Hohmann-Jeddi, C. (2022). Hilfe zum assistierten Suizid. Eine persönliche Entscheidung. Abgerufen am 25.01.2024 von https://www.pharmazeutische-zeitung.de/eine-persoene-entscheidung-133415/ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2020) Medikamente zur Selbsttötung. Abgerufen am 25.01.2024 von https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/WD-9-020-20-pdf-data.pdf
Inter-disziplinäre Wissenschaften	Pflegewissenschaft	Pflegende als Ansprechpartner für Menschen mit Suizidwunsch	DeutscherPflegerat (2021). Stellungnahme des DPR zu wesentlichen Eckpunkten für eine Neuregelung der Suizidassistenten, nachdem das Bundesverfassungsgericht mit seinem Urteil vom 26.02.2020 den § 217 StGB für nichtig erklärt hat. Abgerufen am 25.01.2024 von https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/04/Stellungnahme-DPR_Moegliche-Neuregelung-Suizidassistenten.pdf

			<p>Dörmann, L. (2022). <i>Masterarbeit. Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz</i>. Bremen: Universität Bremen.</p> <p>Dörmann, L., Nauck, F., Wolf-Ostermann, K., Stanze, H (2023). "I Should at Least Have the Feeling That It [...] Really Comes from Within": Professional Nursing Views on Assisted Suicide. <i>Palliative Medicine Reports</i>. Aug 2023. 175-184. http://doi.org/10.1089/pmr.2023.0019</p>
Humanwissenschaften	Psychologie		<p>Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie [DGPT]. (2020). Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. Abgerufen am 25.01.2024 von https://dgpt.de/fileadmin/downloads/1-news/SN_2020-06-22_Stellungnahme-der-DGPT-zur-Neugestaltung-_217-StGB.pdf</p> <p>DGPT (2020). Beihilfe zum Suizid: Wie selbstbestimmt ist der Wunsch zu sterben? Abgerufen am 25.01.2024 von https://dgpt.de/artikel/beihilfe-zum-suizid-wie-selbstbestimmt-ist-der-wunsch-zu-sterben</p>
Politik und Rechtswissenschaften	Jura	Gesetzesentwurf Rechtssprechung	<p>Eberbach, W. (2022). Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmung und Bürokratie. <i>MedR</i>,40, 455–465.</p> <p>Rombay, S. (2020). BVerfG verwirft § 217 StGB und entwickelt Grundrecht auf Suizid. Abgerufen am 25.01.2024 von https://www.juraexamen.info/bverfg-verwirft-%C2%A7-217-stgb-und-entwickelt-grundrecht-auf-suizid/</p> <p>Taupitz, J.; Taumein, O. (2017). Selbstbestimmung zum Sterben – Fürsorge zum Leben: Widerspruch für die Rechtsordnung? In Borasio, G. et al. (Hrsg.). (2017). <i>Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft, Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und</i></p>

			<i>Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim.</i> Berlin, Heidelberg: Springer.
Geisteswissenschaften	Philosophie	Ethik Normen und Werte	AEM (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht. Abgerufen am 25.01.2024 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2020-06-24.pdf ; Domschke, K., Dreier, H., Hallek, M. et al. <i>Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte.</i> Diskussion Nr. 26, 2021. DOI: https://doi.org/10.26164/leopoldina_03_00360 Kipke, R. (2021). Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht. <i>Ethik Med</i> , 33:521–538.
	Theologie	Religionswissenschaften Seelsorge	Eibach, U. (2015). Von der Beihilfe zum Suizid zur Tötung auf Verlangen? Eine Beurteilung aus seelsorgerlicher und ethischer Sicht. In Hoffmann, T. & Knaup, M. (2015). <i>Was heißt in Würde sterben. Wider die Normalisierung des Tötens.</i> Heidelberg: Springer.

Quelle: Eigene Darstellung

Literaturverzeichnis und weiterführende Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM]. (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf
- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM]. (2022). Aktualisierte und erweiterte Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht (vom 22.02.2022). Abgerufen am 07.04.2023 von https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf
- Alt-Epping, B., Sitte, T., Nauck, F. & Radbruch, L. (2010). Sedierung in der Palliativmedizin. Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung. European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care. Palliativmedizin, 11, 112-115.
- Alt-Epping, B., Schildmann, E. & Weixler, D. (2016). Palliative Sedierung und ihre ethischen Implikationen. Eine Übersicht. Der Onkologe. DOI 10.1007/s00761-016-1002-9.
- Alt-Epping, B. (2018). Leidenslinderung am Lebensende Erwartungen an die Palliativmedizin. Bioethica Forum, 11(1), 20-23.
- Anstey, S., Calvert, L., A., Fife, S., Roberts, H., Turnbull, L., Ward, C. & Strathern, A. (2016). When Someone Asks For Your Assistance To Die The RCN guidance on responding to a request to hasten death. 2nd edition. London: Royal College of Nursing.
- Arnold, R., Gomez Tutor, C. & Kammerer, J. (2002). Selbstgesteuertes Lernen als Perspektive der beruflichen Bildung. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis [BWP], (4), S. 32– 36.

- Ärzttekammer Nordrhein [ÄkNo]. (2022). Ärztekammer Nordrhein fordert Suizidpräventionsgesetz. Abgerufen am 15.04.2023 von <https://www.aekno.de/presse/nachrichten/nachricht/aerztekammer-nordrhein-fordert-suizidpraeventionsgesetz>
- Ärztezeitung (2022). Umgang mit belastenden Folgen nach assistiertem Suizid: Hier finden Angehörige Hilfe. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Nach-assistiertem-Suizid-Hier-finden-Angehoerige-Hilfe-434149.html?bPrint=true>
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, Miguel, C., Cuervo, A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J., Maier, M., Johan, L. 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), 1-14.
- Bär, G., Azize, K., Geers, S. & Clar, C. (2020). Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In Hartung, A., Wihofszky, P. & Wright, M. (Hrsg.) (2020). Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. o. O.: Springer.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. The American Journal of Bioethics, 19(11), 9–12.
- Becker, M. (2013). Arbeitsprozessorientierte Didaktik. Abgerufen am 09.03.2023 von http://www.bwpat.de/ausgabe24/becker_bwpat24.pdf
- Beine, K. H. (2020). Praxis der Sterbehilfe durch Ärzte und Pflegefachkräfte in deutschen Krankenhäusern. Practice of euthanasia among physicians and nurses in German hospitals. Deutsche Medizinische Wochenschrift 145: 22: 123 – 129.
- Bellmann, J. & Müller, T. (2011). Wissen was wirkt. Kritik evidenzbasierter Pädagogik. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, Springer.
- Benfer-Breisacher, A. (2018). „Resilienz in der Pflege“ - von Anfang an! Implementierung des Konzeptes „Resilienz“ im Curriculum der Pflegeausbildung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Pflegeschülern. PADUA, 13(3), 195–202.

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [BGW]. (2023). Was ist psychische Belastung. Abgerufen am 05.03.2023 von <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/gesunde-psyche/hintergrundinfos-psychische-belastung#:~:text=%22Psychische%20Belastung%20ist%20die%20Gesamtheit,egal%20ob%20negativ%20oder%20positiv.>
- Bickhardt, J. & Hanke, R. (2014). Freiwilliger Verzicht auf Flüssigkeit und Nahrung - Eine ganz eigene Handlungsweise. Deutsches Ärzteblatt, 111(14), 590-592.
- Birnbacher, D. & Walther, C. (2019). Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Begriffliche Vielfalt darf nicht zu Verwirrung führen. Fachzeitschrift PflegeRecht, 4, 211-218.
- Blum, K., Schilz, P., Isfort, M. & Weidner, F. (2006). Pflegeausbildung im Umbruch - Pflegeausbildungsstudie Deutschland [PABiS]. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.
- Bock, K. D. (1993). Wissenschaftliche und alternative Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bogner, A., Littich, B. & Menz, W. (2014). Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer.
- Boström, K., Frerich, G., Romotzky, V., Galushko, M. & Kremeike, K. (2023). Schulungen zum Umgang mit Todeswünschen. In Kremeike, K., Perrar, K. M. (2023). Palliativ & Todeswunsch (S. 150- 159). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bozzaro, C. & Schildmann, J. (2018). "Suffering" in Palliative Sedation: Conceptual Analysis and Implications for Decision Making in Clinical Practice. Journal of Pain and Symptom Management, 56(2), 288-294.
- Breitenbach, A. (2021). Digitale Lehre in Zeiten von Covid-19. Risiken und Chancen. Abgerufen am 07.04.2023 von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-212740>
- BGH, Beschluss vom 28.06.2022 - 6 StR 68/21. In der Strafsache wegen Tötung auf Verlangen. Abgerufen am 25.08.2023 von <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=130875&pos=0&anz=1>

BtMG - §13 BtMG – Einzelnorm. Von https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/_13.html

Bundesministerium für Bildung und Forschung [BMBF]. (o.J.). Der DQR. Abgerufen am 13.03.2023 von https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/was-ist-ein-qualifikationsrahmen/was-ist-ein-qualifikationsrahmen_node.html

Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2022). Förderung suizidpräventiver Kompetenz in Institutionen und Gesellschaft (suiKom). Abgerufen am 03.04.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung-1/handlungsfelder/gesundheitsversorgung/suikom.html>

Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2019). Prävention. Abgerufen am 04.04.2023 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>

Bundesministerium der Justiz [BMJ]. (2021). Erlass über die am 1. Jänner 2022 in Kraft tretende Neuregelung des § 78 StGB. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Erlaesse/ERL_BMJ_20211228_2021_0_900_659/ERL_BMJ_20211228_2021_0_900_659.pdf

Bundesverfassungsgericht [BVerfG]. (2020). Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020. Abgerufen 10.02.2023 von <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>

Bundesverfassungsgericht (BVerfG). (2020). Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020. Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html;jsessionid=6A124098052DFCBEB3EAF17CCD66DA19.2_cid319

Bundeszentrale für politische Bildung (2020). Bundesverfassungsgericht: Verbot geschäftsmäßiger Sterbehilfe ist verfassungswidrig. Abgerufen 10.02.23 von <https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/305426/bundesverfassungsgericht-verbot-geschaeftsmaessiger-sterbehilfe-ist-verfassungswidrig/#:~:text=Am%2026.%20Februar%20hat%20das%20Bundesverfa>

ssungsgericht%20ein%20U.rteil%20zum%20%22Verbot,Grundgesetz%20und%20sei%20somit%20nichtig

- Bürki, R. (2000). Klimaänderung und Anpassungsprozesse im Wintertourismus. Publikation der Ostschweizerischen Geographischen Gesellschaft Neue Folge, 6.
- Caritas. (2022). Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe – Katholisches Büro in Berlin – und des Deutschen Caritasverbands. Abgerufen am 15.04.2023 von https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/stellungnahme-zum-as/stn_dcw_dbk_gemeinsame.pdf?d=a&f=pdf
- Castellanos-Herr, NR., Sandt, R. „Entwicklung eines evidenzbasierten multiprofessionellen Curriculums für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Suizidassistenten in Deutschland“(2023)Pallia Med Verlag. ISBN 978-3-933154-96-5
- Castellucci, L., Heveling, A. et al. (2020). Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung. (BT-Drs. 20/904). Abgerufen am 15.04.2023 von <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>
- Chabot, B., Walther, C. & Birnbacher, D. (2021). Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (6. überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Cherny, N., Radbruch, L. & The Board of the European Association for Palliative Care. (2009). European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 23(7), 581–593.
- Coors, M., Simon, A. & Alt-Epping, B. (Hrsg.). (2019). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Medizinische und pflegerische Grundlagen - ethische und rechtliche Bewertungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Corbin, J. & Hildenbrand, B. (2011). Qualitative Forschung. In Schaeffer, D. & Wingenfeld, K. (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa.
- Darmann- Finck, I. (2009). Interaktionistische Pflegedidaktik. In Olbrich, C. (Hrsg.). (2009). *Modelle der Pflegedidaktik*. (S. 1-22). München: Elsevier.

- Darmann-Finck, I. (2010). Eckpunkte einer interaktionistischen Pflegedidaktik. In Roswitha Ertl-Schmuck, R. & Fichtmüller, F. (Hrsg.). (2010). Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung (2. Auflage) (S. 202-253) . Weinheim, Basel: Beltz.
- DESTATIS. (2023). Todesursache. Suizide. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324>
- Deutscher Bundestag (2022). Sachliche Orientierungsdebatte über Reform der Sterbehilfe. Abgerufen am 10.02.2023 von <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw20-de-vereinbarte-debatte-sterbehilfe-894644>
- Deutsche Forschungsgemeinschaft e.V. [DFG]. (Hrsg.). (2019): Leitlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis. Kodex. Abgerufen am 10.02.2023 von https://www.dfg.de/download/pdf/foerderung/rechtliche_rahmenbedingungen/gute_wissenschaftliche_praxis/kodex_gwp.pdf
- Deutscher Ethikrat. Suizid - Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit 2022. Abgerufen am 21.08.2023 von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP]. (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistentz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. Abgerufen am 01.04.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistentz_20210916.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin [DGP]. (o.J.). Ärztlich Assistierter Suizid Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Abgerufen am 07.04.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf

- Deutsche Gesellschaft für Positive Psychologie [DGPP]. (2022). Toleranz, Akzeptanz und Verständnis. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://www.dgpp-online.de/post/toleranz-akzeptanz-und-verstaendnis>
- Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe & [AWMF]. (2020). Leitlinienprogramm Onkologie. Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. Abgerufen am 15.03.2023 von <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>
- Deutscher Qualifikationsrahmen [DQR]. (2013). DQR-Bildungsniveau. Abgerufen am 15.03.2023 von https://www.dqr.de/dqr/de/der-dqr/dqr-niveaus/dqr-niveaus_node.html
- De Vincenti, A. & Horlacher, R. (2016). Lehrplan/Curriculum. In Hoffmann-Ocon, A., Matthes, E. & Schlüte, S. (2016). Enzyklopädie Erziehungswissenschaft. (S. 2-21). Basel: Beltz Juventa
- Deutscher Hospiz und PalliativVerband e.V. (2021) Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. 3. Auflage
https://www.dhvp.de/files/public/aktuelles/news/20210505_Dialogpapier_Ansicht1.pdf
- Domschke, K., Dreier, H., Hallek, M. et al. Neuregelung des assistierten Suizids – Ein Beitrag zur Debatte. Diskussion Nr. 26, 2021. DOI: https://doi.org/10.26164/leopoldina_03_00360.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dörmann L, Nauck F, Wolf-Ostermann K, Stanze H. "I Should at Least Have the Feeling That It [...] Really Comes from Within": Professional Nursing Views on Assisted Suicide. Palliative Medicine Reports. Aug 2023. 175-184.
<http://doi.org/10.1089/pmr.2023.0019>
- Dörmann, L. (2022). Maturarbeit. Sichtweisen und Einstellungen von Pflegefachkräften unterschiedlicher Versorgungssettings zur Suizidassistenz. Bremen: Universität Bremen.

- Dudenredaktion. (o.J.). Curriculum. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Curriculum>
- Dudenredaktion. (o.J.). Evidenzbasiert. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/evidenzbasiert>
- Duttge, G. (2023). Rechtliche Aspekte von Todeswünschen. In Kremeike, K., Perrar, K., M. (2023). Palliativ & Todeswunsch (S. 82-93). Stuttgart: Kohlhammer.
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
- Engelhard, K. & Otto, K. H. (2015). Sachanalyse und fachliche Klärung. In Reinfried, S. & Haubrich, H. (Hrsg.). (2015). Geografie unterrichten lernen: die Didaktik der Geographie (S. 309-380). Berlin: Cornelsen.
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz. (2020). Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O.
- Falkner, A. (2022). Die zweite Seite der Medaille – affektive Resonanzen professionell Betreuender in Bezug auf assistierten Suizid. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 103-120). Heidelberg: Springer.
- Feichtner, A., Weixler, D. & Birklbauer, A. (2018). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 94, 353-357.
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu Sterben. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 3-10). Heidelberg: Springer.
- Feichtner, A. (2022). Assistierter Suizid aus Sicht der Pflege. Wien: facultas.
- Flammer, A. & Alsaker, F. D. (2002). Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern: Huber.
- Frerich, G., Romotzky, V., Galushko, M., Hamacher, S., Perrar, K., Doll, A., Montag, T., Golla, H., Strupp, J., Kremeike, K. & Voltz, R. (2020). Kommunikation über den Wunsch zu sterben: Entwicklung und Evaluation eines ersten bedarfsorientierten Trainingskonzepts – Eine Pilotstudie. *Palliative & Supportive Care*, 18(5), 528-536.

- Fricke, A. (2021). Blick in die Welt. So regeln andere Länder die Sterbehilfe. Abgerufen am 05.03.2023 von <https://www.aerztezeitung.de/Politik/So-regeln-andere-Laender-die-Sterbehilfe-416680.html>
- Gabl, C. (2022). „Das Leiden muss ein Ende haben!“ Existenzielles Leiden und der Wunsch nach einem raschen Tod – ein belastendes Spannungsfeld für Palliativpatienten, Angehörige und Betreuungspersonen. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 203-216). Berlin: Springer.
- Galushko, M., Frerich, G. & Eisenmann, Y. (2023). Todeswunsch aus Sicht der Verstorbenen. In Kremeike, K., Perrar, K., Voltz, R. (2023). Palliativ und Todeswunsch (S. 120-127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gavela, K. (2013). Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gmelch, A. & Steinhorst, H. (2022). Curriculum. Abgerufen am 01.04.2023 von <https://doi.org/10.20378/irbo-51812>
- Gordijn, B. & Steinkamp, N. (2010). Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtungen (3., überarbeitete Auflage). München: Hermann Luchterhand
- Greul, F. (2020). Zum Konzept der Prävention. Ein Plädoyer für engere Grenzen. Abgerufen am 02.04.2023 von <https://www.bpb.de/themen/infodienst/311923/zum-konzept-der-praevention/#node-content-title-1>
- Häder, M. (Hrsg.). (2006). Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hirsmüller, S. & Schröer, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In Schnell, M. & Schulz, C. (Hrsg.). (2014). Basiswissen Palliativmedizin (S. 11-21). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hundenborn, G. (2007). Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. München: Elsevier.
- Hundenborn, G., Knigge-Demal, B. & Raschper, P. (2019). Qualitätsbeurteilung schulinterner Curricula auf der Grundlage des Pflegeberufgesetzes und der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Kriterien für eine

Makroevaluation. Abgerufen am 04.02.2023 von

https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/schulbereit_beurteilungskriterien_schulcurricula.pdf

Husebø, S. & Klaschik, E. (Hrsg.). (2009). Palliativmedizin (5. aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer.

Ivanović, N., Buche, D. & Fringer, A. (2014). Voluntary stopping of eating and drinking at the end of life - a 'systematic search and review' giving insight into an option of hastening death in capacitated adults at the end of life. BMC Palliative Care, 13(1), 1.

Jansky, M., Jaspers, B., Radbruch, L. & Nauck, F. (2017). Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid. Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Bundesgesundheitsblatt, 60, 89–98.

Jürgensen, A. & Saul, S. (2021). Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Praxis. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

Kapitany, T. (2022). Suizidbeihilfe – die Sicht der Suizidprävention. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 185-191). Berlin: Springer.

Klesse, R., Teising, M., Lewitzka, U., Bäurle, P., Ciompi, L., Fiedler, G., Justiniano, I., Kapitany, T., Lindner, R., Lippmann-Rieder, S., Niederkrotenthaler, T., Rados, C., Schneider, B. & Wolfersdorf, M. (2022). Assistierter Suizid und Autonomie – ein Widerspruch? Das Konzept der »freien« Entscheidung zum Suizid im Lichte von anthropologischen, entwicklungspsychologischen und psychotherapeutisch-psychiatrischen Befunden (Sonderdruck). Psychosozial, 45 (3), Nr. 169.

Kirchmair, R. (Hrsg.). (2021). Qualitative Forschungsmethoden. Anwenderorientiert: vom Insider aus der Marktforschung lernen. Frankfurt: Springer

Klinkhammer, G. (2014). Palliative Sedierung. Mit großer Sorgfalt und klinischer Erfahrung. Über eine Behandlungsoption, die die Zeit bis zum Eintritt des Todes erträglicher gestalten kann. Deutsches Ärzteblatt, 38, 1552-1552.

- Klumer, K. (2021). Online-Lehre. Vorteile nutzen statt Präsenz nachbilden, Abgerufen am 15.03.2023 von <https://erwachsenenbildung.at/digiprof/neuigkeiten/15487-onlinelehre-vorteile-nutzen-statt-praesenz-nachbilden.php>
- Knigge-Demal, B. (2001). Curricula und deren Bedeutung für die Ausbildung. In Sieger, M. (Hrsg.). Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung (S. 39-56). Bern: Huber.
- Körtner, H. J. & Likar, R. (2022). Menschenwürde. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 29-36). Heidelberg: Springer.
- Kremeike, K. (2018). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Abgerufen am 22.04.2023 von <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/?pbid=218613>
- Kremeike, K. (2019). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://webstatic.uk-koeln.de/im/dwn/pboxx-pixelboxx-218613>
- Kremeike, K., Boström, K., Dojan, T., Romotzky, V., Frerich, G., Galushko, M. & Voltz, R. (2020). Umgang mit Todeswünschen in der Palliativversorgung – Entwickeln und Konsentieren eines teil-strukturierten Leitfadens. Zeitschrift für Palliativmedizin, 21(05), 17.
- Kremeike, K., Galushko, M., Frerich, G., Romotzky, V., Hamacher, S., Rodin, G., Pfaff & Voltz, R. (2018). The Desire to Die in Palliative care: Optimization of Management (DEDIPOM) – a study protocol. BMC Palliative Care, 17(30), 1-10.
- Kremeike, K., Pralong, A., Bostrom, K., Bausewein, C., Simon, S. & Lindner, R. (2021). Desire to Die in palliative care patients-legal framework and recommendations of the national evidence-based guideline on palliative care in Germany. Palliative medicine, 10(3), 3594-610.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2020). Fokussierte Inhaltsanalyse mit MAXQDA. Schritt für Schritt. Berlin: Springer.
- Lamnek, S. & Krell, C. (Hrsg.). (2016). Qualitative Sozialforschung. Basel: Beltz.
- Lindner, R., Foerster, R. & von Renteln-Kruse, W. (2013). Idealtypische Interaktionsmuster psychosomatischer Patienten in stationär-geriatrischer Behandlung. Gerontologie und Geriatrie, 46, 441-448.

- Lindner, R. und Voltz, R. (2020). Todeswünsche. In Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL, Abgerufen am 01.04.2023 von <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/>.
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 31(4), 1-10.
- Marckmann, G., Neitzke, G., Riedel, A., Schicktanz, S., Stoecker, R. & Winkler, E. (2020). Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht (vom 24.06.2020). Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistentz/Akademie_fuer_Ethik_in_der_Medizin_bf.pdf
- Martial, v. I. (1996). Einführung in didaktische Modelle. Baltmannsweiler: Schneider.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (10., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (12., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (13., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 633-648). Wiesbaden: Springer
- Meier, O. & Sitte, T. (2019). Grundlagen und Versorgungsstrukturen. In Thöns, M. & Sitte, T. (2019). *Repetitorium Palliativmedizin. Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin* (3., überarbeitete und aktualisierte Auflage) (S. 1-13). Heidelberg, Berlin: Springer.

- Meyer, H. (2020). Leitfaden Unterrichtsvorbereitung (10. Auflage). Berlin: Cornelsen.
- Mitchell, T., Gehmlich, V. & Steinmann, M. (2008). Lernergebnisse (Learning Outcomers) in der Praxis. Bonn: DAAD
- Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S. (2001). Effects of High Dose Opioids and Sedatives on Survival in Terminally Ill Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 282-289.
- Mühlegger, V. & Wimmer, H. (2022). Grundlegende Konzepte in der psychologischen Betreuung in Hinblick auf assistierten Suizid. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 59-75). Heidelberg: Springer.
- Müller, S., Giegling, I., Hegerl, U., Bennefeld-Kersten, K., Meischner-Al-Mousawi, M., Glasow, N., Reisch, T., Rademacher, K., Mend, H. K., Schmidtke, A. & Rujescu, D. (2021). Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln. Abgerufen am 03.04.2023 von https://naspro.de/dl/Bericht2021_Methoden.pdf
- Munz, D. (2021). Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutz. BPTK-Round-Table zur Suizidassistentz. Abgerufen am 25.03.2023 von <https://www.bptk.de/im-spannungsfeld-von-selbstbestimmung-und-schutz/>
- Nauck, F. & Simon, A. (2021). Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil. *Forum*, 36, 150–154.
- Neitzke, G. (2019). Grenzziehungen zwischen Suizid und freiwilligem Nahrungsverzicht (FVNF). In Chabot, B., Walther, C. & Birnbacher, D. (2019). *Ausweg am Lebensende. Selbstbestimmtes Sterben durch freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken* (6., überarbeitete Auflage) (S. 148-156). München: Reinhardt.
- Neitzke, G., Oehmichen, F., Schliep, H.-J. & Wördehoff, D. (2010). Sedierung am Lebensende Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). *Der Onkologe*, 16, 789–794.
- Nock, L. (2020). Gemeinsam besser werden für Patienten. Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven. Abgerufen am 13.03.2023 von <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-02/Interprofessionelles%20Lehren%20und%20Lernen%20in%20Deutschland%2020.pdf>

- Oelke, U. & Menke, M. (2005). *Gemeinsame Pflegeausbildung*. Bern: Hans Huber.
- Oelke, U., Wedekin, A. & Haas, S. (2013). Szenisches Lernen. In Ertl-Schmuck, R., Greb, U. (2013). *Pflegedidaktische Handlungsfelder* (S. 186-213). Weinheim: Beltz-Juventa.
- Oppermann, C., Schröder, J. (2020). „Nicht ohne uns“. *Sozial Extra* 44, 126–130.
- Ostgathe, C., Alt-Epping, B., Golla, H., Gaertner, J., Lindena, G., Radbruch, L., Voltz, R. & Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Working Group (2011). Non-cancer patients in specialized palliative care in Germany: what are the problems? *Palliativ Medizin*, 25(2),148-52.
- Ostgathe, C., Klein, C., Kurkowski, S., Heckel, M., Torres, J., Bausewein, C., Schildmann, E., Handtke, V., Bazata, J., Meesters, S., Schildmann, J., Kremling, A., Jäger, C., Ziegler, K. (2010). Handlungsempfehlung. Einsatz sedierender Medikamente in der Spezialisierten Palliativversorgung. Abgerufen am 19.04.2023 von <https://www.dgpalliativmedizin.de/dgp-aktuell/handlungsempfehlung-zum-einsatz-sedierender-medikamente-in-der-spezialisierten-palliativversorgung-erschieden.html>
- Coutinho Mariano, R., Hui, D. & Del Giglio, D. (2018). Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliative Care*, 2018. 17-13.
- Pfaff, I. (2019). Suizid. Zum Sterben in die Schweiz. Abgerufen am 11.02.23 von <https://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-suizid-schweiz-1.4412140>
- Pflegeberufe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In BGBl. 2018, zuletzt geändert durch Artikel 10 des Gesetzes vom 19. Mai 2020. In BGBl. I, S. 1018.
- Poser, M., Schneider, K., Bohrer, A. & Winkler, H. (2005). *Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegemanager und Pflegepädagogen*. Bern: Huber.
- Prado, B., Gomes, D., Usón Júnior, P., Taranto, P., Sedlmaier França, M., Eiger, D., Prönneke, R. (2018). Die palliative Sedierung Vorstellung eines palliativmedizinischen Konzepts mit kritischer Würdigung. *Der Onkologe*, 47, 366-371.

- Pschyrembel online. (2023). Kommunikation. Abgerufen am 13.03.2023 von [https://www.pschyrembel.de/Kommunikation/K0C09#:~:text=FeedbackProzess%20der%20Informations%C3%BCbertragung%20zwischen%20Individuen,Mitteilungen%20ausgetauscht%20werden%20\(Metakommunikation](https://www.pschyrembel.de/Kommunikation/K0C09#:~:text=FeedbackProzess%20der%20Informations%C3%BCbertragung%20zwischen%20Individuen,Mitteilungen%20ausgetauscht%20werden%20(Metakommunikation)
- Rabe, M. (Hrsg.). (2009). Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Bern: Huber
- Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliative Med. 2016;30(2):104-16
- Radbruch, L., Münch, U., Maier, Bernd-Oliver, Tolmein, Bernd Alt-Epping , Claudia Bausewein , Gerhild Becker , Maria Bullermann-Benend , Axel Doll , Katja Goudinoudis , Ulrich Grabenhorst, Katrin Imbierowics, Constantin Klein , Anne Letsch , Sabine Mehne , Andreas Müller , Christof Müller-Busch , Friedemann Nauck , Wiebke Nehls , Gerald Neitzke , Christoph Ostgathe , Mathias Pfisterer , Annette Riedel , Traugott Roser , Raymond Voltz , Stephan von Haehling , Heiner Melching (2019). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. Abgerufen am 29.03.23 von https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf
- Radbruch, L., Nauck, F. & Sabatowski, R. (o.J.). Was ist Palliativmedizin? Abgerufen am 25.03.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski..pdf
- Rahbar, K. (2010). Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin. Abgerufen am 17.04.2023 von <https://ethica-rationalis.org/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/>
- Redaktionsnetzwerk Deutschland [RND]. (2022). Sterbehilfe: Frau tötet Ehemann mit Insulin – BGH spricht sie frei. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.rnd.de/panorama/sterbehilfe-frau-toetet-ehemann-mit-insulin-und-wird-freigesprochen-patientenschuetzer-kritisieren-SYPQSK4SP2U652DQ6DFPU4JNQY.html>

- Richter-Kuhlmann, E. (2019). Kontroverse Sterbefasten. *Deutsches Ärzteblatt*, 116(41), 1826.
- Riedel, A. (2013). Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. *Ethik Med*, 25:1–4.
- Riedel, A. (2015). Vertiefung von Ethik-Kompetenzen Die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie als methodisch-didaktische und strukturierende Rahmung. *PADUA*, 10 (5), 321 – 327.
- Riese, F. (2022). Sterbewunsch bei Demenz. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 163-171). Berlin: Springer.
- Robert-Bosch-Stiftung. (2014). Operation Team Interprofessionelle Fortbildungen. Abgerufen am 13.03.2023 von https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/2018-01/348_14-11-04_RBS_Faltblatt_Operation-Team_WEB.pdf
- Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A. & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 7(9), 1-13.
- Rombey, S. (2020). BVerfG verwirft § 217 StGB und entwickelt Grundrecht auf Suizid. Abgerufen am 10.02.23 von <https://www.juraexamen.info/bverfg-verwirft-%C2%A7-217-stgb-und-entwickelt-grundrecht-auf-suizid/>
- Rosenfeld, B., et al. (1999). Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: the schedule of attitudes toward hastened death. *The American journal of psychiatry: official journal of the American Psychiatric Association*, 156, 94-100.
- Saunders, C. (1967). *The management of terminal pain*. London, Edward Arnold
- Schmal, J. (2017). *Unterrichten und Präsentieren in Gesundheitsfachberufen. Methodik und Didaktik für Praktiker*. Heidelberg, Berlin: Springer.
- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Schneider, B., Sperling, U., Eilert, L., Hery, D., Preuß, U., Schmidt, J., Wurst, M., Webers, W., Glasow, N., Heinz, I, Elsner, A., Klipkert, K., Krüger, U. & Wolfersdorf, M.

- (2021). Suizidprävention in der medizinischen Versorgung. Abgerufen am 03.04.2023 von https://naspro.de/dl/Bericht2021_Medizin.pdf
- Schneider, K. (2005). Das Lernfeldkonzept – zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen Realisierungsmöglichkeiten. In Schneider, K., Brinker-Meyendriesch, E., Schneider, A. (2005). *Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis* (2. Auflage) (S. 79-114). Heidelberg: Springer.
- Schrems, B. (2013). *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche*. Wien: Facultas.
- Schwermann, M. (2022). Suizidassistenz in Deutschland. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). *Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 269-274). Heidelberg: Springer.
- Siebert, H. (1974). *Curricula für die Erwachsenenbildung. Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung*. Braunschweig: Westermann.
- Siebert, H. (2009). Theorieansätze in der Erwachsenenbildung. *Magazin Erwachsenenbildung*, 7/8, 25.
- Siebert, H. (2012). *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung: Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. Augsburg: Ziel.
- Simon, A. & Hoekstra, N. (2015). Sterbebegleitung: Sterbefasten – Hilfe im oder Hilfe zum Sterben? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(14): 1100-1102.
- Simon A (2017). Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit ("Sterbefasten"). Ein Ausweg am Lebensende? *Wege zum Menschen*, 69, 487–497.
- Simon, A. (2018). Pro: Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als Suizid? *Palliativmedizin*, 19, 10-11.
- Stanze, D. & Stanze, H. (2019). Die palliative Sedierung – Was der Hausarzt wissen sollte. *Palliative Sedation – What The Family Physician Should Know*. *ZFA*, 95, 298-302.
- Stanze, H. (2021). Suizidassistenz: Warum sind Pflegekräfte so still? Ein Plädoyer für mehr Diskussionen. *Pflegen: palliativ*, 52, 2-4.
- Starke, P. (2020). Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken – zur ethischen Lagebestimmung eines ambivalenten Begriffs. *Ethik Medizin*, 32: 171-187

- Sonnenmoser, M. (2005). Hinterbliebene nach Suizid: Komplizierte Trauer. Deutsches Ärzteblatt, 9, 406.
- Stiftung Deutsche Krebshilfe. (o.J.). Lernen im Verbund. Mildred-Scheel-Diplom. Palliativmedizin/ Palliative Care. Abgerufen am 17.03.2023 von https://www.krebshilfe.de/fileadmin/Downloads/PDFs/Akademie/Flyer_Mildred-Scheel-Diplom_2021.pdf
- Tietze, K-O. (2023). Kollegiale Beratung. Merkmale und Charakter. Abgerufen am 12.03.2023 von <https://kollegiale-beratung.de/kernideen-und-merkmale-von-kollegialer-beratung.html>
- Wächter, S. (2022). Akzeptanz - Definition und Tipps für mehr Akzeptanz. Abgerufen am 025.03.2023 von <https://barrierefrei-im-kopf.de/akzeptanz/#:~:text=Akzeptanz%20bedeutet%20ein%20Anerkennen%20von,Grundlage%20f%C3%BCr%20eine%20erfolgreiche%20Ver%C3%A4nderung.>
- Wagner, B., Hofmann, L. & Grafiadeli, R. (2022). Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid: ein Systematischer Review. Psychiatr Prax 2021; 48(01): 9-18. DOI: 10.1055/a-1182-2821
- Wagner, F. (2020). Mögliche Neuregelung der Suizidassistenz. Abgerufen am 10.02.23 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/Suizidassistenz/Deutscher_Pflegerat_bf.pdf
- Walther, C. & Birnbacher, D. (2019). Selbstbestimmtes, vorzeitiges Sterben durch Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit Begriffliche Vielfalt darf nicht zu Verwirrung führen. PflegeRecht, 4, 211-218.
- Wasner, M. (2014). Interprofessionelle Teamarbeit. In Wasner, Maria / Pankofer, Sabine (Hrsg.) (2014). Soziale Arbeit in Palliative Care. Ein Handbuch für Studium und Praxis (1. Auflage) (S.161-164). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weimann, J. & Brosing-Koch, J. (Hrsg.). (2019). Einführung in die experimentelle Wirtschaftsforschung. Berlin: Springer

- Wentseis, V. (2022). Psychosoziale Ursachen des Suizids. In Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H. & Weixler, D. (Hrsg.). (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen (S. 37-46). Berlin: Springer.
- Wirtz, M. A. (2022). Evidenzbasierung. Abgerufen am 03.04.2023 von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/evidenzbasierung>
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2020) Medikamente zur Selbsttötung. Abgerufen am 25.01.2024 von <https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/WD-9-020-20-pdf-data.pdf>
- Wissenschaftliche Dienste [Deutscher Bundestag]. (2020). Sachstand: Medikamente zur Selbsttötung. Von <https://www.bundestag.de/resource/blob/706148/0b81480f8b72ef011e73d02d928d5366/%20WD-9-020-20-pdf-data.pdf>
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (Hrsg.). (2021). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (Hrsg.). (2023). Suizid und Suizidprävention. Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organization [WHO]. (2002). WHO Definition of Palliative Care. Abgerufen am 25.03.2023 von https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2014). Preventing suicide. A global imperative. Geneva: o. V.
- World Health Organization [WHO]. (2012). Lebensqualität messen. Abgerufen am 25.02.2023 von <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Wissenschaftlicher Dienst 9 [WD9]. Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020). Organisierte Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid in der Schweiz, den Niederlanden und in Belgien. Abgerufen am 11.02.23 von <https://www.bundestag.de/resource/blob/691830/0e3ec70fa880c590513aa9ac5e5d7d3f/WD-9-017-20-pdf-data.pdf>

Zenz, J., Rissing-van-Saan, R. & Zenz, M. (2017). Ärztlich assistierter Suizid – Umfrage zu § 217 StGB. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 142(05), 28-33.

§ 13 BtMG - Einzelnorm. (n.d.). https://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/__13.html