

# **Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen oder Bitten um assistierten Suizid**

Wahrnehmungs- und Verhaltenshilfen

Langfassung

**Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen  
oder Bitten um assistierten Suizid**

Wahrnehmungs- und Verhaltenshilfen

Langfassung

Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen

Göttingen, 2024

Dieses Werk ist lizenziert unter CC BY-SA 4.0

(Nähere Informationen unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>)

Vorschlag für die Zitierweise:

Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen (2024)

Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen  
oder Bitten um assistierten Suizid.

Wahrnehmungs- und Verhaltenshilfen.

Langfassung

Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen,  
Göttingen

Impressum

**Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen**

Vorsitzender: Lutz Schütze, M.Sc.N.

Stellv. Vorsitzende: Prof. Dr. Sabine Wöhlke

Geschäftsstelle

Ethikkommission für Berufe in der Pflege, Niedersachsen

Humboldtallee 36

37073 Göttingen

Telefon: 0551-39 35345

E-Mail: [info@pflegeethikkommission-nds.de](mailto:info@pflegeethikkommission-nds.de)

Internet: [www.pflegeethikkommission-nds.de](http://www.pflegeethikkommission-nds.de)

## Vorbemerkung

Bei dem folgenden Text handelt es sich um die Langfassung der Empfehlung der Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen zum Thema „Konfrontation von Pflege(fach)personen mit Todeswünschen oder Bitten um assistierten Suizid“. Mit einer ausführlichen Darstellung zu den Hintergründen der Empfehlung, den analytischen Grundlagen des vorgeschlagenen Reflexionsmodells sowie dazugehörigen Quellennachweisen richtet sich die Langfassung insbesondere an Personen, die in der Ethikausbildung und -beratung sowie in der Pflegewissenschaft und Pflegeausbildung tätig sind. Eine Kurzfassung der Empfehlung, die sich insbesondere an Pflegepraktiker:innen richtet, findet sich auf der Website der Ethikkommission unter [www.pflegeethikkommission-nds.de](http://www.pflegeethikkommission-nds.de).

## 1 Einleitung

In einem wegweisenden Urteil hat das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 (BVerfG 2020) mit zwei Leitsätzen eine Position markiert, mit der dem Selbstbestimmungsrecht ein nicht mehr zu übertrumpfender, sondern lediglich mit anderen Rechtsgütern auszubalancierender Stellenwert in unserer Grundrechtsordnung zugesprochen wird. Beide Leitsätze lauten:

„1 b) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

1 c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.“

Gleichzeitig hat das Bundesverfassungsgericht nochmals betont, dass niemand zur Suizidbeihilfe verpflichtet werden kann.

In einer Stellungnahme hat der Deutsche Ethikrat das Recht auf Inanspruchnahme von Hilfe bei der Selbsttötung bekräftigt, gleichzeitig aber in einer Stärkung der Suizidprävention eine wichtige Aufgabe gesamtgesellschaftlicher Verantwortung gesehen (DER 2022). Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist nunmehr der Gesetzgeber aufgefordert, Regelungen im Umgang mit einem freiverantworteten Sterbewunsch zu treffen. Da es derzeit keine gesetzlichen Regelungen gibt, besteht starke Unsicherheit im Umgang mit Sterbewünschen. Vor allem auf Pflege(fach)personen lastet eine große Unsicherheit, weil sie sehr häufig die ersten Ansprechpartner:innen von Personen sind, die Todeswünsche oder Bitten um assistierten Suizid äußern (van Bruchem-van de Scheur et al. 2008 & 2007; Muller et al. 1997), und vielfach aus Gründen unzureichender Vorbereitung mit Konfusion und seelischer Erschütterung reagieren. Sie sehen sich ethischen Konflikten ausgesetzt, insofern sie sich einem pflegerischen Ethos verpflichtet fühlen, das einerseits durch Respekt einer personalen Autonomie charakterisiert ist, andererseits aber einer umfassenden menschlichen Fürsorgeverantwortung ebenso großes Gewicht beimisst (Dörmann et al. 2023; Persut et al. 2020). Aber nicht nur die damit (auf den ersten Blick) entstehenden Kollisionen zweier auch berufsethisch kodifizierter Orientierungen führen zu inneren Konflikten. Hinzu kommt, dass Arbeitgeber:innen und deren Einrichtungen häufig Leitbilder und Orientierungsvorgaben machen, die Einfluss auf das Pflegeteam und seine Handlungsmöglichkeiten nehmen (Dittke 2023). In bestimmten Fällen können diese Vorgaben im Widerspruch zu den persönlichen moralischen Überzeugungen der Mitarbeitenden stehen und dadurch zusätzliche Konflikte verursachen (Dörmann et al. 2023). Die Schwierigkeit zeigt sich weiterhin, die Freiverantwortlichkeit eines Suizidwunsches zu beurteilen (DER 2022). Es gilt für alle geäußerten Todeswünsche, dass diese wahr-

genommen und mit Blick auf den ganzen Menschen in allen seinen Lebenslagen (psychosoziale, spirituelle sowie existentielle Aspekte, Sorgen, Ängste) ernstgenommen werden müssen (Kremeike et al. 2019). Gleichzeitig ist darauf zu achten, geäußerte Todeswünsche nicht vorschnell zu pathologisieren und diesen somit nicht genügend Aufmerksamkeit zu schenken. Werden Todeswünsche oder Bitten um assistierten Suizid ohne eingehende Prüfung ursächlich auf eine unzureichende Pflegesituation zurückgeführt, kann dies zu Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen der Pflegepersonen führen.

Vor diesem Hintergrund möchte die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Pflege(fach)personen mit der vorliegenden Empfehlung eine erste Orientierungshilfe an die Hand geben. Dabei konzentrieren wir uns in Abgrenzung von anderen Handreichungen auf die Frage, wie Pflege(fach)personen mit verschiedenen Situationen professionell umgehen können. Es ist nicht die Absicht, ethische Positionen zum assistierten Suizid oder zu Todeswünschen abstrakt zu begründen. Vielmehr versteht sich die Empfehlung als eine Reflexionshilfe, die sich konkret auf die Situation von Pflege(fach)personen bezieht und sie unterstützen möchte, mit ihrer Betroffenheit umzugehen und Wege zu einer eigenen ethischen Position im Austausch und im Zusammenwirken mit anderen Akteur:innen des multiprofessionellen Teams unter Beachtung des ICN-Ethikkodex (ICN 2021) zu finden. Es müssen dabei, über eine individuelle Problemsicht hinaus, auch organisationsethische Gesichtspunkte mit einbezogen werden (Dörmann et al. 2023; Flügge et al. 2024).<sup>1</sup>

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass Todes- und Suizidwünsche vielschichtig sind und Veränderungen unterliegen können (Riedel 2024); zum anderen ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass persönliche Haltungen gegenüber geäußerten Sterbewünschen oder Wünschen nach Suizidassistenz naturgemäß schwankend sind (Dörmann et al. 2023). Dies hat auch mit individuell stark variierenden Charakteristika eines Falles zu tun; ferner mit Charakteristika der pflegerischen Beziehung zu der betreffenden Person; mit dem Grad des emotionalen Engagements, des Involviert-seins bzw. der professionell ebenso legitimen Distanz. Unabhängig davon sind das (ohnehin berufsethisch kodifizierte) Gebot des Respekts gegenüber persönlichen Willensbekundungen und der verfassungsrechtlich begründete Anspruch auf ein selbstbestimmtes Sterben zu achten.

Mit dieser Empfehlung wird das Ziel verfolgt, Pflege(fach)personen individuell in ihrer ethisch reflektierten Urteilsbildung von Fall zu Fall zu unterstützen. Sie sollen in die Lage versetzt werden, Todeswünsche oder Wünsche nach Suizidassistenz weder vorschnell „abzutun“, das heißt zu ignorieren oder zu bagatellisieren, noch sie als ein unverrückbares Faktum „hinzunehmen“. Die Bildung eines Urteils ist meist ein vielschichtiger Prozess. Deshalb wird im Folgenden ein Stufenmodell vorgelegt, das aufbauend auf sich zunächst aus einer individuellen Perspektive stellenden Fragen Pflege(fach)personen anschließend zur Übernahme einer mit der individuellen Perspektive zu koppelnden Teamperspektive anregt. Ein solches Stufenmodell legt sich (abgesehen von systematischen Erwägungen) deshalb nahe, weil Pflege(fach)personen häufig und möglicherweise auch in überwiegenderem Maße diejenigen sind, die zuerst mit Todeswünschen oder Wünschen nach Suizidassistenz konfrontiert werden. Für den Einbezug der interprofessionellen Teamperspektive sprechen sowohl sachliche als auch ethische Gründe. So kann auf diese Weise möglicherweise fehlgeleiteten Orientierungsvorgaben einer Organisation besser begegnet und Anforderungen einer Gesamtverantwortung solider entsprochen werden – dies stets in dem Bewusstsein, dass moralische Ansprüche ebenso wie Rechtsansprüche hilfebedürftiger Personen Priorität genießen.

---

<sup>1</sup> Die Ethikkommission für Berufe in der Pflege verweist zudem auf den Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen, der frei im Internet zur Verfügung steht und als zusätzliches Hilfsmittel hinzugezogen werden sollte (Uniklinik Köln 2023).

Im *ersten Schritt* des Stufenmodells soll den Anforderungen an die Analyse und Reflexion einer jeweils individuell bedeutsamen Situation in Bezug auf die Äußerung eines Todeswunsches oder der Bitte um assistierten Suizid aus verschiedenen Perspektiven Rechnung getragen werden. Als zweiten Schritt schlagen wir eine Vorgehensweise vor, mit der eine strikt am interprofessionellen Team auszurichtende, ethisch begründete Urteilsbildung vorbereitet werden kann, wobei die Belange der hilfebedürftigen Person und ihres sozialen Umfeldes stets im Sinne ihrer möglichst aktiven Einbeziehung von zentraler Bedeutung sind. Die Reflexion wird auf beiden Stufen durch Fragen angeleitet. Diese verstehen sich nicht als ein „Katalog“, den es vollständig „abzuarbeiten“ gilt, sondern als Impulse, die für die Reflexion einer konkreten Situation flexibel genutzt werden können.

## 2 Analyse und Reflexion der Situation

### 2.1 Die Perspektive der Person

In ihrem beruflichen Alltag können Pflege(fach)personen mit Situationen konfrontiert werden, die sie als konflikthaft erleben. Dabei wird das Erleben eines Konfliktes stark durch eine häufig unbewusste moralische Bewertung der Konfliktsituation beeinflusst (Flügge et al. 2024; Dörmann et al. 2023; Persut et al. 2020). Angesprochen fühlt sich die Person beispielsweise in ihren Auffassungen dessen, was für sie als rechtmäßig oder auch als gerecht gilt, in ihrem Verständnis von Freiheit und dessen Schutzwürdigkeit, überhaupt in ihren Überzeugungen höchst persönlicher Verantwortlichkeiten und damit zusammenhängenden Pflichten. Als konflikthaft erlebte Situationen fordern die Person unmittelbar in ihrem *ethischen Selbstverständnis* heraus, das heißt in einem Selbstverständnis, das durch ein lebensgeschichtlich entwickeltes und durch neue Erfahrungen ebenso veränderbares *moralisches Gewissen* geprägt ist. Entsprechende moralische Überzeugungen müssen mit den für einen Beruf als gültig erklärten ethischen Normen und Werten nicht immer vollständig übereinstimmen. Auch in dieser Hinsicht können je nach Situation Konflikte entstehen.

Die Äußerung eines Todeswunsches oder der geäußerte Wunsch nach Suizidassistenz stellt für Pflege(fach)personen in der Regel eine Konfrontation mit ihrem *ethischen Selbstverständnis* dar. Zur Klärung der Unbezweifelbarkeit eines solchen Wunsches, wozu auch unterschiedliche Einfluss- und „Färbungs“faktoren seiner Äußerung gehören, empfiehlt es sich, die situativen Umstände eines geäußerten Todeswunsches oder Wunsches nach Suizidassistenz mithilfe der folgenden Fragen zu reflektieren.

#### *Situative Umstände*

- In welcher konkreten Situation ist der Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, mitgeteilt worden?
- Handelt es sich um eine eher beiläufige Bemerkung oder wurde der Wunsch gezielt in einem Gespräch angebahnt und als ein dringliches Anliegen mitgeteilt?
- Handelte es sich um eine erstmalige oder eine wiederholte Äußerung?
- Ist bekannt/dokumentiert, ob dieser Wunsch (möglicherweise andeutungsweise) bereits gegenüber anderen Mitarbeitenden geäußert worden ist?
- Liegen Informationen über die betreffende Person vor (individuell, geteilt im Team, formal dokumentiert), die die Äußerung eines Todeswunsches ggf. erwartbar erscheinen ließen?
- In welcher Atmosphäre oder auch persönlichen Gestimmtheit ist der Wunsch von der betreffenden Person mitgeteilt worden?
- Wie ist die Pflege(fach)personals Ansprechpartner:in auf diesen Wunsch eingegangen und wie hat sie konkret reagiert?

- Wie hat sich der weitere Gesprächsverlauf gestaltet?
- Sind weitere Gesprächspartner:innen (z. B. Seelsorge) hinzugezogen worden?

### *Reflexion der persönlichen Betroffenheit*

Zwar kann das ethische Selbstverständnis einer Person als das Resultat einer geistigen Auseinandersetzung beschrieben werden. Es manifestiert sich allerdings häufig auch in bestimmten Gefühlseinstellungen und persönlichen Haltungen, die dem Bewusstsein nicht immer präsent sind. Es empfiehlt sich daher, sich im Zusammenhang mit einer als moralisch bedeutsam erlebten Situation die dabei hervorgerufenen Gefühle („moralisches Bauchgefühl“) im Sinne einer Selbstreflexion bewusst zu machen. Dabei kann es für die angesprochene Pflege(fach)person hilfreich sein, sich folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Gefühle, Befürchtungen und/oder Wünsche löst der geäußerte Todeswunsch bei mir aus?
- Zu welchen persönlichen Irritationen, Unsicherheiten trägt der geäußerte Todeswunsch bei?
- Empfinde ich den geäußerten Todeswunsch als eine persönliche Enttäuschung oder gar Kränkung?
- Erlebe ich die Konfrontation mit einem Todeswunsch als Spiegel eines persönlichen Versagens?
- Löst der Todeswunsch bei mir Schuldgefühle aus wegen möglicherweise bestehender Mängel der pflegerischen Versorgung?
- Habe ich in der Situation das Gefühl gehabt, mich innerlich zurückziehen zu müssen?
- Gibt es bestimmte Verhaltensreaktionen (verstanden auch als „Strategien“), die es mir erlauben, mit dem geäußerten Todeswunsch (gut, besser) umzugehen?
- Was könnte mir helfen, den geäußerten Wunsch zu akzeptieren?
- Was könnte mir helfen, mit dem geäußerten Wunsch (gut, besser) umzugehen?
- Habe ich mögliche Sorgen, Ängste, Nöte, die hinter dem geäußerten Todeswunsch stehen können, angesprochen?
- Welche Personen habe ich als mögliche Gesprächspartner:innen einbezogen ?
- Steht der geäußerte Todeswunsch im Widerspruch zu meinen eigenen ethischen Grundhaltungen?
- Wenn ich mich in die Situation der Person, die den Sterbewunsch äußert, hineinversetze (durch ihre Augen schaue), wie würde ich dann die Situation betrachten?
- Gibt es für mich Argumente, mich als „Anwalt/Anwältin“ der betreffenden Person zu fühlen?
- Was würde mir helfen, die Rolle eines Anwalts/einer Anwältin der betreffenden Person auszufüllen?
- Was würde mir helfen, eine anwaltliche Rolle übernehmen zu können, ohne mich mit der betreffenden Person identifizieren zu müssen?

## **2.2 Die Perspektive des Teams und der Organisation**

Auch wenn das *ethische Selbstverständnis* einer Pflege(fach)person einen lebensgeschichtlichen Kern aufweist, so sind deren moralische Überzeugungen immer auch mitgeprägt durch berufsethische Maßstäbe der Profession (z. B. ICN-Ethikkodex). Darüber hinaus ist anzunehmen, dass das moralische *Verhalten* einer Pflege(fach)person nicht bloß eine pflichtgetreue Umsetzung ihrer Überzeugungen verstanden werden kann, sondern dass es in unterschiedlichem Maße vom Leitbild der Organisation, von der jeweiligen Team- und Führungskultur, von möglicherweise auch vorhandenen provisorischen Absprachen einer Organisationseinheit, darüber hinaus von größeren organisationalen Strukturen, Politiken und wirtschaftlichen Interessen mitbeeinflusst wird. Auch stellt sich die Frage, inwieweit die Organisation über ein Ethikkomitee verfügt bzw. eine Kooperation mit ambulanten Ethikkomitees existiert und inwieweit es in solchem Falle Kommunikations- bzw. Translationseffekte gibt.

Aus der *organisationalen* Perspektive bieten sich für Pflege(fach)personen daher nachstehende Fragen zur Reflexion an:

- Gibt es Vorschriften in meinem Arbeitsvertrag, die mich in meinen Ansprüchen an pflegeethisches Verhalten eingrenzen?
- Gibt es ein organisationsgebundenes ethisches Leitbild?
- Fühle ich mich diesem Leitbild gegenüber verpflichtet?
- Wirkt sich dieses Leitbild tatsächlich auf mein Verhalten aus?
- Gibt es möglicherweise ethische Leitlinien oder Vorschriften in meiner Einrichtung, wie sich Pflege(fach)personen im Falle der Äußerung von Todeswünschen oder von Bitten um assistierten Suizid zu verhalten haben?
- Welche Rolle ist mir in der Organisation als Pflege(fach)person zugeschrieben?
- Welche Stellung nehme ich in der Organisation als Pflege(fach)person tatsächlich ein?
- Gibt es innerhalb meiner Organisation Erfordernisse oder Widerstände, meine persönliche Meinung und professionelle Überzeugung zu äußern?
- Bringe ich die Bereitschaft mit, mich Konflikten zu stellen und mich mit Vorgaben kritisch auseinanderzusetzen?
- Halte ich meine eigenen moralischen Orientierungen mit Blick auf den Umgang mit Todeswünschen für widerspruchsfrei?
- Welche moralischen Haltungen verkörpert mein Team mit Blick auf geäußerte Todeswünsche oder Bitten um assistierten Suizid?
- Kann ich in meinem Team Konflikte thematisieren?
- Kann ich in meinem Team offen über Situationen sprechen, in denen Todeswünsche oder Bitten um einen assistierten Suizid geäußert wurden?
- Gibt es im pflegeprofessionellen Team die Bereitschaft, sich über ethische Fragen des assistierten Suizids und Fragen der Freiverantwortlichkeit zu verständigen?
- Welche Reaktion erwarte ich im Team, wenn ich solche Fragen/Themen anspreche?
- Gibt es informelle oder formelle Absprachen im Team dazu, auf die ich in einer Situation, in der ich mit Todeswünschen einer Person konfrontiert bin, zurückgreifen kann?
- Gibt es in solchen Fällen eine konkrete Ansprechperson?
- Gibt es ggf. weitere Kolleg:innen, die einbezogen werden sollten?
- Gibt es informelle Absprachen, ggf. An- und Zugehörige zu kontaktieren bzw. einzubeziehen?
- Wie groß ist die Verständigungsbereitschaft auf der interprofessionellen Leitungsebene der Organisationseinheit?
- Finden im Falle der Äußerung von Todeswünschen oder von Bitten um einen assistierten Suizid gemeinsame Besprechungen im interprofessionellen Behandlungsteam (Ärzt:innen, Pflege(fach)personen, Betreuungskräfte, Physiotherapeut:innen, Ergotherapeut:innen) statt?
- Werden in solch einem Fall Gremien der Ethikberatung (z. B. hausinternes Ethikkomitee oder alternativ ein regionales ambulantes Ethikkomitee) einbezogen?
- Gibt es Absprachen, wie im Falle von Meinungsverschiedenheiten verfahren werden soll (z. B. wenn Professionen sich untereinander nicht einigen können oder Uneinigkeit mit An- und Zugehörigen besteht)?

### **3 Vorschlag zur Vorgehensweise bei der Urteilsbildung im Team**

Vor dem Hintergrund der zuvor aufgeführten Fragen möchten wir im Folgenden einen Vorschlag unterbreiten, auf welchem Wege, das heißt mit welchen Schritten in den Fällen zu einem ethisch begründeten Urteil zu gelangen ist, in denen ein Todeswunsch oder eine Bitte um einen assistierten Suizid an

eine Pflege(fach)person herangetragen wird (vgl. zu dieser Vorgehensweise Remmers 2000). Dabei gehen wir davon aus, dass sich über eine Pflege(fach)person hinaus stets ein Pflorgeteam und idealerweise ein interprofessionelles Versorgungsteam mit einem solchen Wunsch zu befassen hat – dies auch deswegen, weil einem solchen Versorgungsteam die Gesamtverantwortung obliegt. Wir gehen ferner von der Annahme aus, dass eine ethische Begründung von Urteilen, Entscheidungen bzw. Handlungen darauf abzielt, mehr oder weniger unvermeidbare Konflikte zu lösen.

### 3.1 Klärung der pflegerisch-medizinischen Sachlage

- Sind alle Möglichkeiten der pflegerisch-medizinischen, vor allem der palliativen Versorgung mit dem Zweck, Leiden zu lindern und Lebensqualität zu fördern, in Übereinstimmung mit dem Willen der betroffenen Person, ausgeschöpft?
- Welche Angebote sind im Einzelnen gemacht worden?
- Welche Wirksamkeit haben die durchgeführten Maßnahmen gezeigt?
- Welche Alternativen gibt es möglicherweise noch?

### 3.2 Sozialökologische<sup>2</sup> Einschätzung der Lage der den Todeswunsch äußernden Person

- Welches Selbstbild hat die betreffende Person?
- Wie schätzt die Person ihre gegenwärtige Lage und ihre Lebensumstände ein?
- Wird die Person in ihrer Würde ausreichend geschützt?
- In welchem Ausmaß ist die betreffende Person in der Lage, ihrem Willen Ausdruck zu verleihen?
- Werden Willensäußerungen der Person hinreichend respektiert?
- In welchem Ausmaß konnten bzw. können Wünsche der Person erfüllt werden?
- Wie schätzt die Person ihr gemeinschaftliches Lebensumfeld ein?
- In welchem Ausmaß konnten bzw. können Ansprüche der Person auf ein soziales Leben im Sinne sozialer Teilhabe erfüllt und damit ihr soziales Leben verbessert werden?
- Welche Angebote der Unterstützung einer „abschiedlichen Existenz“ („Lebensbilanz-arbeit“ im Sinne von Spiritual / Existential Care interprofessionell) wurden angeboten und welche wurden in Anspruch genommen?
- Wie haben sich diese Angebote sowohl für die betreffende Person als auch für ihre An- und Zugehörigen, ihr weiteres soziales Umfeld ausgewirkt?

### 3.3 Weitere Schritte: Bilanzierung in Form einer interprofessionellen, ethisch begründeten Urteilsbildung

Ethische Empfehlungen für eine weitere Vorgehensweise sollten immer auf der Grundlage einer Bilanz der jeweiligen pflegerisch-medizinischen Sachlage sowie der sozialökologischen Lage der betreffenden Person getroffen werden bei grundsätzlicher Anerkennung moralischer und rechtlicher Ansprüche auf Respektierung ihrer Integrität. Zudem sollten ethische Empfehlungen stets als solche eines interprofessionellen Teams verstanden werden. Nach Möglichkeit ist dabei ein Konsens anzustreben. Konflikte sind dabei nie auszuschließen. Erfahrungsgemäß handelt es sich zum einen (a) um Gewissenskonflikte, zum anderen (b) um Konflikte bei der Beurteilung der mit einer Empfehlung verbundenen Folgen (*ethischer Konsequentialismus*).

---

<sup>2</sup> Unter "Sozialökologie" wird ein analytischer Ansatz der Sozialforschung verstanden, der auf Lebensbedingungen des engeren und weiteren räumlichen Umfeldes einer Person oder Gruppe ausgerichtet ist. Er kann auch biologisch-physikalische Umweltbedingungen miteinschließen.

(a) *Gewissenskonflikte*: Persönliche moralische Überzeugungen von Mitgliedern des Teams können mit moralischen bzw. Rechtsansprüchen der betroffenen Person kollidieren. Im Falle nicht-schlichtbarer Gewissenskonflikte könnte sich der Rückzug eines Mitglieds des Teams nahelegen, das einer Empfehlung nicht folgen kann, und zwar im Sinne der Abgabe persönlicher Verantwortung, um die eigene, an für sie gültigen Normen orientierte Integrität wahren zu können. Zwar wird mit der Formel „Berufskodex vor Individualkodex“ eine kontextunabhängige, überindividuelle Garantenstellung (berufliche Verlässlichkeit und Integrität, Abwehr persönlicher Willkür) zugesichert. Dennoch hat sie hinsichtlich der Gewissensautonomie eine eingeschränkte Geltung.

(b) *Konflikte bei der Beurteilung von Folgen*: Es empfiehlt sich, verschiedene Ebenen der Folgenorientierung zu unterscheiden:

#### *Individuelle Aspekte*

- Was bedeutet es für die betreffende Person, wenn (aus unterschiedlichen Gründen) ihren Wünschen bzw. ihrem geäußerten Willen nicht entsprochen wird?
- Welche Bedeutung hat dies für die professionelle Beziehungsgestaltung (z. B. Gefahr eines Vertrauensverlusts?)
- Wurden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, die Beweggründe für den Todes- oder Suizidwunsch zu identifizieren?

#### *Soziale Aspekte*

- Welche Bedeutung hätte die Empfehlung, den Wünschen bzw. dem geäußerten Willen der betreffenden Person zu entsprechen oder nicht zu entsprechen, für das gesamte soziale Umfeld?
- Sind möglicherweise Schuldgefühle bei den An-/Zugehörigen zu erwarten?
- Hat die Person ihre Wünsche, ihren Willen im Vorfeld bspw. mit An- oder Zugehörigen kommuniziert und welche Haltungen haben diese gegenüber den geäußerten Wünschen bzw. gegenüber dem Willen gezeigt?
- Was bietet die Einrichtung für Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen an, um über einen durchgeführten assistierten Suizid professionell begleitet zu sprechen (z. B. Supervision)?

#### *Folgen für professionelle Qualitäts-/Wertstandards (Berufskodex)*

- Sind je nach Empfehlung, den Wünschen bzw. dem geäußerten Willen der betreffenden Person zu entsprechen oder nicht zu entsprechen, Schuldgefühle seitens professioneller Akteur:innen zu erwarten?
- Sind Selbstvorwürfe oder auch Dauerkonflikte zu erwarten, z. B. aus dem Gefühl heraus, nicht genügend für die betreffende Person getan zu haben?
- Ist je nach Empfehlung mit einem Ansehensverlust der Einrichtung oder der gesamten Berufsgruppe zu rechnen?
- Welche Folgen sind je nach Empfehlung für das Werteverständnis der Profession zu erwarten?

Für die Beurteilung der Folgen ist *grundsätzlich* zu bedenken:

- Aus der Bilanzierung einer objektiv gegebenen Sachlage sowie der Einschätzung der von der betroffenen Person empfundenen sozialen Gesamtsituation lassen sich lediglich provisorische ethische Empfehlungen ableiten. Niemals sind Ungewissheiten oder Zweifel restlos auszuräumen.
- Immer sind unter verschiedenen Gesichtspunkten Abwägungen vorzunehmen. Generell gültige, eindeutige Abwägungskriterien sind nur schwer zu definieren und sie werden sich auch nur begrenzt anwenden lassen.
- Annahmen über zu erwartende Folgen haben einen stark hypothetischen Charakter, das heißt sie gelten immer nur unter bestimmten Voraussetzungen.
- Verallgemeinerbar ist jedoch der ethische Grundsatz der Perspektivenverschränkung. Er besagt, bei allen ethischen Erwägungen die Perspektive der betroffenen Person und ihres sozialen Umfeldes einzunehmen (sie mit ihren Augen zu betrachten, in ihre Schuhe zu schlüpfen). Die Realisierung dieses Grundsatzes bedeutet wiederum, bei der professionellen Sicht auf zu lösende Konflikte immer auch die Teilnehmerperspektive einzunehmen.

#### 4 Fazit

Die Ethikkommission für Berufe in der Pflege Niedersachsen betont, dass der Umgang mit Todeswünschen oder Bitten um Suizidassistenz eine komplexe Angelegenheit ist. Diese erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Professionen und ist somit eine interprofessionelle Aufgabe. Aufgrund ihrer besonderen Nähe zu Menschen mit Pflegebedarf und ihrer An- und Zugehörigen nimmt die Profession Pflege eine wichtige Rolle bei der Suizidassistenz ein. Pflege(fach)personen tragen sowohl Verantwortung für die differenzierte Wahrnehmung von Todeswünschen oder Wünschen nach Suizidassistenz als auch für die qualifizierte Begleitung von Personen, die solche Wünsche äußern. Diese professionelle Rolle muss von Pflege(fach)personen erkannt und wahrgenommen und in der interprofessionellen Zusammenarbeit auch respektiert werden. Es muss in der beruflichen Praxis möglich sein, regelmäßig professions- und disziplinübergreifende Fallbesprechungen durchzuführen, in denen die Pflege eine gewichtige Rolle und Funktion einnimmt. Für den Fall, dass Pflege(fach)personen bei einer Suizidassistenz mitwirken, ist ihre Beteiligung an den vorausgehenden Urteilsbildungs- und Entscheidungsprozessen zwingend. Damit sich Pflege(fach)personen mit ihrer spezifischen Kompetenz und professionellen Perspektive aktiv in diese Prozesse einbringen können, sind aus Sicht der Ethikkommission für Berufe in der Pflege entsprechende Weiterbildungen für jene, die mit geäußerten Todeswünschen konfrontiert werden oder in die Suizidassistenz jeglicher Art involviert sind, dringend zu empfehlen (Stanze et al. 2024; Voltz et al. 2021; Uniklinik Köln 2023).

Pflege(fach)personen sollten sich mit der Aufgabe der Suizidassistenz insofern identifizieren, dass der geäußerte Todeswunsch erkannt und ernstgenommen wird und der professionelle Umgang damit zu ihren Pflichten gehört (vgl. Riedel 2024). Pflege(fach)personen haben eine relevante Netzwerkfunktion und sind dazu angehalten, entsprechende Professionen und speziell weitergebildete Personen einzubinden, die auf Personen, die einen Todeswunsch oder den Wunsch nach Suizidassistenz äußern, professionell eingehen können. Auch wenn sich grundsätzlich alle beruflich Pflegenden mit diesem Thema auseinandersetzen müssen, können im Umgang mit Todeswünschen Unsicherheiten bestehen. In solchen Fällen sollte es möglich sein, entsprechend weiter qualifizierte Pflegefachpersonen beratend heranzuziehen. Die Ethikkommission für Berufe in der Pflege empfiehlt daher, zumindest für einzelne Mitglieder im Pflegeteam spezifische Weiterbildungen vorzusehen, die sowohl den Bereich der (allgemeinen) palliativen Versorgungsmöglichkeiten (z. B. Letzte Hilfe Professionell, DGP zertifiziertes Basiscurriculum Palliative Care multiprofessionell usw.), die Suizidprävention (z. B. NaSpro 2024) als auch den

Umgang mit Todeswünschen (z. B. Uniklinik Köln 2023) und letztlich die Suizidassistenz (z. B. Stanze et al. 2024) umfassen. Dies sollte durch eine Aufgabenverteilung im pflegerischen Team erfolgen, denn nicht jede Person muss die gleichen und vor allem umfänglichen Fähigkeiten dazu besitzen. Vielmehr ist es Aufgabe der Institutionen und Organisationen für entsprechend weitergebildetes Fachpersonal im pflegerischen Team zu sorgen.

### Literatur- und Quellenverzeichnis

BVerfG (2020): Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 -, Rn. 1-343, [https://www.bverfg.de/e/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html) (Zugriff 04.07.2024).

Deutscher Ethikrat (DER) (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (Zugriff 04.07.2024).

Dittke, P. (2023): (K)ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben in der stationären Pflege? - Gewährleistungsgehalt und Grenzen des 'neuen' Grundrechts. In: *PflegeRecht* (3):122–131.

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. In: *Palliative Medicine Reports* 21; 4(1):175–184 (DOI: 10.1089/pmr.2023.0019).

Feichtner, A. (2022): Der Wunsch zu sterben. In: A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke, D. Weixler (Hg.): *Assistierter Suizid*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3–10 (DOI: 10.1007/978-3-662-64347-1\_1).

Feinauer, S., Haug, P. M., Klotz, K., Heidenreich, T., Riedel, A. (2023): Mit Wünschen nach Suizidassistenz professionell umgehen. In: *PflegeZeitschrift* 76(7):12–15 (DOI: 10.1007/s41906-023-2102-x).

Flügge, K., Kirchner, C., Seeger, Y., Meyer, G. (2024): Einstellungen von Pflegenden zum assistierten Suizid in der stationären Langzeitpflege: Eine qualitative Interview-Studie. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 25(2):85–93 (DOI: 10.1055/a-2205-8841).

International Council of Nurses (ICN) (2021): Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. [https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN\\_Code-of-Ethics\\_DE\\_WEB.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf) (Zugriff 04.07.2024).

Kremeike, K., Perrar, K. M., Lindner, R., Bostroem, K., Montag, T., Voltz, R. (2019): Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 20(6):323–335 (DOI: 10.1055/a-0733-2062).

Muller, M. T., Pijnenborg, L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Wal, G., van Eijk, J. T. M. (1997): The role of the nurse in active euthanasia and physician-assisted suicide. In: *Journal of Advanced Nursing* 26(2):424–430 (DOI: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997026424.x).

Nationales Suizidpräventionsprogramm (NaSpro) (2024): Suizidprävention ist möglich. <https://www.suizidpraevention.de/> (Zugriff 04.07.2024).

Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., Janke, R. (2020): Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. In: *Nursing Ethics* 27(1):152–167 (DOI: 10.1177/0969733019845127).

Remmers, H. (2000): *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft.* Bern u. a.: Huber Verlag, 263–290.

Riedel, A. (2024): Assistierter Suizid und die Pflege(nden). In: C. Bozzaro, G. Richter, C. Rehmann-Sutter (Hg.): *Ethik des assistierten Suizids – Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen.* Bielefeld: transcript Verlag, 85–105.

Stanze, H., Radbruch, L. Kern, M., Castellanos-Herr, N-R., Sandt, R. (2024): „Ich kann und will nicht mehr“: Curriculum für die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Umgang mit Sterbewünschen und Suizidassistenten in Deutschland. Reihe Palliative Care 1. Bonn: Pallia Med Verlag.

Uniklinik Köln Zentrum für Palliativmedizin (2022): Leitfaden Umgang mit Todeswünschen. <https://webstatic.uk-koeln.de/im/dwn/pboxx-pixelboxx-218613/leitfaden-umgang-mit-todeswuen-schen-uniklinik-koeln.pdf> (Zugriff 04.07.2024)

Voltz, R., Boström, K., Dojan, T., Rosendahl, C., Gehrke, L., Shah-Hosseini, K., Kreimeike, K. (2022): Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. In: *Palliative Medicine* 36(3):489–497 (DOI: 10.1177/02692163211065671).

van Bruchem-van de Scheur, G. G., van der Arend, A. J. G., Abu-Saad, H. H., van Wijmen, F. C. B., Spreeuwenberg, C., ter Meulen, R. H. J. (2008): Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. In: *Journal of Advanced Nursing* 17(2):1618–1626 (DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x).

van Bruchem-van de Scheur, G. G., van der Arend, A. J., Spreeuwenberg, C., Abu-Saad, H. H., ter Meulen, R. H. (2007): Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. In: *Journal of Advanced Nursing* 58(1):44–52 (DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x).