



Sterbewünsche und Suizidprävention bei Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung – Arbeitshilfe für die Eingliederungshilfe und Hospiz- bzw. Palliativinstitutionen

Stand: 23.05.2023

1. Ausgangslage

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020¹ wird die Frage nach dem assistierten Suizid und seiner Umsetzung in der Öffentlichkeit wie in den Medien vielfach diskutiert. Es gibt inzwischen zahlreiche fachliche Stellungnahmen zum Umgang mit Sterbewünschen und der Frage nach Suizidassistenz aus den verschiedensten Gremien.^{2,3,4,5}

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und komplexer Behinderung kommen in der Debatte allerdings bisher kaum vor. Diese Menschen haben aber dasselbe Recht wie alle anderen, ihre Ängste vor dem Sterben zu äußern, und dasselbe Recht, dass auf ihre Sterbewünsche eingegangen wird. Die nachstehenden Empfehlungen wollen Unterstützung geben, wie mit diesen Wünschen umgegangen werden kann und welche Besonderheiten in der Begleitung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und komplexer Behinderung zu beachten sind.

2. Rechtlicher Rahmen

Nach den Leitsätzen des Bundesverfassungsgerichts umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben und dabei auch die Freiheit, hierfür Hilfe bei Dritten zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Hilfe zur Selbsttötung ist nach den Ausführungen des Gerichts jedoch nur erlaubt, wenn der Wunsch freiverantwortlich, ernsthaft und dauerhaft geäußert wird und nicht unter Druck zustande gekommen ist.

Das Gericht fordert einen effektiven Schutz der Selbstbestimmung ebenso wie den Schutz des Lebens. Es dürfe auch niemand verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

Differenziertere Rechtsvorschriften zur Umsetzung liegen bisher nicht vor. Verschiedene Gesetzesvorhaben befinden sich in der Diskussion. Auf die Personengruppe der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird dabei allerdings nicht näher eingegangen.

3. Sterbewünsche von Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung

Über Sterbeverläufe, Sterbeursachen, Umstände der Begleitung, aber auch Sterbewünsche und Suizidbegehren bei Menschen mit Behinderungen existiert bisher nur wenig gesichertes Wissen. Mitarbeitende in Einrichtungen berichten ebenso wie Angehörige und rechtliche Betreuer:innen von Einzelfällen, die die Begleitenden vor komplexe Herausforderungen stellen. Dabei schwingt speziell in Deutschland häufig die Erinnerung an die menschenverachtende Tötungspolitik des Nationalsozialismus mit. Andere Länder kennen weniger Vorbehalte mit dem Begriff „Euthanasie“. Beihilfe zur Selbsttötung bez. Töten auf Verlangen sind dort bereits seit längerer Zeit **unter gewissen Bedingungen** straffrei (Niederlande, Schweiz, Belgien u.a.). In diesen Ländern existieren auch bereits erste Erkenntnisse zur Inanspruchnahme von Suizidhilfe bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.^{6,7} In Deutschland sind dagegen bisher nur wenige Erfahrungen bekannt geworden.

Obwohl die Forderungen und die gesetzlichen Voraussetzungen (UN-BRK, BTHG) für eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben und für die Selbstbestimmung von Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung schon lange bestehen, werden ihnen häufig bis heute eine Willensbildung, eine selbstbestimmte Entscheidungsmöglichkeit und Einwilligungsfähigkeit – so auch ernsthafte Sterbewünsche – nicht zugetraut. Nonverbale Willensbekundungen oder Äußerungen in symbolischer Form (z.B. in Form von Bildern oder erzählten Geschichten) werden nicht registriert, nicht ernst genommen oder nicht verstanden. Dies geschieht zum Teil auch aus eigener Unsicherheit der Begleitenden in Situationen, in denen sie sich unvorbereitet mit Fragen von Sterben und Tod auseinandersetzen müssen.

Sterbewünsche von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind – ebenso wie bei allen anderen Menschen – meist Zeichen einer ausweglos erscheinenden Notsituation. Bei diesen Menschen können ein erschwertes Verständnis der Umwelt oder Schwierigkeiten in der Kommunikation hinzukommen. Sterbewünsche sind zudem in hohem Maße situationsgebunden, Wünsche zu leben wie Wünsche zu sterben können von Tag zu Tag stark wechseln. Ein dauerhafter und konstanter Wunsch zu sterben ist – auch bei Menschen mit schwersten und komplexen Behinderungen – die Ausnahme. Der Lebenswille, ebenso wie die Lebensqualität dieser Menschen werden oft eher unterschätzt.

4. Blickwinkel der Umgebung auf Sterbewünsche

a. Sichtweise der Umgebung auf Sterbewünsche

Im Kontext der Debatte um den assistierten Suizid wird gelegentlich die Auffassung vertreten, dass das Leben von Menschen mit komplexer Behinderung von großem Leid gekennzeichnet sei und keine Lebensqualität erlaube; die individuelle Beurteilung der Lebensqualität ist stets subjektiv. Die pauschalierende Verknüpfung von „Behinderung“ und „Leid“ entspricht nicht dem subjektiven Erleben von Menschen mit

Behinderung. Die Zuschreibung von Leid und unzureichender Lebensqualität stellt eine unzulässige Diskriminierung dar und kann im Kontext der Debatte um den assistierten Suizid behindertenfeindliche Haltungen fördern. Daher muss die Diskussion hier besonders sensibel und wachsam geführt werden.

In Entscheidungssituationen, insbesondere auch bei schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Erkrankungen, wird häufig stellvertretend für diese Menschen entschieden. Viele rechtliche Betreuer:innen und Angehörige sehen stellvertretende Entscheidungen als Teil ihrer Verantwortung für das Familienmitglied bzw. die zu betreuende Person mit Behinderung.

Bereits nach dem Patientenverfügungsgesetz von 2009 haben sich Betreuer:innen am mutmaßlichen Willen des/der Betreuten zu orientieren. Das zum 01.01.2023 in Kraft getretene neue Betreuungsrecht⁸ betont nochmals ausdrücklich das Selbstbestimmungsrecht dieser Menschen: Die Aufgabe der gesetzlichen Vertreter:innen ist es, die Entscheidungs- bzw. Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person zu unterstützen, zu fördern und, wo möglich, eigenes, selbstbestimmtes Handeln zu gewährleisten bez. ihrem Willen Geltung zu verschaffen. Positiv aufgegriffen wurde dies bereits im Hospiz- und Palliativgesetz von 2015. Der daraus resultierende Paragraph 132g im SGB V spricht neben Bewohner:innen von Pflegeeinrichtungen ausdrücklich auch Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe das Recht auf Beratung zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase zu. Durch die Beratung kann ein Gesprächsraum entstehen, in dem auch Sterbewünsche frühzeitig besprechbar werden.

b. Einstellungen und Aufgaben der Umgebung zum Umgang mit Sterbewünschen

Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben häufig eine bestimmte Organisationskultur, die im Umgang mit dem Thema bedeutsam sein kann. Je nach weltanschaulicher Ausrichtung, ggfs. auch Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft, lassen sie sich in ihrer Arbeit von Wertvorstellungen leiten, die sich in Leitbildern abbilden. Diese sind geprägt von der Anerkennung des Lebensrechts von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Viele Mitarbeitende teilen diese Wertvorstellungen. Deshalb kann es bei einem offenen Umgang mit dem Thema Sterbewünsche für Einrichtungen und für einzelne Mitarbeitende zu Konflikten kommen, die mit allen Beteiligten anzusprechen und vor dem Hintergrund der Autonomie jedes Menschen zu klären sind. Dies gilt in ähnlicher Weise auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die in familiärem Umfeld leben.

Hierbei können folgende Vorschläge und Überlegungen helfen:

- Die Institutionen sollten einen Orientierungsrahmen zum Umgang mit Sterbewünschen und Anfragen zum assistierten Suizid erarbeiten, um Mitarbeiter:innen Sicherheit und Rückendeckung zu geben: Was ist erlaubt, was wird empfohlen, wo sind Grenzen?
- Mitarbeitende und vertraute Personen von Menschen mit Behinderung sollten Angebote zur Auseinandersetzung mit dem Thema erhalten, um eine persönliche Einstellung zum Suizid und zur Suizidassistenz entwickeln zu können.

- Mitarbeitende wie Angehörige sollen angeleitet werden, sich auf dieser Basis auseinanderzusetzen und sich im Gespräch darüber auszutauschen, um handlungsfähig zu werden, ggf. unterstützt durch Argumentationshilfen, Fortbildung und Supervision.
- Einrichtungsleitungen sollten intern Fachkräfte für eine palliative Versorgung vorhalten bzw. ausbilden und/oder mit Fachdiensten (Pflegediensten, Hausärzt:innen, Hospizdiensten, SAPV) kooperieren, um Mitarbeitende in der Begleitung am Lebensende zu unterstützen.
- Mitarbeitende wie Angehörige benötigen vertieftes Wissen um die rechtlichen Grundlagen. Verbale und nonverbale Willensäußerungen müssen regelhaft dokumentiert werden. Rechtswirksame Unterlagen wie Vollmachten, Patientenverfügungen sollten bekannt und verfügbar sein, insbesondere in leichter Sprache.
- Mit dem rechtlichen Betreuenden sollte generell eine intensive Kooperation bestehen, sodass auch bei Bemerkungen zum Thema oder auffälligem Verhalten im Zusammenhang mit Sterben und Tod eine zeitnahe Kommunikation möglich ist. Gemeinsames Ziel sollte ein wertschätzender und respektierender Umgang mit den Wünschen des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sein.
- Bei konkreten Anfragen gilt es Raum zu schaffen für gemeinsame Überlegungen mit allen Beteiligten (im Team, mit Einrichtungsleitung, möglichst auch mit den betreuten Menschen), wie ein würdevoller Sterbeprozess noch besser umgesetzt werden kann.
- Wenn in einer Ausnahmesituation eine Person trotz aller Gespräche und Angebote zur Begleitung bei ihrem Wunsch nach Hilfe zum Suizid bleiben sollte, muss die Leitung der Institution informiert werden und eine gemeinsame Entscheidung über weitere Schritte getroffen werden (über mögliche Vorgehensweisen siehe das DGP-Papier⁴ „Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung“ von 2021, S. 25-27).
- In schwierigen Situationen bzw. bei komplexen Konstellationen hat es sich als hilfreich erwiesen, Rat und Unterstützung von außen zu holen, z.B. in Form der moderierten Ethikberatung.

Unabhängig von konkreten Situationen gilt es, eine für alle Fragen um Sterben und Tod offene und sensible Kultur zu entwickeln, in der Wertschätzung auch für unheilbar kranke und sterbende Menschen erfahrbar ist. Dazu gehört es, dass Einrichtungen für Menschen mit Behinderung Konzepte der Suizidprävention entwickeln.

5. Empfehlungen zum Umgang mit Sterbewünschen und Suizidgedanken

Für den Umgang mit Sterbewünschen und Suizidgedanken, die Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oder komplexer Behinderung in ihrer individuellen Form äußern, lassen sich aus vorhandenen Empfehlungen die folgenden Hinweise ableiten. Sie folgen einer schrittweisen Logik des Dialogs mit der Person

über ihre Wünsche, die möglichen Hintergründe und Nöte sowie einer gemeinsamen Suche nach Lösungen. Der Respekt gegenüber der subjektiven Wahrheit der Person und ihren Wünschen ist dabei leitend, ebenso aber der Respekt gegenüber dem Recht jeder Person, sich – ggfs. immer wieder neu – für leben oder sterben dürfen zu entscheiden, auch unter Bedingungen einer schweren Erkrankung oder Behinderung.



Abbildung 1: Prozess des Dialogs über Sterbewünsche (Abbildung in Anlehnung an die Empfehlungen der DGP 2022)

(1) Risikofaktoren kennen

Hilfreich für die Einordnung von Sterbewünschen und Suizidbegehren ist zunächst, allgemeine sowie spezifische Risikofaktoren für Suizidalität zu kennen. Dies können folgende Faktoren sein:

- stark belastende Lebensereignisse (auch lange zurückliegende) z.B. Verlusterfahrungen,
- körperliche Symptome (z.B. Schmerzen),
- psychische Erkrankungen (auch in der Vorgeschichte) z.B. depressive Zustände,
- Suizide in der Familiengeschichte,
- Mangel an sozialen Kontakten und Bindungen,
- Ablehnung bzw. Mobbing im persönlichen Umfeld,
- lange Phasen des Lebens in Institutionen, teils verbunden mit Erfahrungen struktureller Gewalt.

Einige dieser Faktoren sind bei Menschen mit lebenslanger Behinderung recht weit verbreitet. Es lässt sich vermuten, dass es deutlich mehr unerkannt bleibende Situationen von Sterbewünschen gibt als allgemein angenommen, da bei diesen Menschen weitere Risikofaktoren hinzukommen: Eine Studie aus der Schweiz (S. 22)⁶ nennt hier neben belastenden Lebensereignissen fehlende Bewältigungsstrategien sowie soziale Einsamkeit. Liegen solche Risikofaktoren vor, sollten Begleitende besonders aufmerksam sein für Äußerungen der Lebensüberdrüssigkeit oder eines Todeswunsches.

(2) Wahrnehmen

Die Wahrnehmung von geäußerten Sterbewünschen, mehr noch von noch nicht konkret formulierten Gedanken und Absichten, fällt begleitenden Personen besonders schwer, wenn sie die aktuelle Lebens-/Krankheitssituation des zu betreuenden Menschen anders bewerten als dieser es für sich selbst tut oder wenn sie generelle Vorbehalte gegenüber Sterbewünschen und Suizidbegehren haben. Um sich dieser Unterschiede in der Wahrnehmung bez. in den Einstellungen bewusst zu werden, sind folgende Aspekte bedeutsam:

- Begleitende sollten sehr aufmerksam sein für alle Aussagen und Reaktionen im Zusammenhang von Sterben und Tod. Sie sollten aktiv das Thema ansprechen und der Person helfen, die eigenen Fragen, Zweifel oder Wünsche zu artikulieren. Dies dient auch dazu, manches Verhalten besser zu verstehen (vgl. Kremeike et al. 2021)⁹.
- Alle verbalen Aussagen zu Sterben und Tod ebenso wie lebensverneinende Gedanken sollten registriert und dokumentiert werden, ebenso wie alle nonverbalen Signale im Zusammenhang mit Krankheit und Sterben. Emotionale Befindlichkeiten sollten sensibel wahrgenommen werden. Besondere Warnsignale, die der Aufmerksamkeit bedürfen, sind
 - Änderungen des Verhaltens, Rückzug ebenso wie herausforderndes Verhalten, Schweigen ebenso wie Schreien oder zunehmende Unruhe.
 - Unerwartete explizite Fragen nach Sterben, Tod oder Leben nach dem Tod.
 - Scheinbar unspezifische Lebensäußerungen (z.B. Unruhe, Laute, Stereotypien) im Zusammenhang mit der Thematik: Solche Reaktionen bedürfen aber oft der Deutung, die sich im Team oder aus vorangehendem Verhalten und Zusammenhängen ergeben kann.

(3) Verstehen und Anerkennen

Das Verstehen und Anerkennen meint den Versuch, die Person mit ihrem ureigenen Erleben zu achten und ihre Wünsche und Befindlichkeiten im Kontext ihrer Biographie und der aktuellen Lebenssituation nachzuvollziehen. Dafür gilt es,

- die Person und ihre Gewohnheiten, ihre Bedürfnisse und Wünsche näher kennenzulernen (z.B. im Rahmen von Biographiearbeit),
- aktuelle Lebensbedingungen zu überprüfen und ggf. über Alternativen zu sprechen (z.B. in Bezug auf den aktuellen Versorgungsort, die Wohnsituation oder aktuelle Betreuungsumstände),
- veränderbare Gründe für Sterbewünsche zu identifizieren (Schmerzen und andere belastende Symptome, Einsamkeit, unzureichende Bewältigung kritischer Lebensereignisse),

- die Äußerungen der Person zu Sterben und Suizid sowie die Ursachen und Funktionen eines Wunsches zum vorzeitigen Sterben behutsam aufzunehmen sowie die Reaktionen der Person zu entschlüsseln versuchen,
- bei Wiederholung von Geschichten, Bildern oder verbalen Äußerungen zu Sterben und Suizid diese keinesfalls zur Seite zu schieben, sondern aufzugreifen, die Hintergründe und Ängste zu verstehen suchen.

Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gehört zu diesem Schritt zunächst oft eine Befähigung zur Willensäußerung als pädagogische Aufgabe. Werden Willensbildung und Selbstbestimmung in allen Lebensphasen gefördert, ist eine Verständigung über Sterbewünsche und die Identifizierung des Willens der Person deutlich besser möglich. Je nach Ausmaß der kognitiven Einschränkungen gehören dazu die Beobachtung des Verhaltens oder der Einsatz von unterstützter Kommunikation und Entscheidungsfindung. Respektieren und anerkennen heißt nicht gutheißen eines Suizidwunsches oder die Bereitschaft zur Initiierung oder Umsetzung einer Mithilfe beim Suizid. Es ist aber ein wichtiges Signal, damit Menschen aus dem Gefühl des Verstanden-Seins heraus bereit sind, gemeinsam nach Antworten zu suchen. In keinem Fall sollten Wünsche und Äußerungen negiert, übergangen oder ignoriert werden. Hilfreich ist das Wissen um die Vorläufigkeit mancher Reaktionen und Aussagen sowie die Gebundenheit an aktuelle kritische Erlebnisse oder frühere Erfahrungen.

Angesichts der Unumkehrbarkeit des Vollzuges einer Suizidentscheidung gebietet die Bedeutung des Lebens innerhalb des Grundgesetzes einer Selbsttötung entgegenzuwirken, die nicht von freier Selbstbestimmung getragen ist (BVerfG RN 232). Im Urteil sind 4 Sachverhalte benannt, die die Freiheit einer Entscheidung zum Suizid beeinträchtigen können: Beeinflussung durch eine psychische Störung, mangelnde Informiertheit, Aufklärung und Beratung, mangelnde Dauerhaftigkeit und Festigkeit des Suizidwunsches und psychosoziale Einflussnahmen. Das Gericht spricht von "Freiverantwortlichkeit" als Voraussetzung für die zu schützende Autonomie bei der Umsetzung des Suizidwunsches: Freiverantwortlichkeit entscheidet, ob ein Suizidentschluss respektiert werden oder ein Suizidwilliger sogar an der Umsetzung gehindert werden muss.

Der Begriff der Freiverantwortlichkeit ist in diesem Kontext neu und weder rechtlich noch medizinisch eindeutig definiert. Schon für Menschen ohne Behinderung sind die Empfehlungen der Fachgesellschaften zur Überprüfung der Freiverantwortlichkeit sehr weitgehend und Gegenstand einer kontroversen Diskussion. Bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wird die Klärung einer Freiverantwortlichkeit besonders herausfordernd werden. Die Klärung der Hintergründe des Suizidwunsches und das Angebot einer guten und umfassenden palliativen Begleitung werden immer im Vordergrund stehen müssen. Die Auseinandersetzung mit einem Suizidwunsch, der wiederholt und verzweifelt vorgebracht wird, dem die

Begleiter aber nicht nachkommen können, kann sehr schmerzhaft und emotional belastend für die Mitarbeitenden in der Einrichtung hervorrufen. Schulungen der Mitarbeiter:innen und Betreuer:innen, intensive Teamgespräche, ggf. ethische Fallberatungen können hier eine Hilfe sein.

(4) Gemeinsam Antworten finden

Auf der Basis des Verstehens sollte es im weiteren Gesprächsprozess gelingen, ein gemeinsames Verständnis der Situation und eine gemeinsame Deutung des Sterbewunsches zu finden. Mögliche Antworten sind:

- Symptomlinderung wie Therapiebegrenzung ansprechen; abwägen, wie das (Weiter-) Leben erleichtert, aber ggfs. auch das Sterben-Dürfen angenommen werden kann,
- Methoden und Angebote der vorausschauenden Beratung und Planung auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vorantreiben,
- Chancen hospizlicher Begleitung deutlich machen, Kontakte zu ambulanten und stationären Hospizeinrichtungen herstellen, in konkreter Situation Unterstützung durch erfahrene Hospiz- und Palliativkräfte organisieren für die bestmögliche Pflege und Therapie,
- Behandlung von körperlichen Beschwerden in den Einrichtungen optimieren, z.B. konsequenter und frühzeitiger Einsatz von Schmerztherapien, Schulungen und Delegation zu konsequenter Umsetzung von Opiattherapien und Möglichkeit einer palliativen Sedierung bei nicht beeinflussbaren Symptomen bekannt machen,
- soziale Einbindung stärken und Zugehörigkeit im Alltag fördern (vgl. Handreichung der AG „Teilhabe bis zum Lebensende“, Roemer et al. 2021)¹⁰,
- Erfahrbarkeit des Sterbens für jede:n Bewohner:in ermöglichen: z.B. Begleitung von Sterbenden und Angebote von Besuchen im Zimmer durch Mitbewohner:innen,
- seelsorgliche Gespräche und Begleitung anbieten,
- Hoffnung erhalten und verbreiten, auch bei depressiven Verstimmungen, subjektiv erfahrener Sinnlosigkeit, schwer verständlichen Verhaltensweisen.

***„Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht,
sondern die Überzeugung, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht“***

Vaclav Havel

Autor:innen für die DGP-AG Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung:

Evelyn Franke, Ursula Gern, Ulrich Grabenhorst, Anne Ruellan, Sabine Schäper, Barbara Seehase, Dietrich Wördehoff

Ergänzungen und Kommentare aus den DGP-AGen Ethik, ACP, Psychiatrie und Kinder und Jugendliche wurden eingearbeitet.

Referenzen

1. Bundesverfassungsgericht (2020). Urteil des zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2BVR2347/15 - Rn.1-343.
2. Bundesärztekammer (2021). Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des BVerfG. DT. Ärzteblatt. 118 (29-30): A1428 – A32.
3. Deutscher Ethikrat (2022). Suizid-Verantwortung, Prävention und Verantwortlichkeit. Stellungnahme. www.ethikrat.org.
4. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2021). Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. www.palliativmedizin.de
5. Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) (2021). Dialogpapier: Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. <https://www.dhvp.de>.
6. Wicki, Monika T (2017). Suizidprävention in den Wohneinrichtungen für Erwachsene mit Behinderung im Kanton Zürich, Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.
7. Tuffrey-Wijne I, Curfs L et al (2018): Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012-2016). BMC Med Ethics 19(1):17.
8. Bundesministerium der Justiz (2023). Betreuungsrecht (Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht). Berlin. <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.pdf>
9. Kreimeike K et al. (2021). 'Desire to Die' in palliative care patients—legal framework and recommendations of the national evidence based guideline on palliative care in Germany. Ann Palliat Med;10(3):3594-3610. doi: 10.21037/apm-20-381.
10. Roemer, A et al. (2021). Teilhabe bis zum Lebensende. Handreichung für die Entwicklung und Darstellung von Leistungen in der Begleitung am Lebensende, hg. von der DGP. Online verfügbar unter: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Broschu%CC%88re_SozTeilhabe_270521_final.pdf.