

Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid

Ein Leitfaden zur Entwicklung ethischer Leitlinien



Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid

**Ein Leitfaden zur Entwicklung ethischer
Leitlinien**

Brigitte Strube Stiftung (Hrsg.)

Autoren:

Manfred Baumann
Jeanette Neumann-Maile
Jens Strube

IMPRESSUM

Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid

Ein Leitfaden zur Entwicklung ethischer Leitlinien

Herausgeber

Brigitte Strube Stiftung

rechtlich unselbständige Stiftung in Trägerschaft der Strube Stiftung gGmbH

Verleger sowie publizierende und rechtlich verantwortliche Stelle

Strube Stiftung gGmbH · Heilbronner Straße 150 · 70191 Stuttgart

Telefon: 0711 49004274 · E-Mail: info@strube-stiftung.de · Internet: www.strube-stiftung.de

Vertreten durch die geschäftsführenden Gesellschafter Karin Strube und Dr. Jens Strube

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart · HRB 762572

Bibliografische Angaben

Originalfassung · Stuttgart 2026 · Ausgabe: PDF · ISBN: 978-3-00-088903-5

Originalveröffentlichung: <https://www.strube-stiftung.de/wp-content/uploads/2026/10/leitfaden-umgang-mit-assistiertem-suizid.pdf>

Diese Ausgabe erscheint ausschließlich in digitaler Form (PDF). Eine Druckausgabe ist nicht erschienen.

Urheber- und Rechteangaben

Gesamtpublikation/Sammelwerk: © 2026 Strube Stiftung gGmbH hinsichtlich der ihr eingeräumten Nutzungsrechte.

Covergestaltung und Zeichnung der grafischen Erzählung: © 2026 A. Persson.

Text der grafischen Erzählung © 2026 Jens Strube, Manfred Baumann und Jeanette Neumann-Maile.

Hintergrundtexte: © 2026 bei den jeweils am Beitrag genannten Autoren.

Logo der Strube Stiftung gGmbH: Das Logo ist von der Creative-Commons-Lizenz ausgenommen. Sämtliche Marken- und Kennzeichenrechte bleiben vorbehalten.

Creative-Commons-Lizenz

Die jeweiligen Urheber und sonstigen Rechteinhaber stellen die ihnen zustehenden Rechte an den in dieser Publikation enthaltenen Werken und Werkbestandteilen – mit Ausnahme des Logos der Strube Stiftung gGmbH und soweit bei einzelnen Materialien keine weitere abweichende Rechteangabe erfolgt – unmittelbar unter die Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitungen 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) Lizenz. Soweit der Strube Stiftung gGmbH eigene oder ihr eingeräumte Rechte an der Auswahl, Anordnung, redaktionellen Zusammenstellung und Gestaltung der Gesamtpublikation beziehungsweise des Sammelwerks zustehen, werden auch diese Rechte unter CC BY-NC-ND 4.0 zur Verfügung gestellt. Lizenz: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Bei einer Weitergabe sind die mit der Publikation verbundenen Urheber- und Rechteangaben, der Lizenzhinweis und – soweit praktisch möglich – die URL der Originalveröffentlichung beizubehalten. Die Lizenz gestattet die nichtkommerzielle Vervielfältigung und Weitergabe des lizenzierten Materials; bearbeitete Fassungen dürfen nicht weitergegeben werden. Gesetzliche Nutzungsbefugnisse bleiben unberührt.

Unabhängig davon, ob eine Nutzung im Einzelfall als "nicht kommerziell" im Sinne der CC BY-NC-ND 4.0 einzustufen ist, gestatten die jeweiligen Rechteinhaber jedenfalls die unveränderte, unentgeltliche Vervielfältigung und Weitergabe dieser Publikation durch Einrichtungen der Gesundheits-, Pflege- und Sozialversorgung - einschließlich Einrichtungen mit kommerzieller Trägerschaft - insbesondere an Mitarbeitende und Kooperationspartner in diesen Bereichen. Die Bedingungen der CC BY-NC-ND 4.0 zur Namensnennung und zum Bearbeitungsverbot gelten entsprechend.

Text- und Data-Mining sowie KI-Nutzung

Soweit eine Nutzung nicht bereits durch CC BY-NC-ND 4.0 oder durch zwingende gesetzliche Erlaubnisse gestattet ist, behalten sich die Urheber und Rechteinhaber sämtliche Nutzungen der Publikation und ihrer Bestandteile zum Text- und Data-Mining gemäß § 44b Abs. 3 UrhG ausdrücklich vor. Dies gilt insbesondere für kommerzielle Nutzungen zur Entwicklung, zum Training, zur Evaluierung oder zur Verbesserung von Systemen künstlicher Intelligenz oder maschinellen Lernens. Bei online zugänglichen Fassungen wird der Vorbehalt zusätzlich in maschinenlesbarer Form erklärt.

Zitierempfehlung (Sammelwerk)

Brigitte Strube Stiftung (Hrsg.) (2026). Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid. Ein Leitfaden zur Entwicklung ethischer Leitlinien. Originalfassung. Strube Stiftung gGmbH: Stuttgart

Hinweis zur fachlichen Verwendung

Die Beiträge geben den fachlichen und rechtlichen Kenntnisstand mit Stand Mai 2026 wieder. Trotz sorgfältiger Prüfung kann keine Gewähr für Vollständigkeit und fortdauernde Aktualität übernommen werden. Die Publikation dient der fachlichen Orientierung und ersetzt keine individuelle medizinische, pflegerische, psychologische oder rechtliche Beratung.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	IV
VORWORT DES HERAUSGEBERS	VIII
VORWORT DER AUTOREN	IX
ÜBER DIE AUTOREN UND ZEICHNERIN	X
FRAU MÜLLER WILL STERBEN (Grafische Erzählung)	1
HINTERGRUNDTEXTE ZUR ETHISCHEN, RECHTLICHEN UND PRAKTISCHEN EINORDNUNG	27
TEIL 1: RECHTLICHE UND ETHISCHE GRUNDLAGEN	28
1 FORMEN DER STERBEHILFE	29
1.1 Einführung: Sterbehilfe und Sterbebegleitung	29
1.2 Tötung auf Verlangen	29
1.3 Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)	29
1.4 Sterben lassen (Behandlungsbegrenzung)	30
1.5 Therapien am Lebensende zur Leidenslinderung	30
2 AKTUELLE RECHTSLAGE ZUM ASSISTIERTEN SUIZID IN DEUTSCHLAND	32
2.1 Einführung: Die aktuelle Rechtslage im Überblick	32
2.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020	32
2.3 Assistierter Suizid	32
2.4 Formen der Sterbehilfe	33
2.5 Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit	33
2.6 Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte	33
2.7 Regulierung der Rahmenbedingungen für die Praxis des assistierten Suizids	33
2.8 Suizidprävention	35

3	SCHUTZKONZEPT DER FREIVERANTWORTLICHKEIT	38
3.1	Einführung: ein Schutzkonzept	38
3.2	Selbstbestimmung und Grenzen der Selbstbestimmungsfähigkeit	38
3.3	Kriterien der Freiverantwortlichkeit	39
3.4	Bedeutung für die Praxis	40
4	DER BLICK ÜBER DIE GRENZEN: STERBEHILFE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	42
4.1	Einführung	42
4.2	Der Blick über die Grenzen	43
5	WÜRDE UND ASSISTIERTER SUIZID	69
5.1	Einführung	69
5.2	Zum Begriff der Würde	69
5.3	Drei Arten, über Würde zu sprechen	70
5.4	Würde-Modelle	71
5.5	Fazit: Die Bedeutung des Würdebegriffs für die Debatte um den assistierten Suizid	75
6	POSITIONEN VON VERBÄNDEN UND DES DEUTSCHEN ETHIKRATS	78
6.1	Einführung	78
6.2	Suizidprävention und Palliativversorgung	78
6.3	Positionen und Praxis	78
	TEIL 2: RAHMENBEDINGUNGEN, VERSORGUNGSREALITÄT UND GESELLSCHAFTLICHE VERANTWORTUNG	89
7	PALLIATIVE VERSORGUNGLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND	90
7.1	Einführung	90
7.2	Unterscheidung von zwei Formen der Palliativversorgung	90
7.3	Palliative Care als Palliativmedizin und als Hospizbewegung	91
7.4	Palliative Care für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene	92
7.5	Hospiz- und Palliativarbeit in Zahlen	92
8	STERBEORTE IN DEUTSCHLAND	94
8.1	Einführung	94
8.2	Nutzen von Sterbeortstatistiken	94
8.3	Daten zur Sterbeortverteilung	94
8.4	Sterbewelten	98

9	EINSAMKEIT UND DER WUNSCH NACH DEM ENDE	101
9.1	Einführung	101
9.2	Begriffsbestimmung und Abgrenzung: Einsamkeit – Alleinsein – Soziale Isolation	102
9.3	Betrachtung von Einsamkeit und die Einflussnahme auf den Wunsch nach assistiertem Suizid	103
9.4	Fazit	107
10	SUIZIDPRÄVENTION IN DEUTSCHLAND IM KONTEXT DES ASSISTIERTEN SUIZIDS	109
10.1	Einführung	109
10.2	Suizidprävention	109
10.3	Ebenen der Suizidprävention	111
10.4	Suizidprävention in der Praxis	112
10.5	Fazit	113
11	CARING COMMUNITIES	115
11.1	Einführung	115
11.2	Konzept der Caring Community	115
11.3	Bedarf für Caring Communities	116
11.4	Handlungsempfehlungen	117
11.5	Caring Communities, Gesundheitsförderung und -prävention	118
	TEIL 3: LEITLINIENENTWICKLUNG UND PRAXISGESTALTUNG	121
12	ETHISCHE LEITLINIEN	122
12.1	Einführung	122
12.2	Ethische Leitlinien in Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens	122
12.3	Struktur einer ethischen Leitlinie	122
12.4	Entwicklungsprozess: Initiative, Steuerung und Arbeitsweise	123
12.5	Der Weg zur Leitlinie: Praxisbeispiel Assistierter Suizid	123
12.6	Fazit	125
13	ENTWICKLUNG VON LEITLINIEN IM PARTIZIPATIVEN PROZESS	127
13.1	Einführung	127
13.2	Direktiv oder partizipativ	127
13.3	Fazit	130

14	ETHISCHE DISKUSSION ANHAND EINES MEHR-EBENEN-MODELLS	131
14.1	Einführung	131
14.2	Ebenen des Mehr-Ebenen-Modells und Nutzen	131
14.3	Die Ebenen im Kontext des assistierten Suizids	132
14.4	Fazit	141
15	VOM EINZELFALL ZUR NORMALITÄT? DAS DAMMBRUCHARGUMENT	146
15.1	Einführung	146
15.2	Definition und Bedeutung des Dammbbrucharguments	146
15.3	Das Dammbbruchargument in der Debatte um den assistierten Suizid	146
15.4	Ein weiterer Dammbbruch? Aufhebung des Verbots der „Tötung auf Verlangen“	147
15.5	Weitere Lesarten von Dammbbrüchen in der Sterbehilfedebatte	148
15.6	Fazit	148
16	ROTE LINIEN IM UMGANG MIT MENSCHEN MIT WUNSCH NACH ASSISTIERTEM SUIZID	151
16.1	Einführung	151
16.2	Sinn und Hintergrund der Rote-Linien-Diskussion	151
16.3	Themenfelder und Grenzfragen	151
16.4	Fazit	153
17	UMGANG MIT MENSCHEN MIT EINEM TODESWUNSCH	154
17.1	Einführung	154
17.2	Definition Todeswunsch	154
17.3	Gestaltung des Gesprächs mit Menschen mit einem Todeswunsch	154
17.4	Fazit	158
18	SCHULUNGSKONZEPTE ZUM UMGANG MIT MENSCHEN MIT EINEM TODESWUNSCH	160
18.1	Einführung	160
18.2	Ziele von Schulungen	160
18.3	Schulungsinhalte	160
18.4	Schulungsformate	162
18.5	Beispiele für Schulungsangebote	163
18.6	Fazit und Ausblick	165

VORWORT DES HERAUSGEBERS

Die Strube Stiftung ist seit ihrer Gründung 2017 im Arbeits- und Förderschwerpunkt „Krankheit begegnen“ tätig. Besonderen Wert legen wir dort auf die Förderung von Gesundheitskompetenz, Patientenautonomie und Zugangsgerechtigkeit zum Gesundheitssystem, insbesondere in Situationen schwerer oder fortschreitender Erkrankungen. Im Mittelpunkt stehen der erkrankte Mensch sowie die ihm An- und Zugehörigen.

Mit der vorliegenden Publikation ergänzen wir diese Perspektive und greifen ein herausforderndes Thema auf: Die Mitarbeiter von Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsversorgung treffen in jüngerer Zeit vermehrt auf den Wunsch nach assistiertem Suizid bei den von Ihnen betreuten Patienten, Bewohnern und Gästen. Wie kann diesem aus sorgender Haltung angemessen begegnet werden?

Mit dieser digitalen Veröffentlichung möchten das Autorenteam und wir Ihnen als Verantwortliche und Mitarbeitende im Gesundheitswesen eine Handreichung geben, wie dies möglich sein kann. Die vielfältigen Texte enthalten facettenreiche, wertvolle Hintergrundinformationen zum Themenkreis assistierter Suizid. Sie geben konkrete Hinweise, wie eine ethische Leitlinie zum Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid entwickelt werden kann. Die Leitlinie selbst und die ihr zugrundeliegende Haltung in ihrer Einrichtung oder ihrem Dienst können nur im Austauschprozess vor Ort entstehen.

Diese erste Publikation ist für uns als Stiftung ein Schritt ins Neuland. Wir freuen uns sehr, dass wir mit Jeanette Neumann-Maile und Dr. Manfred Baumann zwei hervorragende Autoren gewinnen konnten, die das Themenspektrum fachkundig durchdringen. Außerdem stand uns mit Amelie Persson eine exzellente Zeichnerin mit kreativem Strich zur Seite. Mit ihrem charakteristischen Stil von Zeichnung und Farbgebung hat sie uns ermöglicht, den Umgang mit dem assistierten Suizid über eine grafische Erzählung beispielhaft zu veranschaulichen.

So bietet diese Broschüre einen niederschwelligen, innovativen Zugang sowie breites fundiertes Wissen zu einem Thema, das viele von uns bewegt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird überwiegend die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich gleichermaßen auf Personen aller Geschlechter.

Als Herausgeber freuen wir uns, wenn die Arbeit von Autoren und Zeichnerin eine hohe Resonanz in der Leserschaft findet.

August 2026

Dr. Jens Strube
Strube Stiftung gGmbH
als Träger der Brigitte Strube Stiftung

VORWORT DER AUTOREN

Dieser Leitfaden bietet fachliche Orientierung und unterstützt Sie, die eigene Haltung zum assistierten Suizid innerhalb Ihrer Einrichtung bzw. Ihres Dienstes zu reflektieren und dafür eine passende ethische Leitlinie zu entwickeln. Das Thema entzieht sich einfachen Ja-Nein-Antworten. Es verlangt nach einer Haltung, die sowohl dem Wunsch nach Selbstbestimmung des Einzelnen als auch dem Schutzauftrag der Institution gerecht wird.

Der Leitfaden verfolgt einen besonderen methodischen Ansatz. Die grafische Erzählung im einleitenden Teil macht die abstrakte Debatte zum assistierten Suizid lebendig, indem sie beispielhaft den Weg der fiktiven Bewohnerin Frau Müller skizziert. Die dort gezeigte Lösung ist nur eine Möglichkeit neben anderen – sie dient als Impuls für Ihren Prozess der Leitlinienentwicklung, um Ihren ganz eigenen Weg zu finden.

Die grafische Erzählung hilft dabei, die Perspektive der Betroffenen greifbarer zu machen, ohne die professionelle Distanz zu verlieren. Sie bricht das Eis, um im Team über eigene Ängste, moralische Dilemmata und die gewünschte Praxis ins Gespräch zu kommen.

Während die grafische Erzählung den Raum für drängende Fragen öffnet, liefern die anschließenden Hintergrundtexte das fachliche Fundament und die erforderlichen Informationen. Sie können unabhängig voneinander gelesen werden und bieten die Orientierung, um aus dem empathischen Impuls einen verbindlichen Handlungsrahmen zu entwickeln. Dabei führen wir Sie durch drei Themenfelder:

Zunächst beleuchten wir die rechtlichen und ethischen Grundlagen, um Handlungssicherheit auf Basis der aktuellen Rechtsprechung zu gewinnen. Darauf aufbauend betrachten wir die Rahmenbedingungen und die gesellschaftliche Verantwortung. Hier geht es darum, die Realität von Sterbeorten und die Herausforderung der Einsamkeit zu verstehen, aber auch die Suizidprävention und stützenden Netzwerke – wie etwa „Caring Communities“ – als Teil der Lösung zu begreifen. Zuletzt wenden wir uns dem Prozess der Leitlinienentwicklung und Themen der Praxisgestaltung zu.

In diesem Zusammenspiel befähigen die beiden Teile des Leitfadens Sie, „Rote Linien“ zu ziehen und gleichzeitig einen respektvollen und offenen Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch zu pflegen. Eine reflektierte Haltung kann in diesen Grenzsituationen den notwendigen Halt geben – für die Menschen mit Wunsch nach einem vorzeitigen Tod, ihre An- und Zugehörigen und das gesamte multiprofessionelle Team.

August 2026

Die Autoren

ÜBER DIE AUTOREN UND ZEICHNERIN



© J.Schenten | raumzeit3

Manfred Baumann, Dr., geb. 1968, ist evangelischer Theologe, Pflegewissenschaftler, Ethikberater im Gesundheitswesen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Palliative Care-Fachkraft und Hospizleiter. Er arbeitet freiberuflich in der Erwachsenenbildung mit Schwerpunkt Ethik im Gesundheitswesen und Palliative Care.



© Reiner Pfisterer

Jeanette Neumann-Maile, geb. 1969, ist Sozialgerontologin (M.A.), Palliative Care-Fachkraft, Trauerbegleiterin (BVT) und Leiterin eines Ambulanten Hospizdienstes. Ihre wissenschaftliche Arbeit beschäftigt sich mit der Frage nach Veränderung und Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen am Lebensende unter Einbezug digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien.



© Claudia Simchen

Amelie Persson arbeitet seit 2011 selbständig als Zeichnerin, derzeit in ihrem Studio in Frankfurt am Main. Studium der Soziologie und Literaturwissenschaften, sowie Illustration und Storytelling. Schwerpunkt ihrer Tätigkeit ist das Erzählen von Geschichten in Worten und Bildern – für Ausstellungen, Verlage oder Auftraggeber*innen. Hinzu kommen Workshops für Kultur- und Bildungseinrichtungen, Lehraufträge und gelegentlich Live-Illustration.



Jens Strube, Dr., geb. 1967, war als Wirtschaftswissenschaftler über 20 Jahre beruflich in den Bereichen Finanzen, Controlling und Projektmanagement tätig. Seit 2024 leitet er zusammen mit seiner Frau Karin Strube als geschäftsführender Gesellschafter die Strube Stiftung. Schwerpunkte seiner gemeinnützigen Tätigkeit liegen dort auf den Themenbereichen Patientenentscheidungskompetenz, Palliative Care und Caring Community. Seit 2013 ist er ehrenamtlich als Sterbebegleiter und seit 2025 auch als Trauerbegleiter tätig.



Frau Müller will sterben

Text: Jens Strube, Manfred Baumann und Jeanette Neumann-Maile

Zeichnung: Amelie Persson

Frau Müller will sterben

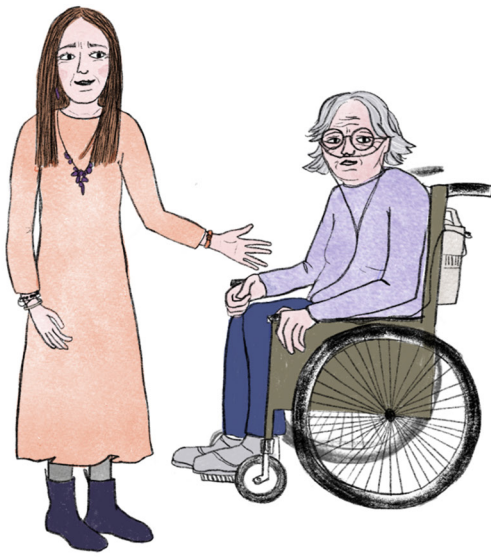
Eine grafische Erzählung über den Umgang mit
dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod

Text von

Jens Strube, Manfred Baumann
und Jeanette Neumann-Maile

Zeichnung von

Amelie Persson



Luise Hahn
Tochter

Heide Müller
Bewohnerin
Rosenau



Martina
Thoma



Selma
Özdemir



Anita
Schneider



Hayat
Malik

Pflegefachkräfte
Rosenau



Rüdiger Schöнемann
Geschäftsführer
des Trägers



Saskia Franz
Einrichtungsleitung
Rosenau



Marija Petrovic
Pflegedienstleitung
Rosenau



Christian Ulrich
Wohnbereichsleitung
Rosenau



Jessica Nettelnbreker
Leitung Ambulanter
Hospizdienst



Christine Nussbaum
Einrichtungsleitung
Haus Birkenkopf



Gertrud Strohwinkel
Heimfürsprecherin



Sybille Jung
Palliativärztin



Dora
Klein

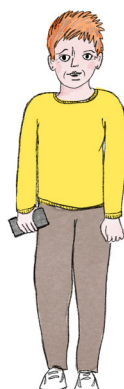


Adana
Tan

Palliative Care Beauftragte



Sandra Schwenk
Ethikberaterin



Marie Louise Fehr
Sozialdienst

Traugott Helferich
Seelsorger

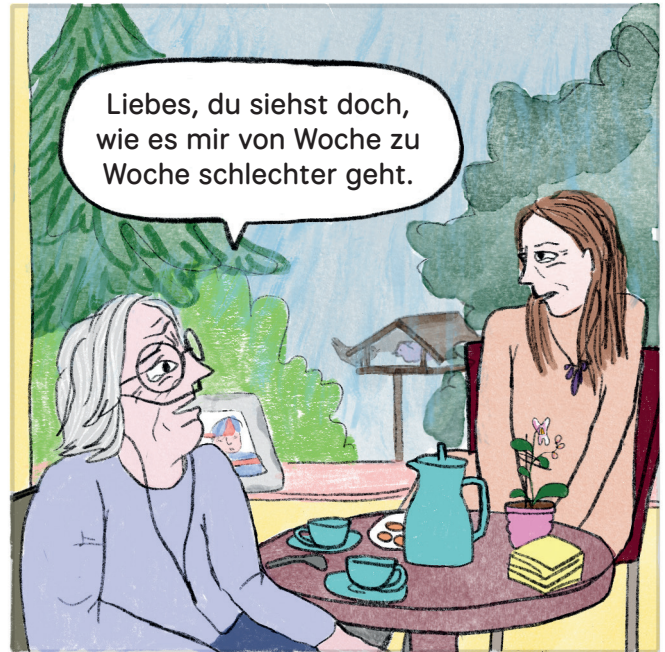


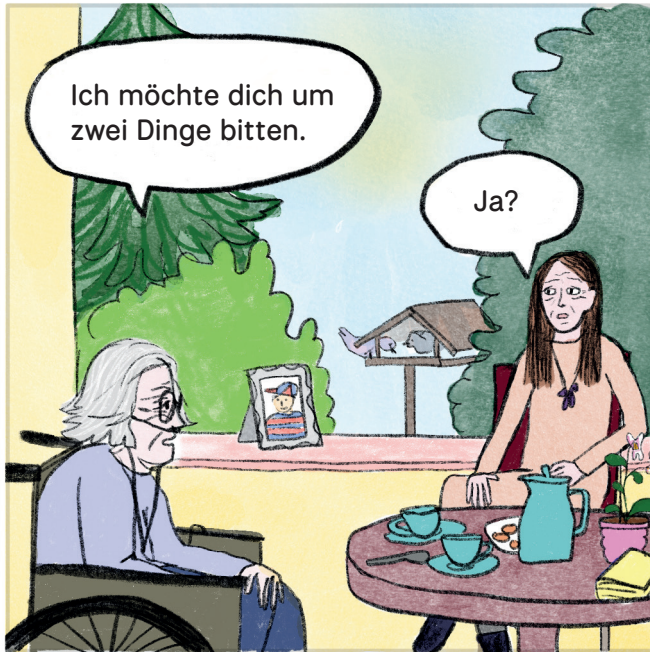
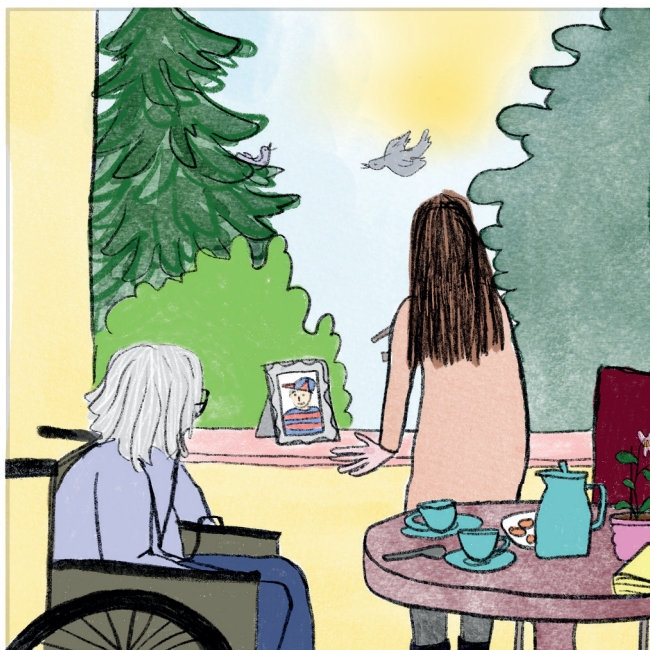
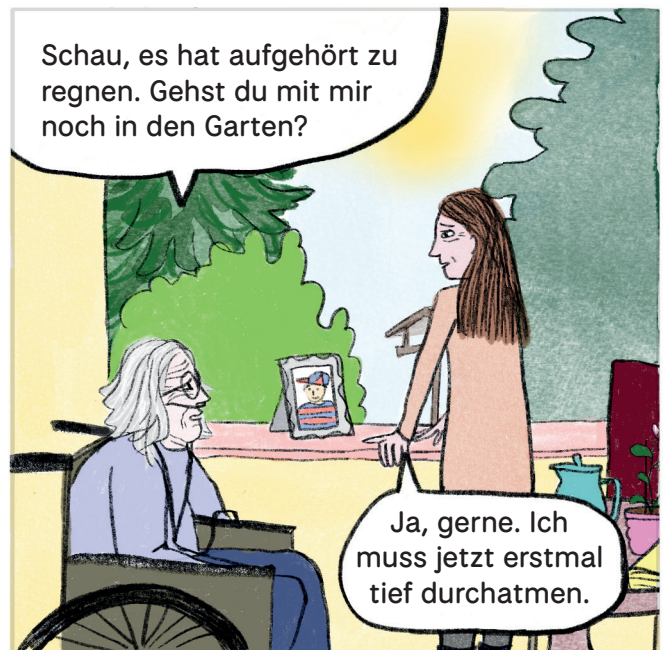
















Im Zimmer von Frau Müller.





Ja. Die Mitarbeiter meinten, die erforderlichen Schritte würden rund zwei Monate in Anspruch nehmen. Eine Frage war, wo der assistierte Suizid stattfinden soll.



Ob dies hier möglich ist, kann ich Ihnen heute leider noch nicht sagen.

Wir entwickeln gerade eine Leitlinie, wie wir als Pflegeeinrichtung Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid begleiten können.



Nächste Woche wissen wir mehr.

Gibt es sonst noch etwas, was wir für Sie tun können, Frau Müller?



Meine Freundin ist vor vier Jahren in einem Hospiz verstorben. Da hatte sie eine ehrenamtliche Begleiterin.



Wäre das auch für mich möglich?

Wir arbeiten mit einem ambulanten Hospizdienst zusammen. Ich werde mich erkundigen und gebe Ihnen zeitnah Bescheid.



Vielen Dank, Frau Franz. Ich glaube, es täte mir gut, wenn ich in nächster Zeit jemanden zum Reden hätte.

Natürlich. Für heute muss ich mich leider verabschieden. Wenn noch Fragen auftauchen, kommen Sie gern auf mich zu.



Treffen des Arbeitskreises ‚Assistierter Suizid‘.



Sandra Schwenk
Ethikberaterin
Leitung Arbeitskreis



Rüdiger Schöнемann
Geschäftsführer
des Trägers



Saskia Franz
Einrichtungsleitung
Rosenau



Christine Nussbaum
Einrichtungsleitung
Haus Birkenkopf



Marie Louise Fehr
Sozialdienst



Dora Klein
Palliative Care Beauftragte



Adana Tan



Gertrud Strohwinkel
Heimfürsprecherin



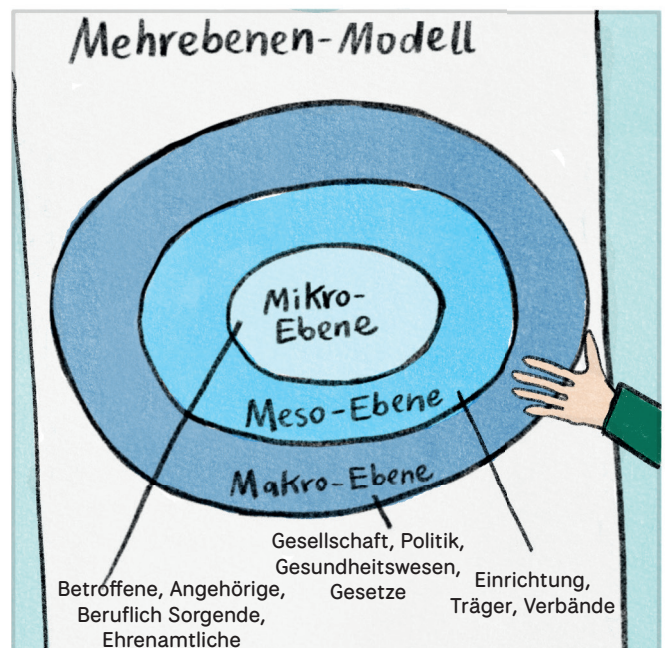
Dr. Sybille Jung
Palliativärztin



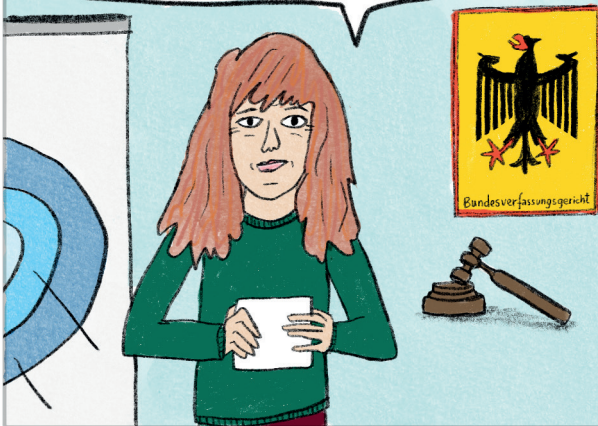
Traugott Helferich
Seelsorger



Jessica Nettelbreker
Leitung
Ambulanter Hospizdienst



Betrachten wir zunächst die Ebene des Einzelnen. Das Bundesverfassungsgericht urteilte 2020, dass es ein Recht gebe, sich das Leben mit Hilfe Dritter zu nehmen. Was denken Sie dazu?



Ich war sehr betroffen, als ich von dem Urteil hörte. Für mich ist das Leben ein unverfügbares Geschenk Gottes. Als solches sollte es kein vorzeitiges Ende finden.

Rechtliche Regelungen sollten eher darauf zielen, das Leben zu schützen und einem Suizid vorzubeugen.



Ich persönlich begrüße das Urteil. Es schafft Freiraum für selbstbestimmte Entscheidungen.

Jeder kann **in Würde** bis zu seinem natürlichen Tod leben, er kann das Leben aber auch vorzeitig beenden, wenn seine Situation unerträglich wird.



Das denke ich auch. Das Empfinden von Leid ist höchst subjektiv und kann ganz unterschiedliche Dimensionen haben. So könnte es sich um Furcht vor Abhängigkeit oder **Einsamkeit** handeln.



Stimmt, das begegnet uns auch in der Praxis.

Müssen wir dies nicht eher als Herausforderung ansehen und die Menschen besser unterstützen?



Wir alle geben unser Bestes, kommen aber oft an unsere Grenzen. Ohne grundsätzlich umzudenken, geht es nicht.

Das ist ja auch eine Idee der

Caring Communities, die neben der Eigenverantwortung auch die Sorge der Menschen füreinander stärken.



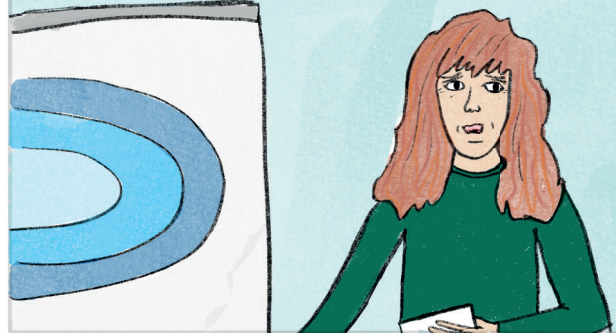


Und wie steht es mit den Menschen, die den assistierten Suizid vorbereiten und bei diesem praktisch unterstützen?

Oft wird diese Rolle uns Ärzten zugedacht.



All diese Menschen müssen wir in den Blick nehmen. Können diese frei und selbstbestimmt handeln, wenn sie von den Betroffenen mit dem **Todeswunsch** konfrontiert werden?



Würde sich mein Partner einen assistierten Suizid wünschen, wäre ich in der Zwickmühle. Unterstütze ich ihn nicht, hätte ich vielleicht das Gefühl, ihn in seiner Not allein zu lassen ...

... umgekehrt, wenn ich ihn auf diesem Weg begleite, weiß ich nicht, wie ich später damit klarkomme.



Das heißt: Auch wenn wir rechtlich nicht verpflichtet sind, bei einem assistierten Suizid mitzuwirken, kann uns schon allein die Äußerung des Wunsches in **Gewissenskonflikte** bringen.



Umso wichtiger ist es, uns bereits im Vorfeld mit der eigenen **Haltung** zum assistierten Suizid gedanklich auseinanderzusetzen. Das hilft, offener auf die Situation und den Wunsch des Gegenübers zu schauen.



Richtig. Wir werden sicherer im Gespräch mit den Bewohnern. Außerdem hilft es, unser berufliches Selbstverständnis klarer zu formulieren.

Als Leitungen sollten wir auch für unsere Mitarbeitenden den Raum schaffen, sich mit ihrer persönlichen und beruflichen Haltung auseinander zu setzen.

Ich habe gehört, es gibt hierzu auch Inhouse-Schulungen für Teams.





Mögliche rote Linien im Umgang mit assistiertem Suizid

- Aufnahme von sterbewilligen Menschen ✓
- Beratung / Kontaktvermittlung zur Sterbehilfe ✓
- Mitwirkung beim assistierten Suizid ✓
- Kommunikation nach Innen u. Außen ✓
- Ort und Rahmen des assistierten Suizids
- Begleitung und Anwesenheit während der Durchführung

he rote Linien im Umgang mit assistiertem Suizid

Aufnahme von sterbewilligen Menschen ✓

Wir haben bereits die ersten vier roten Linien diskutiert. Kommen wir zu der Frage, ob eine Durchführung des assistierten Suizids innerhalb Ihrer Einrichtungen möglich sein soll.

Begleitung und Anwesenheit während der Durchführung



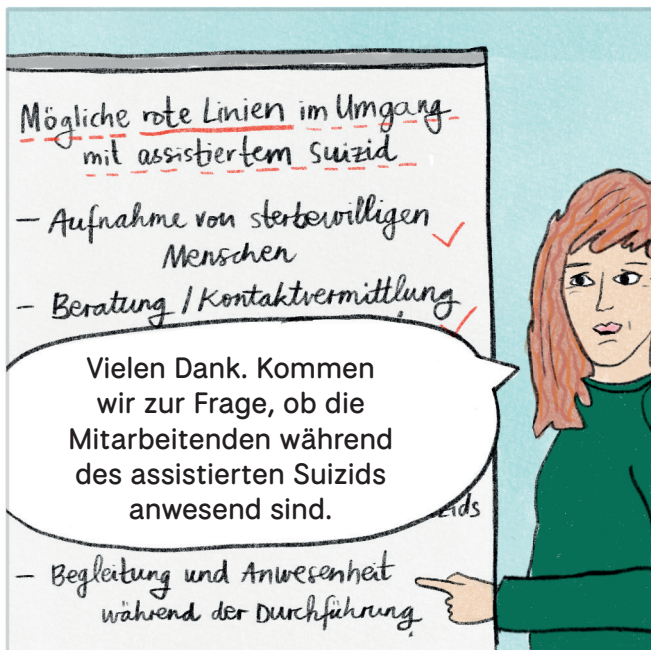
Unser Pflegeheim ist doch das Zuhause unserer Bewohner. Sollten sie dann ihr Leben nicht auch hier beenden dürfen?

Schon, aber könnte ein assistierter Suizid im eigenen Wohnbereich die Mitbewohner nicht stark verunsichern? Ich denke es wäre besser, ihn außerhalb durchführen zu lassen, damit unsere Einrichtung ein **geschützter Raum** bleibt.

Wie ist denn der rechtliche Rahmen? Dürfen wir den Bewohnern in ihren eigenen Räumen den assistierten Suizid überhaupt verbieten?

Ein wichtiger Punkt. Das Heim ist für die Bewohner Lebensmittelpunkt und ihr Zimmer ist ihr privater Wohnbereich. Daher können sie dort grundsätzlich auch ihren assistierten Suizid durchführen.

Auch unsere Heimverträge enthalten keine anderweitige Regelung.















Diese grafische Erzählung behandelt schwere Krankheit, Todeswünsche und assistierten Suizid. Die Darstellung soll nicht zur Nachahmung anregen, sondern dazu beitragen, sensibel über Todeswünsche zu sprechen, Menschen in Krisen wahrzunehmen und in Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsorge einen verantwortlichen Umgang damit zu entwickeln.

Wenn Sie selbst in einer akuten Krise sind oder Suizidgedanken haben, wenden Sie sich bitte an eine vertraute Person, an ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe oder an die TelefonSeelsorge. Die TelefonSeelsorge ist kostenlos und vertraulich erreichbar unter 0800 111 0 111 sowie über www.telefonseelsorge.de.

Hintergrundtexte zur ethischen, rechtlichen und praktischen Orientierung

Teil 1

Rechtliche und ethische Grundlagen

1 Formen der Sterbehilfe

Manfred Baumann

1.1 Einführung: Sterbehilfe und Sterbebegleitung

Die Hilfe zum Sterben (Sterbehilfe) kann von der Hilfe im Sterben (Sterbebegleitung) unterschieden werden. Die Begleitung von Sterbenden gehört zu den grundlegenden ärztlichen und pflegerischen Aufgaben. Im Sinne von Palliative Care umfasst dies das „Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art [...] und] beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes.“ (WHO 2002)

International werden vier Formen der Sterbehilfe unterschieden, die in den verschiedenen Ländern rechtlich teils sehr unterschiedlich geregelt sind.¹ Im Folgenden werden diese vier Formen für Deutschland dargestellt:

- Tötung auf Verlangen (statt der unpräzisen Formulierung „aktive“ Sterbehilfe²)
- Assistierter Suizid („Beihilfe zur Selbsttötung“)
- Sterben lassen/Behandlungsbegrenzung (bis 2010 „passive“ Sterbehilfe³)
- Therapien am Lebensende zur Leidenslinderung (sog. „indirekte“ Sterbehilfe)

1.2 Tötung auf Verlangen

Bei der Tötung auf Verlangen handelt es sich um die Tötung einer anderen Person, bei der

die Tötungshandlung auf einem ausdrücklichen und ernsthaften Verlangen des Getöteten beruht.⁴ Die Tatherrschaft liegt bei der Person, die die zum Tod führende Handlung (beispielsweise Verabreichen einer tödlichen Substanz) ausführt. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten und strafbar gemäß § 216 StGB.

1.3 Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)

Ein assistierter Suizid ist die Unterstützung einer Suizidhandlung einer sterbewilligen durch eine helfende Person, wobei die sterbewillige Person die zum Tode führende Handlung selbstständig durchführt – die Tatherrschaft bleibt bei ihr. Die helfende Person stellt das tödliche Medikament für einen Suizid zur Verfügung, das sich die sterbewillige Person selbstständig verabreicht.⁵

Das Bundesverfassungsgericht stellte in seinem Urteil vom 26.02.2020 klar, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben das Recht einschließt, sich das Leben zu nehmen und sich hierbei Hilfe bei Dritten zu holen. (BVerfG 2020) Es hat dem Gesetzgeber mit seinem Urteil die Möglichkeit eingeräumt, die Rahmenbedingungen für die Praxis des assistierten Suizids rechtlich zu regulieren, und es hat ein Schutzkonzept zur Plausibilisierung der „Freiverantwortlichkeit“ der Sterbewilligen formuliert, das in künftigen Gesetzesentwür-

¹ In vielen Ländern ist „Euthanasie“ (der gute Tod) der übliche Begriff für Tötung auf Verlangen bzw. assistierten Tod.

² Erfolgt „ein solcher Eingriff sogar eigenmächtig, also ohne Verlangen des Patienten, [...] ist das als] **Totschlag oder Mord** nach §§ 212, 211 StGB strafbar.“ (Verrel/Schmidt 2012, 501)

³ Torsten Verrel und Kurt W. Schmidt stellen in Bezugnahme auf das BGH-Urteil vom 25.06.2010 fest: „Es kommt für die Straflosigkeit dieser früher sog. Fälle ‚passiver‘ Sterbehilfe nicht (mehr) darauf an, ob die Therapiebegrenzung durch aktives Tun und/oder passives Unterlassen erfolgt.“ (Verrel/Schmidt 2012, 501)

⁴ Vgl. BMJV/BfJ 2026.

⁵ Vgl. Definition der Deutschen Stiftung Patientenschutz 2026.

fen berücksichtigt werden muss. Eine weiterführende rechtliche Regulierung der Praxis steht aus.

1.4 Sterben lassen (Behandlungsbegrenzung)⁶

Eine lebenserhaltende Behandlung darf nach dem Willen eines Patienten (aktuell/einwilligungsfähig oder mutmaßlich/nicht einwilligungsfähig) unterlassen oder, wenn bereits begonnen, begrenzt oder beendet werden: Dies betrifft beispielsweise das Unterlassen einer lebenserhaltenden Dialysebehandlung, die Einstellung einer künstlichen Ernährung oder das „Abstellen“ eines Beatmungsgeräts. „Ein anderes Therapieziel, die Palliation, tritt jetzt in den Vordergrund“ (Verrel/Schmidt 2012, 501) – es geht nun darum, den Sterbeprozess zuzulassen, anstatt das Leben künstlich zu verlängern. In der Begründung des BGH-Urteils vom 25.06.2010 (sog. Putz-Urteil) wird dies in Klärung des missverständlichen Begriffs der „passiven“ Sterbehilfe als „Sterbenlassen“ definiert.⁷

Einen Menschen sterben zu lassen, ist erlaubt, wenn

- die lebenserhaltende Maßnahme medizinisch nicht (mehr) indiziert ist oder
- der einwilligungsfähige Patient aktuell auf eine (weitere) lebenserhaltende oder -verlängernde Behandlung verzichtet bzw. seine bisher gegebene Zustimmung zurückzieht oder
- der Behandlungsverzicht dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Der Betreuer oder Bevollmächtigte ermittelt

den mutmaßlichen Willen des aktuell einwilligungsunfähigen Patienten und sorgt für dessen Umsetzung. Bei einem Dissens zwischen Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigtem ist zur Feststellung des Patientenwillens das Betreuungsgericht einzuschalten, um eine Entscheidung im besten Sinne des Patienten herbeizuführen.

1.5 Therapien am Lebensende zur Leidenslinderung

„Indirekte“ Sterbehilfe wird definiert als die Inkaufnahme eines durch Medikamente (Therapien am Lebensende) möglicherweise vorgezogenen Eintritts des Todes zum Zwecke einer effektiven Symptomkontrolle im Sterbeprozess. Der Zweck der Behandlung ist Leidenslinderung, eine Lebensverkürzung ist nicht beabsichtigt.⁸ Jeder Patient in Deutschland hat das Recht auf eine angemessene Behandlung, die auch die Linderung von Schmerzen und Leiden einschließt. Leidenslinderung ist also geboten und medizinische Fachkräfte sind verpflichtet, diese anzubieten und zu ermöglichen. (Verrel/Schmidt 2012, 501)

Beispiel: Gezielte tiefe kontinuierliche Sedierungstherapie zum Zwecke der Leidenslinderung am Lebensende (umgangssprachlich „palliative Sedierung“).⁹

⁶ In der Formulierung der Bundesärztekammer: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“ (BÄK 2011, A 346)

⁷ Vgl. BGH 2010, Rn. 38 ff.

⁸ In der Formulierung der Bundesärztekammer: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“ (BÄK 2011, A 347). Damit ist das Prinzip der **Doppelwirkung** („**principle of double effect**“) beschrieben. So hat eine Handlung wie die Gabe eines starken Schmerzmittels zwei Effekte – den beabsichtigten der Schmerzlinderung und den unbeabsichtigten, aber in Kauf genommenen einer möglichen Lebensverkürzung. Solange der beabsichtigte Effekt überwiegt und der unbeabsichtigte Effekt nicht der primäre Zweck einer Handlung ist, gilt die Behandlung als ethisch vertretbar sowie rechtlich zulässig.

⁹ Eine gezielte kontinuierliche Sedierungstherapie zur Leidenslinderung am Lebensende ist der gezielte Einsatz von sedierenden Medikamenten, um ein für palliativ erkrankte Patienten aufgrund therapierefraktärer Symptome unerträgliches Leid mittels Einschränkung des Bewusstseins bis zum Tod zu lindern. Um therapierefraktäre Symptome handelt es sich, wenn keine zufriedenstellende Linderung von als unerträglich empfundenen Symptomen möglich ist. Vgl. Forschungsverbund SedPall 2021.

Literaturverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK) (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108(07)/2011, S. A 346-A 348. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesgerichtshof (BGH) (2010). Urteil vom 25.06.2010 - 2 StR 454/09. <https://openjur.de/u/55214.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ) (2026). Strafgesetzbuch (StGB) § 216 Tötung auf Verlangen. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/Shared-Docs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 10.05.2026)

Deutsche Stiftung Patientenschutz (2026). Assistierter Suizid. <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/assistierter-suizid> (Zugriff: 10.05.2026)

Forschungsverbund SedPall (Hrsg.) (2021). Handlungsempfehlung. Einsatz sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210422_Broschuere_SedPall_Gesamt.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Verrel, T./Schmidt, K. W. (2012). Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Eine Orientierungshilfe zur ärztlichen Entscheidungsfindung aus juristischer und medizinethischer Sicht. In: Hessisches Ärzteblatt 08/2012, S. 501 f.; 512-516.

World Health Organization (WHO) (2002). WHO Definition of Palliative Care 2002. Deutsche Übersetzung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

2 Aktuelle Rechtslage zum assistierten Suizid in Deutschland

Manfred Baumann

2.1 Einführung: Die aktuelle Rechtslage im Überblick

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (BVerfG 2020b) bildet den Ausgangspunkt der aktuellen Debatte zum assistierten Suizid in Deutschland. Mit dieser Entscheidung rückte das Gericht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Ausdruck der persönlichen Autonomie in das Zentrum der rechtlichen und ethischen Betrachtung. Da eine umfassende gesetzliche Neuregelung der Praxis bisher aussteht, bewegen sich Einrichtungen, Dienste und Teams derzeit in einem Feld, dessen Rahmenbedingungen verfassungsrechtlich zwar festgelegt, aber noch nicht gesetzlich ausgestaltet sind.

Um Orientierung zu bieten, beleuchtet der Hintergrundtext zunächst die rechtlichen Grundlagen der Suizidhilfe. Abschließend werden die daraus resultierenden Anforderungen an Schutzkonzepte für die tägliche Praxis erläutert.

2.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020

Mit dem Urteil vom 26.02.2020 stellte das BVerfG fest, „dass das in § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist.“ (BVerfG 2020a) Diese Regelung war 2015 verabschiedet worden, um eine wiederholte Assistenz beim Suizid zu verbieten. Gegen ein

solches Verbot hatten schwer erkrankte Personen, Sterbehilfevereine, Ärzte, die den ärztlich assistierten Suizid befürworten, sowie im Bereich suizidbezogener Beratung tätige Rechtsanwälte erfolgreich geklagt.¹

Das BVerfG begründet sein Urteil folgendermaßen: Das allgemeine Persönlichkeitsrecht schließe das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ein. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben wiederum schließe das Recht ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Dieses Recht bestehe in jeder Phase menschlicher Existenz und sei nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände beschränkt.² Die helfenden Dritten seien aber nicht verpflichtet, Sterbehilfe zu leisten. Es besteht also kein Anspruchsrecht von Menschen, die Assistenz beim Suizid wünschen. (BVerfG 2020b)

2.3 Assistierter Suizid

Grundlage für das Verständnis der praktischen Anwendung ist folgende Definition: Ein assistierter Suizid ist die Unterstützung einer Suizidhandlung einer sterbewilligen Person durch eine helfende Person, wobei die sterbewillige Person die zum Tode führende Handlung selbstständig durchführt. (Vgl. Deutsche Stiftung Patientenschutz 2026)

¹ Mit dem Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 „besteht durchgängig die seit 1871 geltende Rechtslage. Auf deren Basis, und diktiert vom Grundgesetz aus dem Jahr 1949 ergingen die höchstrichterlichen Urteile bis hin zur jüngsten Vergangenheit. So haben wir heute eine klare Rechtslage.“ (Putz 2025, 22)

² Darin liegt nach Torsten Verrel die eigentliche Sprengkraft der Entscheidung, „dass das BVerfG dieses Grundrecht nicht auf bestimmte Leidens- oder Krankheitszustände beschränkt, sondern ausdrücklich davon abgekoppelt und es dem Staat untersagt hat, eine über die Prüfung der Autonomie hinausgehende Bewertung der Suizidmotivation vorzunehmen.“ (Verrel 2025, 156)

2.4 Formen der Sterbehilfe³

Der Begriff des assistierten Suizids ist im Kontext der vier in Deutschland unterschiedenen Formen der Sterbehilfe zu betrachten und klar abzugrenzen:

- Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung)
- Tötung auf Verlangen (in Deutschland verboten gemäß § 216 StGB)
- Therapien am Lebensende zur Leidenslinderung (früher sog. „indirekte“ Sterbehilfe)
- Behandlungsbegrenzung/Sterbenlassen (früher sog. „passive“ Sterbehilfe)

2.5 Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit⁴

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber mit seinem Urteil die Möglichkeit eingeräumt, die Rahmenbedingungen für die Praxis des assistierten Suizids rechtlich zu regulieren. Hierbei gilt es, einem zweifachen Auftrag gerecht zu werden: Es muss sowohl das Recht auf Selbstbestimmung als auch das Leben an sich geschützt werden: der Staat hat die Schutzpflicht, Selbsttötungen entgegenzuwirken, die nicht Ausdruck einer freien und selbstbestimmten Entscheidung sind. (Putz 2025, 27)

Um diesen Schutz der Sterbewilligen zu gewährleisten und zugleich sicherzustellen, dass die Suizidassistenz für die Helfenden in einem rechtssicheren Raum stattfinden kann, bedarf es einer sorgfältigen Prüfung der Entscheidungs- und Handlungsgrundlagen. Als konkretes Schutzkonzept zur Plausibilisierung dieser „Freiverantwortlichkeit“ nennt das BVerfG folgende Bedingungen, die bei einer freien Entscheidung zum assistierten Suizid erfüllt sein müssen⁵:

- Kriterium der Fähigkeit zur freien Willensbildung: Fähigkeit, den Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden und nach dieser Einsicht

zu handeln (Einwilligungsfähigkeit als Einsichts-, Urteils- und Entscheidungsfähigkeit; kein grundsätzlicher Ausschluss von Menschen mit psychischen Erkrankungen).

- Kriterium der Wohlerwogenheit: Tatsächliche Informiertheit über alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte und Abwägung der Alternativen auf dieser Grundlage.
- Kriterium der Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck.
- Kriterium der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Entschlusses.

2.6 Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte

Die verfassungsrechtliche Rechtsprechung wirkte sich unmittelbar auf das Berufsrecht der Ärzte aus. „In Reaktion auf das Urteil des BVerfG vom 26.02.2020, das explizit die berufsrechtliche Regelung kritisiert hatte, strich der 124. Deutsche Ärztetag im Mai 2021 den Satz 3 § 16 der Musterberufsordnung. Seither gibt es in Deutschland kein berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Beteiligung an der Suizidassistenz mehr.“ (Marckmann 2025, 67; vgl. BÄK 2026) Gleichwohl bestätigte der 124. Deutsche Ärztetag die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer von 2011 (BÄK 2011), die klarstellen, dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe ist. (BÄK 2021, 148)

2.7 Regulierung der Rahmenbedingungen für die Praxis des assistierten Suizids

Obwohl das Bundesverfassungsgericht die Grundpfeiler gesetzt hat, herrscht in der täglichen Praxis oft Unsicherheit darüber, wie die Suizidhilfe konkret und rechtssicher umgesetzt werden kann. Viele Akteure im Feld wün-

³ Vgl. Hintergrundtext „Formen der Sterbehilfe“; vgl. außerdem Verrel/Schmidt 2012, 501; BÄK 2011; DGP 2021.

⁴ Vgl. Hintergrundtext „Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit“.

⁵ Vgl. die „Voraussetzungen einer freien Willensentscheidung“ im Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 2020b) auf S. 70 mit den Randnummern 240-244.

schen sich daher eine gesetzliche Regulierung, um klare Handlungsabläufe und verlässliche Standards zu schaffen. Den zwingenden Rahmen für eine solche Gesetzgebung bildet das vom BVerfG formulierte Schutzkonzept. Es soll vor Missbrauch schützen und muss deshalb in künftigen Gesetzentwürfen berücksichtigt werden.

Im Juli 2023 lagen zwei Gesetzentwürfe vor, um die Suizidhilfe in Deutschland zu regeln. Beide folgten dem Schutzkonzept des BVerfG und sahen für Volljährige verpflichtende Formen der Beratung, Begutachtung und entsprechende Wartefristen vor. In ihrer Unterschiedlichkeit bekam keiner der beiden Gesetzentwürfe eine Mehrheit. Sie wurden am 06.07.2023 im Bundestag abgelehnt.⁶ Einen gemeinsamen Antrag mit dem Titel „Suizidprävention stärken“ nahm das Parlament hingegen mit großer Mehrheit an.

Dabei stellen sich fundamentale Fragen, welche Aspekte ein Gesetz zur Regulierung des assistierten Suizids konkret adressieren muss.⁷

- Was soll das minimale Zugangsalter sein?⁸
- Soll ein Zugang nur für Bundesbürger möglich sein?
- Soll eine strikte personelle Trennung zwischen Begutachtung, Durchführung und Leichenschau vorgeschrieben werden? Wie soll eine solche Trennung geregelt sein?
- Wer bekommt welche Medikamente von wem?⁹
- Wie kann Freiverantwortlichkeit plausibilisiert werden?¹⁰
- Welche Wartezeiten zwischen Gutachten bzw. Beratung und Suizidhandlung sind einzuhalten?
- Darf für Suizidassistenz geworben werden? Soll bzw. darf eine Kommerzialisierung verboten werden?¹¹
- Wie müssen gesetzliche Pflichten zur Dokumentation, zur postmortalen Überprüfung der Sorgfaltskriterien sowie zur amtlichen Berichterstattung gestaltet sein?¹²

⁶ Eine Diskussion der Gesetzentwürfe findet sich beispielsweise bei Eric Hilgendorf 2025.

⁷ Nach Verrel lassen sich vier zentrale Gesetzgebungsfragen ausmachen: 1) „ob und welche Rolle das *Strafrecht* spielen soll“ (Verrel 2025, 159), 2) welches Ausmaß die Prozeduralisierung haben soll, 3) dass das Betäubungsmittelgesetz reformiert werden muss, 4) „welche staatlichen und privaten Institutionen oder Personen in ein künftiges Verfahren für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe eingebunden sein sollen.“ (Ebd.)

⁸ „Während im Urteil des BVerfG keine untere Altersgrenze für den Zugang zu einer Suizidbeihilfe expliziert wird, geben die zwei aktuell vorliegenden, jedoch im Bundestag gescheiterten Gesetzesentwürfe die Volljährigkeit als eine Grundbedingung vor.“ (Winkler 2025, 133) Es stellt sich bei einer Altersoffenheit die Frage nach der freiverantwortlichen Entscheidung von Minderjährigen. Vgl. hierzu Beate Winkler: „In Bezug auf Jugendliche wird man zunächst das Argument der *Gerechtigkeit* vorbringen. Wenn unser Staat Erwachsenen die selbstbestimmte Gestaltung ihres Sterbens erlaubt, muss dies nicht auch für ältere Kinder und Jugendliche gelten? [...] Auch das pauschale Abstreichen der Urteilsfähigkeit in Bezug auf das eigene Sterben aufgrund des kalendarischen Lebensalters halten viele Kinderonkolog/-innen und Kinderärzt/-innen für nicht korrekt, da ein chronisch krankes Kind sich durch das Leben mit der Erkrankung anders entwickelt als seine Altersgenossen. Niederländische Kolleg/-innen halten es für möglich, dass Kinder ab dem Alter von etwa neun Jahren die Tragweite einer Entscheidung über das eigene Sterben überblicken können.“ (Ebd., 141) Auch Beate Winkler plädiert angesichts dieser Unsicherheit für eine gesetzliche Regulierung der Beihilfe zum Suizid: „Wegen der unklaren Rechtslage wäre es zur Absicherung für Familien und Ärzt/-innen wünschenswert, eine rechtliche Regelung zu haben, um die vom Betroffenen gewünschte Art zu sterben auch für Minderjährige zu ermöglichen.“ (Ebd., 143)

⁹ Vgl. hierzu DGPPN 2024: „Um einerseits zu vermeiden, dass Suizidwillige auf das Wohlwollen einzelner Ärztinnen und Ärzte angewiesen sind und andererseits Druck auf die Ärzteschaft zu vermeiden, soll nach Vorstellung der DGPPN keine ärztliche Verschreibung todbringender Mittel erfolgen. Stattdessen soll eine staatliche Stelle die Substanzen zur Verfügung stellen.“

¹⁰ Verrel zum Schutzkonzept: „Die praktischen Herausforderungen bestehen zweifellos darin, diese abstrakt formulierten Anforderungen an eine autonome Selbsttötungsentscheidung in konkrete, rechtssicher zu handhabende Kriterien umzusetzen.“ (Verrel 2025, 157)

¹¹ Das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben hat angesichts der wachsenden Zahl neuer Anbieter für Suizidhilfe und angesichts möglicher Gewinnerzielungsabsichten folgenden Beschluss gefasst: „Wir sehen mit Besorgnis, dass Freitodbegleitungen in Deutschland zunehmend mit dem Ziel der Gewinnerzielung durchgeführt werden. Wir halten daher eine diesbezügliche Regelung für geboten.“ (DGHS-Präsidium 2026, 13; im Original in Fettdruck)

¹² Von Befürwortern einer Regulierung wird vorgebracht, dass Dokumentation, postmortale Überprüfung der Sorgfaltskriterien und Berichterstattung für Transparenz sorgen und vor Missbrauch schützen. Zudem kann eine amtliche Erhebung wertvolle Erkenntnisse für die Wissenschaft liefern, um Motive zu analysieren und präventive Hilfsangebote gezielt weiterzuentwickeln. In internationalen Vorbildern bilden Melde- und Nachweispflichten zentrale Pfeiler des Schutzkonzepts. (Vgl. hier den Hintergrundtext „Der Blick über die Grenzen. Sterbehilfe im internationalen Vergleich“) Demgegenüber warnen Kritiker vor den Risiken eines unzureichenden Datenschutzes und einer damit einhergehenden möglichen Stigmatisierung der Betroffenen. Detaillierte Bürokratie und hohe Meldehürden könnten zudem Ärzte von der Hilfeleistung abschrecken. Ein Mangel an mitwirkungsbereiten Medizinerinnen wiederum könnte das Recht auf selbstbestimmtes Sterben faktisch einschränken. Marcus Jauer gibt diesbezüglich zu bedenken: „Bis zu 2.000 Menschen haben schätzungsweise im vergangenen Jahr in Deutschland ihr Leben mit Sterbehilfe beendet. Die Zahl steigt seit Jahren; wie viele es genau sind, weiß niemand. Es

Aber ist eine gesetzliche Regelung überhaupt erforderlich?

Befürworter einer gesetzlichen Regulierung erwarten sich hiervon Transparenz und professionelle Standards im Sinne einer Regelung, die sowohl dem Anspruch auf selbstbestimmtes Sterben als auch dem Lebensschutz genügt.¹³ Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD wird hierzu kein Ziel benannt. (CDU/CSU/SPD 2025)

2.8 Suizidprävention¹⁴

Parallel zur Diskussion um die Assistenz im Rahmen eines selbstbestimmten Sterbens rückt der Schutz des verletzbaren Lebens in den Fokus. Mit seinem Urteil hat das BVerfG dem Gesetzgeber aufgetragen, zum Schutz des Lebens ein Gesetz zur Suizidprävention auf den Weg zu bringen. Der Entschluss hierzu wurde im Juli 2023 gefasst („Suizidprävention stärken“), eine nationale Strategie zur Suizidprävention ist auf dem Weg. Karl Lauterbach (SPD) stellte am 02.05.2024 die Empfehlungen seines Ministeriums für eine Nationale Suizidpräventionsstrategie vor. Am 28.11.2024 lag der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention“ vor, am 18.12.2024 wurde der Gesetzentwurf im Bundeskabinett behandelt. Im

Koalitionsvertrag (2025) wird bestätigt, dass das Suizidpräventionsgesetz umgesetzt werden soll. (CDU/CSU/SPD 2025, 111)¹⁵

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Rechtslage in Deutschland durch ein Nebeneinander von individueller Freiheit und staatlicher Schutzpflicht geprägt bleibt, dessen endgültige gesetzliche Ausgestaltung noch aussteht.¹⁶

Literaturverzeichnis

Bundesärztekammer (BÄK) (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108(07)/2011, S. A 346-A 348. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesärztekammer (BÄK) (2021). 124. Deutscher Ärztetag (Online). Berlin 04.-05. Mai 2021. Beschlussprotokoll. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/124.DAET/pdf/Beschlussprotokoll_124_Daet_2021_Stand-06.05.2021_mit_numerischen_Lesezeichen.pdf (Zugriff: 22.09.2026)

Bundesärztekammer (BÄK) (2026). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland täti-

weiß auch niemand, wie viele Sterbehelfer es inzwischen gibt. Es besteht weder eine Meldepflicht noch eine Pflicht zur Beratung. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat die Sterbehilfe zur Privatangelegenheit gemacht, in die der Staat keinen Einblick mehr hat – eine Blackbox.“ (Jauer 2026, 50)

¹³ Dieses Spannungsfeld zwischen der Möglichkeit zum selbstbestimmten Sterben und dem Schutzauftrag für vulnerable Personen beschreibt den Rahmen einer gesetzlichen Regulierung, die gerade im Kontext psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung ist: „Die enge Assoziation zwischen Suizidalität und psychischen Erkrankungen führt zwangsläufig dazu, dass diese Erkrankungen im Kontext des assistierten Suizids eine wichtige Rolle spielen. Dies insbesondere deshalb, weil sie die Fähigkeit einer Person, frei zu entscheiden, einschränken oder aufheben können. Deshalb scheint es dringend notwendig, dass staatliche Schutzkonzepte geschaffen werden, die verhindern, dass Suizidwünsche selbstbestimmungsunfähiger Menschen mit Hilfe Dritter umgesetzt werden. Allerdings muss auch sichergestellt werden, dass Menschen nicht nur deshalb kategorisch von der Möglichkeit eines assistierten Suizids ausgeschlossen werden, weil sie an einer psychischen Erkrankung leiden.“ (Pollmächer 2025, 86 f.)

¹⁴ Vgl. den Hintergrundtext „Suizidprävention in Deutschland im Kontext des assistierten Suizids“; vgl. außerdem die praxisorientierte „Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz“ der Diakonie Deutschland 2022.

¹⁵ Vgl. DPWV 2025.

¹⁶ Gita Neumann beschreibt das sensible Spannungsfeld zwischen Freiheit und Verantwortung im Umgang mit Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid und warnt zugleich vor einem Missbrauch des Präventionsbegriffs: „Es gilt einen abgewogenen Ausgleich zu finden zwischen der realen Gewährleistung des Persönlichkeitsrechts auf humanes und selbstbestimmtes Sterben mit Hilfe Dritter einerseits und einer gebotenen Suizidprävention andererseits. Letztere hat unfreie und meist eher brutale Selbsttötungen im Affekt oder in vorübergehender Krisensituation zu vermeiden sowie akute Suizidversuche bei schwerer psychischer Störung zu verhindern. Unter den Aspekt einer lebens- und autonomieschützenden Verhütung kann auch fallen, Menschen mit Suizidvorhaben entlastende Gespräche anzubieten oder den Raum für noch mögliche alternative Optionen zu eröffnen. Wird der Präventionsbegriff jedoch missbraucht zur Verhütung von verzweifelt freiverantwortlichen und wohlüberdachten Suiziden sowie Versuchen und Hilfen dazu, würde er ins Negative, Autonomieverletzende und Bedrohliche umkippen. Er verlöre damit seine ursprünglich so wohlklingende und rein menschenfreundliche Bedeutung.“ (Neumann 2025, 110)

gen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 130. Deutschen Ärztetages vom 13. Mai 2026 in Hannover. Bekanntmachung vom 18.06.2026. In: Deutsches Ärzteblatt 2026, S. A 1-A 9. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/2026-06-18_Bek_BAEK_MBO-AE.pdf (Zugriff: 22.09.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020a). Pressemitteilung Nr. 12/2020 vom 26. Februar 2020. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html> (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020b). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 10.05.2026)

CDU/CSU/SPD (2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 21. Legislaturperiode. https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (Hrsg.) (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenten in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/230512_Umgang_mit_Wunsch_nach_Suizidassistenten_B.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2024). DGPPN aktualisiert Vorschläge für die gesetzliche Regelung der Suizidassistenten. Pressemitteilung vom 01.07.2024. <https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2024/dgppn-aktualisiert-vorschlaege-fuer-die-gesetzliche-regelung-der-suizidassistenten.html> (Zugriff: 10.05.2026)

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV) (2025). Update zum Stand des Suizidpräventionsgesetzes. <https://www.der-paritaetische.de/alle-meldungen/update-zum-stand-des-suizid-praeventionsgesetzes/> (Zugriff: 10.05.2026)

Deutsche Stiftung Patientenschutz (2026). Assistierter Suizid. <https://www.stiftung-patientenschutz.de/themen/assistierter-suizid> (Zugriff: 10.05.2026)

DGHS-Präsidium (2026). Positionierung der DGHS zur Kommerzialisierung der Freitodbegleitung. In: *humanes leben humanes sterben* 46(03)/2026, S. 13.

Diakonie Deutschland (2022). „Ich bin ein Gast auf Erden“. Psalm 119, 19. Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_HomePrint.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Hilgendorf, E. (2025). Zur rechtlichen Regulierung der Suizidassistenten nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 41-54.

Jauer, M. (2026). Genug vom Leben. In: *DIE ZEIT* 32/2026, S. 50-51.

Marckmann, G. (2025). Assistierter Suizid: Perspektiven für eine ethisch verantwortete Praxis. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 55-71.

Neumann, G. (2025). Ergebnisoffene Konfliktberatung bei Sterbewunsch – Prävention,

Freiverantwortlichkeit und Suizidhilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 91-112.

Pollmächer, T. (2025). Grundlagen und Herausforderungen im Kontext psychischer Erkrankungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 79-88.

Putz, W. (2025). Assistierter Suizid – eine legale Form der Sterbehilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 22-40.

Verrel, T. (2025). Rechtliche Grundlagen des assistierten Suizids und mögliche Entwicklungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 149-162.

Verrel, T./Schmidt, K. W. (2012). Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Eine Orientierungshilfe zur ärztlichen Entscheidungsfindung aus juristischer und medizinethischer Sicht. In: Hessisches Ärzteblatt 08/2012, S. 501 f.; 512-516.

Winkler, B. (2025). Ärztlich assistierter Suizid – spezielle Herausforderungen und Erfahrungen in der Kinderonkologie. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 133-145.

3 Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit

Manfred Baumann

3.1 Einführung: ein Schutzkonzept

Dieser Hintergrundtext erläutert das Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit, welches das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in seinem wegweisenden Urteil vom 26. Februar 2020 formuliert hat. (BVerfG 2020) Es werden die vier zentralen Kriterien – Fähigkeit zur freien Willensbildung, Wohlerwogenheit, Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck sowie Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses – detailliert dargelegt, um zu verdeutlichen, wann eine Entscheidung als freiverantwortlich gelten kann.

3.2 Selbstbestimmung und Grenzen der Selbstbestimmungsfähigkeit

Das BVerfG hat im Urteil vom 26.02.2020 das „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (§ 217 StGB) für nichtig und verfassungswidrig erklärt. Diese Regelung war 2015 verabschiedet worden, um eine wiederholte Assistenz beim Suizid zu verbieten. (BMJV/BfJ 2015) Gegen ein solches Verbot hatten schwerkranke Personen, Sterbehilfevereine, Ärzte, die den ärztlich assistierten Suizid befürworteten, sowie im Bereich suizidbezogener Beratung tätige Rechtsanwälte erfolgreich geklagt. Das BVerfG begründete sein Urteil damit, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht das Recht auf selbstbestimmtes Sterben einschlieÙe. Dieses wiederum schlieÙe das Recht ein, sich das Leben zu nehmen und sich hierbei Hilfe bei Dritten zu holen. Niemand aber könne verpflichtet werden, Sterbehilfe zu leisten. (BVerfG 2020)

Was eine im internationalen Vergleich sehr liberale Rechtssituation begründet, ist der Anwendungsbereich: So bestehe dieses Recht in jeder Phase menschlicher Existenz und sei nicht auf schwere und unheilbare Krankheitszustände beschränkt.¹ (Ebd.)

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber mit seinem Urteil die Möglichkeit eingeräumt, die Rahmenbedingungen für die Praxis des assistierten Suizids rechtlich zu regulieren. Hierbei muss er einem zweifachen Auftrag gerecht werden: sowohl das **Recht auf Selbstbestimmung** als auch das **Leben an sich** zu schützen und damit Selbsttötungen entgegenzuwirken, die nicht Ausdruck einer freien und selbstbestimmten Entscheidung sind – Lebensschutz ist eine staatliche Schutzpflicht. (Putz 2025, 27)

Das BVerfG hat hierfür ein Schutzkonzept formuliert, das in künftigen Gesetzentwürfen berücksichtigt werden muss. Der Schutzanspruch, der eine straflose Suizidassistenz ermöglicht, ist an die Freiverantwortlichkeit des Suizidentenschlusses geknüpft: „Ein Suizidentenschluss geht auf einen autonom gebildeten, freien Willen zurück, wenn der Einzelne seine Entscheidung auf der Grundlage einer realitätsbezogenen, am eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Wider trifft.“ (BVerfG 2020, Rn. 240)

¹ Das begründet das BVerfG mit dem Diskriminierungsverbot: „Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist.“ (BVerfG 2020, Rn. 210)

3.3 Kriterien zur Plausibilisierung der Freiverantwortlichkeit

Zur Plausibilisierung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

3.3.1 Fähigkeit zur freien Willensbildung

Die sterbewillige Person muss in der Lage sein, relevante Informationen zu verstehen, die Bedeutung und Tragweite ihrer Entscheidung zu erfassen und nach dieser Einsicht zu handeln (Einwilligungsfähigkeit² als Einsichtsfähigkeit, Urteils- und Entscheidungsfähigkeit).

Sie verfügt über die Fähigkeit, ihren Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung zu bilden. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind jedoch im Grundsatz nicht ausgeschlossen.³ (Ebd., Rn. 241)

3.3.2 Wohlerwogenheit

Der Entschluss der sterbewilligen Person muss wohlüberlegt sein und darf nicht spontan getroffen werden. Das bedeutet: Der Entschluss darf nicht impulsiv oder unter dem Druck einer akuten emotionalen Krise gefasst werden. Er muss auf einer gründlichen Abwägung basieren, bei der die sterbewillige Person ihre Lebenssituation, ihre Werte, die Folgen des Suizids für sich und ihr Umfeld sowie mögliche Alternativen reflektiert hat. Das heißt, der Entschluss ist aus dem eigenen

Selbstverständnis, dem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit heraus entstanden. (Ebd., Rn. 242)

3.3.3 Freiheit von unzulässiger Einflussnahme oder Druck

Die Entscheidung der sterbewilligen Person muss frei von unzulässigem Druck oder Zwang sein. Dies schließt die direkte Nötigung durch Dritte ein, aber auch subtilere Formen der Einflussnahme. Der Staat hat auch hier eine besondere Schutzpflicht, damit die Vulnerabilität der Betroffenen anerkannt und berücksichtigt wird. (Ebd., Rn. 243)

3.3.4 Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses

Ein freiverantwortlich gefasster Suizidwunsch zeichnet sich durch Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit aus. (Ebd., Rn. 244) Dies steht im Gegensatz zu vorübergehenden Überlegungen im Zuge von Krisen, die häufig von ambivalenten Gefühlen geprägt sind. Die meisten Suizidgedanken, insbesondere in Verbindung mit psychischen Krisen, sind nicht beständig. Viele Menschen, die einen Suizidversuch überleben, revidieren ihren zuvor gefassten Suizidentschluss später.⁴

Das Kriterium der Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit soll sicherstellen, dass der Entschluss kein flüchtiges Phänomen ist, sondern eine tief verwurzelte, konstante Überzeugung. Um dies zu gewährleisten, ist in den bisherigen (gescheiterten) Gesetzentwürfen eine

² „Eine gesetzliche Definition der Einwilligungsfähigkeit existiert nicht. Die Definition nach Fachkonsens ist, dass ‚eine Person bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme als einwilligungsfähig gilt, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende vier Kriterien gegeben sind‘: 1. Informationsverständnis (Zielfrage: Können die Betroffenen mit eigenen Worten wiedergeben, was sie von der Aufklärung über die Erkrankung, ihre Behandlung und deren Nutzen und Risiken [...] verstanden haben?) 2. Einsicht (Zielfrage: ‚So sehen wir Ihre Erkrankung, stimmen Sie dem zu oder haben Sie eine andere Einschätzung? Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?) 3. Urteilsvermögen (Zielfrage: ‚Was glauben Sie, ist das Beste für Sie? Was ist die Gefährdung/Konsequenz, wenn Sie die Maßnahme durchführen oder nicht durchführen?) 4. Kommunizieren einer Entscheidung (Zielfrage: ‚Welche Entscheidung treffen Sie, nachdem wir alles besprochen haben?’).“ (Putz 2025, 30 f.)

³ „Damit steht der assistierte Suizid auch Menschen mit psychischen Erkrankungen grundsätzlich offen, die schon jetzt den überwiegenden Teil der Suizidenten ausmachen.“ (Pollmächer 2025, 79)

⁴ Suizidwünsche beruhen „regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel. Das Verlangen zu sterben ist häufig ambivalent und wechselhaft. Empirische Daten belegen insoweit, dass ein kurzfristig gefasster Suizidentschluss – wenn die Selbsttötung misslingt – im Nachhinein von den Betroffenen selbst in etwa 80 bis 90 % der Fälle als Fehlentscheidung gewertet und revidiert wird. Suizidwünsche sind danach – selbst wenn sie sich von außen als plausible bilanzierende Entscheidung darstellen – ganz überwiegend von begrenzter Dauer und nicht anhaltend. Das Kriterium der Dauerhaftigkeit ist auch nach Ansicht der sachkundigen Dritten geeignet, die Ernsthaftigkeit eines Suizidwunsches nachzuvollziehen und sicherzustellen, dass er nicht etwa auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht.“ (BVerfG 2020, Rn. 244)

Wartezeit zwischen der Beratung und der eigentlichen Suizidassistenz vorgesehen, um Sterbewilligen ausreichend Zeit für die Reflexion zu geben.⁵

3.4 Bedeutung für die Praxis

Das Schutzkonzept des BVerfG verlangt eine sorgfältige und strikte Einzelfallprüfung, um sicherzustellen, dass die Entscheidung zum Suizid frei und selbstbestimmt getroffen wurde.⁶ Dies ist wesentlich für die Ausgestaltung künftiger gesetzlicher Regelungen. Es setzt klare Grenzen für Suizidhelfer und formuliert hohe Anforderungen an die Plausibilisierung der Freiverantwortlichkeit, insbesondere bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung und bei Menschen mit einer kognitiven Einschränkung.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ) (2015). Strafgesetzbuch (StGB). § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_217.html (Zugriff: 10.05.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/>

rs20200226_2bvr234715.html

(Zugriff: 10.05.2026)

Deutscher Bundestag (2022). Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung. Drucksache 20/904 vom 07.03.2022. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Deutscher Bundestag (2023a). Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses (6. Ausschuss). Drucksache 20/7624 vom 05.07.2023. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007624.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Deutscher Bundestag (2023b). Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918> (Zugriff: 10.05.2026)

Nedopil, N./Brieger, P. (2026). Assistierter Suizid: Begutachtung und Beurteilung der Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 69(03)/2026, S. 334-339.

Pollmächer, T. (2023). Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht. In: Der Nervenarzt 94(07)/2023, S. 625-630.

Pollmächer, T. (2025). Grundlagen und Herausforderungen im Kontext psychischer Erkrankungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon,

⁵ Thomas Pollmächer gibt zu bedenken: „In der Praxis schwierig zu bestimmen ist, welche Zeitdauern diesem Kriterium entsprechen.“ (Pollmächer 2023, 627) Der Entwurf der Gruppe um die Abgeordneten Lars Castellucci, Ansgar Heveling et al. (Deutscher Bundestag 2022) fordert mindestens zwei Untersuchungstermine mit einem Mindestabstand von drei Monaten sowie mindestens ein Beratungsgespräch: „Feststellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zu Selbsttötung nach einer in der Regel zweimaligen Untersuchung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im Abstand von drei Monaten und eine umfassende ergebnisoffene Beratung in einem auf die Situation des/der Betroffenen angepassten interdisziplinären Ansatz.“ (ebd., 3) „Nach Abschluss der Untersuchungs- und Beratungsphase sollte laut Entwurf vor der Selbsttötung eine Wartefrist von zwei Wochen eingehalten werden. Die Selbsttötung muss laut Entwurf innerhalb von zwei Monaten ‚nach der letzten psychiatrischen oder psychotherapeutischen Untersuchung‘ erfolgen.“ (Deutscher Bundestag 2023b) Der zusammengelegte Entwurf der Gruppen um die Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Renate Künast et al. (Deutscher Bundestag 2023a) sieht eine Wartefrist von mindestens drei bis maximal 12 Wochen zwischen Beratung und Verschreibung des tödlich wirkenden Medikaments vor: „Die Verschreibung eines tödlich wirkenden Medikaments durch einen Arzt oder eine Ärztin setzt laut Entwurf eine Beratung in einer anerkannten Beratungsstelle voraus, zudem soll der verschreibende Arzt oder die Ärztin verpflichtet sein, die suizidwillige Person mündlich und in verständlicher Form über sämtliche für die Selbsttötung wesentlichen medizinischen Umstände aufzuklären“. Bei erkrankten suizidwilligen Personen ist zudem ‚auch auf Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Palliativmedizin hinzuweisen‘. Die Verschreibung sollte dann möglich sein, wenn die suizidwillige Person sich höchstens zwölf Wochen und mindestens drei Wochen vorher hat beraten lassen.“ (Deutscher Bundestag 2023b)

⁶ Wolfgang Putz empfiehlt hier die „Handreichung zum Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit“ (Thöns et al. 2021). „Besonders kompetente und mit dem Thema Suizidhilfe in ihrer Praxis beruflich befasste Autorinnen aus den Bereichen Psychiatrie, Palliativmedizin, Medizinrecht, Anästhesie, Schmerzmedizin, Kriminalpolizei und Strafrecht haben diesen Text verfasst. Er sollte vor jeder Art von Suizidhilfe unbedingt wahrgenommen und akribisch beachtet werden. Dort finden sich praktische Vorgaben hinsichtlich folgender Aspekte: Beeinflussung durch eine psychische Störung, Aufklärung und Beratung, Alternativaufklärung, Wartefristen bzw. Prüfung der Nachhaltigkeit, psychosoziale Beeinflussungen/Impressionen, Dokumentationsinhalte, ggf. Einbindung der Angehörigen, bis hin zur eigentlichen Durchführung der Selbsttötung.“ (Putz 2025, 32) Vgl. hierzu auch Nedopil/Brieger 2026. Hinweise zur Dokumentation der Freiverantwortlichkeit im Rahmen der Suizidbeihilfe gibt Tanja Unger 2025.

F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 79-88.

Putz, W. (2025). Assistierter Suizid – eine legale Form der Sterbehilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 22-40.

Thöns, M. et al. (2021). Handreichung. Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit. In: Schmerzmedizin 37(04)/2021, S. 12-15.

Unger, T. (2025). Rechtliche Anmerkungen zu der von Dr. M. Thöns vorgestellten Kasuistik. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 187-190.

4 Der Blick über die Grenzen: Sterbehilfe im internationalen Vergleich

Manfred Baumann

4.1 Einführung

Ein internationaler Vergleich der Regelungen zur Sterbehilfe – insbesondere zum assistierten Suizid und zur Tötung auf Verlangen – ist für die Einordnung der deutschen Rechtslage von hohem Wert. Der Blick über die Grenzen schärft das Verständnis für bewährte Regulierungsmechanismen und verdeutlicht die Position Deutschlands im globalen Gefüge. Er ermöglicht es, die hiesige Debatte nicht isoliert, sondern als Teil einer weltweiten rechtsethischen Entwicklung zu bewerten.

Dabei lässt sich ein globaler Trend beobachten: Eine wachsende Zahl von Ländern – primär in Europa, Nordamerika und Australien – legalisiert Formen der Sterbehilfe, die einen vorzeitigen Tod herbeiführen sollen, oder debattiert intensiv darüber. Diese Entwicklung deutet auf eine weltweite Verschiebung gesellschaftlicher Einstellungen hin: weg von einem strikten Verbot, hin zu einer regulierten Akzeptanz. Grundlegend für diesen Prozess ist ein Wandel im Umgang mit Tod, Leid und individueller Selbstbestimmung: Persönliche Wahlfreiheit tritt hierbei vermehrt an die Stelle traditioneller oder religiöser Konzepte von der Heiligkeit und Unverfügbarkeit des Lebens.

Die Terminologie im Bereich der Sterbehilfe ist komplex. Um die internationalen Regelungen vergleichen zu können, konzentriert sich dieser Beitrag auf die beiden zentralen Formen der aktiven Lebensbeendigung, die Gegenstand der internationalen Gesetzgebungsprozesse sind:

- **Tötung auf Verlangen:** Die gezielte Herbeiführung des Todes durch eine dritte Person (meist Ärzte) auf ausdrücklichen und freiverantwortlichen Wunsch der sterbewilligen Person. Im internationalen Sprachraum entspricht dies der *voluntary active euthanasia*.

- **Assistierter Suizid (Beihilfe zur Selbsttötung):** Die Bereitstellung eines tödlichen Präparats durch Dritte, welches sich die sterbewillige Person jedoch selbst und eigenhändig verabreicht. International wird dies meist als *assisted suicide*, *physician-assisted dying* oder *voluntary assisted dying* (VAD) bezeichnet.

In diesem Hintergrundtext wird ein detaillierter tabellarischer Überblick über den Rechtsrahmen in ausgewählten Ländern gegeben (Stand: 14.05.2026). Dabei ist zu beachten, dass die Methoden der Datenerfassung von Land zu Land variieren, dass umfassende und vergleichbare Statistiken weltweit selten verfügbar sind und Definitionen, Gesetze und Vorschriften zum Thema Lebensende weltweit sehr unterschiedlich sind – dies zeigt die Karte des Weltverbandes der Organisationen für das Recht auf Sterben. (Weijnenborg 2025, 324; World Federation of Right to Die Societies 2026)

Die nachfolgende Tabelle zeigt auf einen Blick, ob die jeweiligen Formen der Sterbehilfe (für unseren Zusammenhang: Tötung auf Verlangen und assistierter Suizid) rechtlich zulässig sind: ja/grün oder nein/rot. Darüber hinaus werden lediglich punktuelle Einblicke in folgende Aspekte gegeben:

- **Anspruchsvoraussetzungen:** Welche Voraussetzungen (z. B. terminale Erkrankung, unerträgliches Leid) müssen erfüllt sein?
- **Verfahrensabläufe:** Welche Schutzmaßnahmen und Begutachtungen sind vorgesehen?
- **Statistische Daten:** Wie viele Menschen nehmen diese Angebote tatsächlich in Anspruch und welche Motive oder Krankheitsbilder stehen im Vordergrund?

4.2 Der Blick über die Grenzen

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Australien (alle Bundesstaaten)		Erster Bundesstaat: Victoria 2019	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen		Gesetze über „Freiwilliges assistiertes Sterben“/Voluntary Assisted Dying (VAD) der einzelnen Bundesstaaten. ¹		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		→ Terminal erkrankte Erwachsene (Prognose 6-12 Monate), unerträgliches Leid, Entscheidungsfähigkeit. → Priorität auf Selbstverabreichung, Tötung auf Verlangen durch Ärzte nur bei Unfähigkeit zur Selbstverabreichung. → Daten sind in VAD Review Boards der Bundesstaaten veröffentlicht.		
Statistische Daten	Beispielsweise Victoria 1. Juli 2024 bis 30. Juni 2025 (Victorian Government 2025, 10)	→ 837 Anfragen, 279 Anträge zurückgezogen, 171 Tod vor Genehmigung, 634 Anträge genehmigt. → 519 Mal Substanz abgegeben. → 389 VAD: 301 assistierter Suizid, 88 Tötung auf Verlangen. → 0,85 % aller Todesfälle. → 53 % Männer, 47 % Frauen. → 61 % Stadt, 39 % Land. → 85 % > 60 Jahre.		
Belgien		2002	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen		Gesetz über die Sterbehilfe: Wet betreffende de euthanasie/Loi relative à l'euthanasie. (Belgique 2002)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		→ Körperliche und psychische Erkrankungen; konstantes, unerträgliches, unheilbares Leid. → Bitte um Sterbehilfe: freiwillig, überlegt, wiederholt formuliert, ohne Druck von außen zustande gekommen. → Seit 2014 gibt es keine Altersbeschränkungen. Eine Zustimmung der Eltern ist für Minderjährige erforderlich. → Seit 2025: Politische Pläne zur Legalisierung von Sterbehilfe bei fortgeschrittener Demenz (Verfahren läuft).		

¹ Victoria: Voluntary Assisted Dying Act 2017 (Inkrafttreten: 19. Juni 2019); Western Australia: Voluntary Assisted Dying Act 2019 (Inkrafttreten: 1. Juli 2021); Tasmanien: End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021 (Inkrafttreten: 23. Oktober 2022); South Australia: Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Inkrafttreten: 31. Januar 2023); Queensland: Voluntary Assisted Dying Act 2021 (Inkrafttreten: 1. Januar 2023); New South Wales: Voluntary Assisted Dying Act 2022 (Inkrafttreten: 28. November 2023).

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<ul style="list-style-type: none">→ Verfahrenstechnische Schutzmaßnahmen sind: Begutachtung durch zwei unabhängige Ärzte; eine dritte Begutachtung bei nicht-terminalen Fällen; ein Monat Wartezeit, wenn nicht-terminal.→ Obligatorische Anwesenheit des Arztes während der Selbstverabreichung.→ Seit November 2025 werden die für die Sterbehilfe anfallenden Kosten von den Krankenkassen übernommen.		
Statistische Daten	2018 ²	<ul style="list-style-type: none">→ 2.357 Personen.→ 2 % aller Todesfälle.→ 67,1 % > 70 J.→ Keine Minderjährigen.→ 2,4 % psychisches Leiden.		
	2023 ³	<ul style="list-style-type: none">→ 3.423 Personen.→ 3,1 % aller Todesfälle.→ Anstieg um 15 % zu 2022.→ Schätzung: 25-35 % der Fälle nicht gemeldet.→ 110 Personen mit Wohnsitz im Ausland (v. a. Frankreich).→ 56 % Krebserkrankung.→ 71 % > 70 Jahre.→ 42 % > 80 Jahre.→ 1,1 % < 40 Jahre.→ Ein Minderjähriger.		
Deutschland ⁴		2020	Nein	Ja
Rechtlicher Rahmen		Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 (BVerfG 2020) setzt den rechtlichen Rahmen für den assistierten Suizid; die Tötung auf Verlangen bleibt weiterhin verboten (§ 216 StGB). (BMJV/BfJ 2026)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none">→ Kriterien der Freiverantwortlichkeit müssen erfüllt sein.⁵→ Unheilbare terminale Erkrankung ist keine Voraussetzung.		

² Deutsches Ärzteblatt 2019, A 454.

³ Deutsches Ärzteblatt 2024.

⁴ Vgl. Hintergrundtext „Aktuelle Rechtslage zum assistierten Suizid in Deutschland“.

⁵ Vgl. Hintergrundtext „Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit“.

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig											
Statistische Daten ⁶	<table><tr><th></th><th>Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)</th><th>Dignitas Deutsch- land e. V.</th><th>Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbehilfe Deutschland e. V.)</th><th>Gesamt</th></tr><tr><td>2024</td><td>623 assistierte Sui- zide 62 % weiblich 24-98 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehrzahl über 70 J.</td><td>183 assistierte Suizide</td><td>171 assistierte Sui- zide Oral/Sterbebegleiter: 82 Oral/Angehörige: 10 i. v./Ärzte: 79</td><td>977 assistierte Suizide Plus Doppelbegleitungen (Paare): DGHS 38 assis- tierte Suizide, Verein Ster- behilfe 7 assistierte Sui- zide Plus weitere assistierte Suizide (Ärzte) → Etwa 1.200 assis- tierte Suizide (etwa 0,14 % der Ge- samttodeszahl)</td></tr></table>					Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	Dignitas Deutsch- land e. V.	Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbehilfe Deutschland e. V.)	Gesamt	2024	623 assistierte Sui- zide 62 % weiblich 24-98 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehrzahl über 70 J.	183 assistierte Suizide	171 assistierte Sui- zide Oral/Sterbebegleiter: 82 Oral/Angehörige: 10 i. v./Ärzte: 79	977 assistierte Suizide Plus Doppelbegleitungen (Paare): DGHS 38 assis- tierte Suizide, Verein Ster- behilfe 7 assistierte Sui- zide Plus weitere assistierte Suizide (Ärzte) → Etwa 1.200 assis- tierte Suizide (etwa 0,14 % der Ge- samttodeszahl)
		Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	Dignitas Deutsch- land e. V.	Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbehilfe Deutschland e. V.)	Gesamt									
	2024	623 assistierte Sui- zide 62 % weiblich 24-98 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehrzahl über 70 J.	183 assistierte Suizide	171 assistierte Sui- zide Oral/Sterbebegleiter: 82 Oral/Angehörige: 10 i. v./Ärzte: 79	977 assistierte Suizide Plus Doppelbegleitungen (Paare): DGHS 38 assis- tierte Suizide, Verein Ster- behilfe 7 assistierte Sui- zide Plus weitere assistierte Suizide (Ärzte) → Etwa 1.200 assis- tierte Suizide (etwa 0,14 % der Ge- samttodeszahl)									
Quelle: Daten aus Bocksch 2025; DGHS-Presse-Dienst 2025; Heinrichs-Verlag gGmbH 2025; Roßbruch 2025, 10 f.; Verein Sterbehilfe 2025; Wache/Fiedler 2025.														
<table><tr><th></th><th>Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)</th><th>Dignitas Deutsch- land e. V.</th><th>Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbe- hilfe Deutschland e. V.)</th><th>Gesamt</th></tr><tr><td>2025</td><td>898 assistierte Suizide 30 Doppelbegleitungen 26-102 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehr Frauen als Männer Größte Gruppe: Frauen zwি- schen 80 J. und 89 J. Gründe: Multimorbidität, Le- benssattheit, Krebserkran- kungen, Neurologische Er- krankungen</td><td>213 assistierte Sui- zide</td><td>176 assistierte Sui- zide</td><td>> 2.000 assistierte Sui- zide Geschätzt, inkl. ärztlich assistierter Suizide au- ßerhalb von Sterbehilfe- organisationen → Anteil assistierter Suizide an Ge- samttodeszahl: etwa 0,2 %</td></tr></table>					Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	Dignitas Deutsch- land e. V.	Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbe- hilfe Deutschland e. V.)	Gesamt	2025	898 assistierte Suizide 30 Doppelbegleitungen 26-102 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehr Frauen als Männer Größte Gruppe: Frauen zwি- schen 80 J. und 89 J. Gründe: Multimorbidität, Le- benssattheit, Krebserkran- kungen, Neurologische Er- krankungen	213 assistierte Sui- zide	176 assistierte Sui- zide	> 2.000 assistierte Sui- zide Geschätzt, inkl. ärztlich assistierter Suizide au- ßerhalb von Sterbehilfe- organisationen → Anteil assistierter Suizide an Ge- samttodeszahl: etwa 0,2 %	
	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)	Dignitas Deutsch- land e. V.	Verein Sterbehilfe (ehemals Sterbe- hilfe Deutschland e. V.)	Gesamt										
2025	898 assistierte Suizide 30 Doppelbegleitungen 26-102 Jahre Durchschnitt: 79 J. Mehr Frauen als Männer Größte Gruppe: Frauen zwি- schen 80 J. und 89 J. Gründe: Multimorbidität, Le- benssattheit, Krebserkran- kungen, Neurologische Er- krankungen	213 assistierte Sui- zide	176 assistierte Sui- zide	> 2.000 assistierte Sui- zide Geschätzt, inkl. ärztlich assistierter Suizide au- ßerhalb von Sterbehilfe- organisationen → Anteil assistierter Suizide an Ge- samttodeszahl: etwa 0,2 %										
Quelle: Daten aus Schläfer 2026; DGHS-Presse-Dienst 2026. ⁷														

⁶ Vgl. Die Deutsche Bischofskonferenz 2026: „Noch unklar ist, welchen Einfluss die Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung im Jahr 2020 [...] hat, zumal assistierte Suizide in den offiziellen Statistiken bislang nicht gesondert ausgewiesen werden.“ (DBK 2026, 12)

⁷ „Während die Zahlen steigen, nimmt die Transparenz einiger Akteure ab. Während die Sterbehilfeorganisation Verein Sterbehilfe der F.A.Z. 176 assistierte Suizide meldete (2024: 171), reagierte die Sterbehilfeorganisation Dignitas nicht auf eine Anfrage. Der DGHS teilte sie 213 Suizidbegleitungen (2024: 183) mit. Ein relativ neuer Anbieter, der auf ein Bestattungsunternehmen zurückgeht, macht keine öffentlichen Angaben, wirbt auf seiner Website jedoch mit ‚einer zügigen Bearbeitung der Anfrage‘. Da assistierte Suizide bislang statistisch nicht erfasst werden, ist zudem unbekannt, wie viele Ärzte oder andere Personen Sterbehilfe auf Einzelrechnung anbieten. Insgesamt ist für das Jahr 2025 von einer Fallzahl assistierter Suizide von mehr als 2000 auszugehen, was einem klaren Anstieg im Vergleich zum Vorjahr entspricht.“ (Schläfer 2026) Marcus Jauer zieht dazu folgendes Fazit: „Bis zu 2.000 Menschen haben schätzungsweise im vergangenen Jahr in Deutschland ihr Leben mit Sterbehilfe beendet. Die Zahl steigt seit Jahren; wie viele es genau sind, weiß niemand. Es weiß auch niemand, wie viele Sterbehelfer es inzwischen gibt. Es besteht weder eine Meldepflicht noch eine Pflicht zur Beratung. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat die Sterbehilfe zur Privatangelegenheit gemacht, in die der Staat keinen Einblick mehr hat – eine Blackbox.“ (Jauer 2026, 50)

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Ecuador ⁸	2024	Ja	Nein ⁹
Rechtlicher Rahmen	Urteil 67-23-IN/24 des Verfassungsgerichts. (Corte Constitucional del Ecuador 2024)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Eindeutige und informierte Zustimmung (oder durch Vertreter, falls selbst nicht dazu in der Lage). → Schwere, unheilbare Krankheit oder Verletzung. → Durch Arzt. 		
Frankreich ¹⁰	2025	Geplant	Geplant
Rechtlicher Rahmen	<p>Eine Legalisierung der Sterbehilfe ist geplant: Der „Gesetzentwurf zum Recht auf Hilfe beim Sterben“¹¹ wurde am 25. Februar 2026 von der Nationalversammlung in zweiter Lesung angenommen. Im Gegensatz dazu lehnte der Senat am 12. Mai 2026 den Kern des Entwurfs erneut ab. Infolge dieser Blockade kann nun der Premierminister eine paritätische Vermittlungskommission (Commission Mixte Paritaire) einberufen, mit dem Ziel, einen gemeinsamen Kompromissvorschlag auszuhandeln. Das Gesetzgebungsverfahren in Frankreich umfasst diese mehrfachen Lesungen, bis ein gemeinsamer Text gefunden wird – andernfalls hat die Nationalversammlung das letzte Wort. Ein Inkrafttreten des Gesetzes wird frühestens für Ende 2026 erwartet, sofern das parlamentarische Verfahren bis zur Sommerpause abgeschlossen werden kann.</p>		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<p>Gesetzentwurf sieht vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Schwer, unheilbar erkrankt; fortgeschrittenes oder Endstadium einer körperlichen Erkrankung; dauerhaftes körperliches oder seelisches Leiden. → Volle Urteilsfähigkeit; volljährig; fester Wohnsitz in Frankreich. → Krankheit ist von mindestens zwei Ärzten zu attestieren. → In der Regel: Patient nimmt zum Tod führendes Mittel selbstständig ein; Ausnahme: Wenn dazu nicht in der Lage, darf Arzt oder Pflegekraft das Mittel verabreichen. → Arzt oder Pflegekraft sind nicht verpflichtet, die „Aide à mourir“ (Sterbehilfe) selbst durchzuführen. Sie können sich auf eine Gewissensklausel berufen, müssen dem Patienten dann aber an einen Kollegen verweisen, der bereit ist, Hilfe zu leisten. 		

⁸ Vgl. Keck 2024.

⁹ Im Februar 2024 entschied das Verfassungsgericht (Corte Constitucional del Ecuador 2024) zugunsten der ALS-erkrankten Paola Roldán, dass aktive Sterbehilfe (eutanasia activa) nicht mehr strafbar ist. Der assistierte Suizid blieb im Urteil unberücksichtigt.

¹⁰ Vgl. Tagesschau 2025.

¹¹ Der Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens kann auf der offiziellen Regierungsplattform Vie-publique.fr nachvollzogen werden. Dort sind sowohl die Protokolle der parlamentarischen Debatten dokumentiert als auch sämtliche Fassungen der Gesetzentwürfe im Zeitverlauf einsehbar: <https://www.vie-publique.fr/loi/298544-fin-de-vie-droit-laide-mourir-proposition-de-loi-falorni>.

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Großbritannien	2026	Nein	Nein
Rechtlicher Rahmen	<p>→ England und Wales planen eine Legalisierung der Sterbehilfe. (DIE ZEIT 2025a) Der Gesetzentwurf namens „Terminally Ill Adults (End of Life) Bill“ (HL 2025) sah vor, dass volljährige und geistig voll handlungsfähige Personen unter bestimmten Voraussetzungen einen Antrag auf assistierten Suizid stellen können. Er wurde 2025 im House of Commons (Unterhaus) in zweiter Lesung angenommen und im House of Lords (Oberhaus) beraten. Der Gesetzentwurf ist offiziell gescheitert, da Gegner im House of Lords das Verfahren in der Ausschussphase durch gezielte Verzögerungstaktiken in die Länge gezogen hatten. Da es sich um eine überparteiliche Initiative handelte, lief die gesetzliche Frist mit dem Ende der Parlamentsperiode am 24. April 2026 ungenutzt ab. (UK Parliament 2026)</p> <p>→ Schottland: Ein eigener schottischer Gesetzentwurf namens „Assisted Dying for Terminally Ill Adults (Scotland) Bill“ wurde am 17. März 2026 vom schottischen Parlament abgelehnt. (The Scottish Parliament 2026)</p> <p>→ Nordirland: Es gibt dort derzeit keine gesetzgeberischen Pläne zur Legalisierung der Sterbehilfe.</p>		
Geplante ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/ Verfahrensabläufe: „Terminally Ill Adults (End of Life) Bill“ (HL 2025)	<p>→ Sterbenskranke ab 18 Jahren; Lebenserwartung < sechs Monate.</p> <p>→ Freiverantwortlichkeit muss sichergestellt sein.</p> <p>→ Patient ist in der Lage, das tödliche Medikament selbst einzunehmen.</p> <p>→ Zustimmung zweier unabhängiger Ärzte sowie eines Gremiums aus einem Sozialarbeiter, einem Juristen und einem Psychiater.</p> <p>→ Verortung beim National Health Service (NHS)¹²: Der Entwurf sieht im Grundsatz vor, dass das Verfahren in das staatliche Gesundheitssystem als kostenlose Leistung integriert werden kann.</p>		
Italien	2019	Nein	Ja
Rechtlicher Rahmen	<p>Die Rechtslage zur Sterbehilfe in Italien ist komplex, da sie nicht durch ein einheitliches nationales Gesetz des Parlaments geregelt wird, sondern auf Urteilen des Verfassungsgerichts (ab 2019) und auf regionalen Gesetzen basiert: so haben die Toskana im Regionalgesetz Nr. 16/2025 (Regione Toscana 2025) und Sardinien im Regionalgesetz Nr. 26 vom 18. September 2025 (Regione Autonoma della Sardegna 2025) ein Gesetz zur ärztlichen Sterbehilfe (suicidio assistito) verabschiedet.</p>		

¹² Der NHS ist das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs, das 1948 gegründet wurde, um medizinische Versorgung primär kostenlos bereitzustellen. Er besteht aus vier weitgehend autonomen Systemen für England, Schottland, Wales und Nordirland.

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none"> → Unheilbare Krankheit, die unerträgliches physisches oder psychisches Leiden verursacht. → Person ist von lebenserhaltenden Behandlungen abhängig (diese Bedingung wurde teilweise gelockert). → Person ist voll entscheidungsfähig (urteilsfähig), Entscheidung frei und informiert zu treffen. → Art der Selbsttötung von lokaler Ethikkommission oder vergleichbarer Stelle zu bestätigen. → „Die regionalen Gesundheitsbehörden bieten technische und pharmakologische Unterstützung sowie medizinische Hilfe bei der Vorbereitung auf die Selbstverabreichung der zugelassenen Medikamente im Krankenhaus, im Hospiz oder auf Wunsch auch zu Hause. Die angebotenen Dienstleistungen sind kostenlos.“ (Roßbruch 2026a, 34) 		
Kanada		2016	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen		<p>In Kanada wurde Sterbehilfe (MAID – Medical Assistance in Dying) durch folgendes Gesetz rechtlich verankert:</p> <p>Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). (Parliament of Canada 2016)</p> <p>Dieses Gesetz trat im Juni 2016 in Kraft. Im Jahr 2021 wurde es durch ein weiteres Gesetz (Bill C-7) ergänzt, um die Zugangskriterien zu erweitern. (Government of Canada 2026)</p>		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none"> → Mindestens 18 Jahre alt; freiverantwortliche Entscheidung. → Bis März 2021 notwendige Voraussetzung: schwerwiegende, unheilbare Erkrankung, unerträgliches Leid, fortgeschrittener Zustand des irreversiblen Verfalls. → Änderung März 2021: Wegfall des absehbaren Todes – eine tödliche oder terminale Erkrankung ist keine Voraussetzung mehr. Psychisch Erkrankte bleiben bis März 2027 ausgeschlossen. → Schriftlicher Antrag; 90 Tage Wartezeit bei nicht absehbarem Tod. → Zwei Ärzte müssen die Berechtigung bestätigen. → Ärztlich/pflegerisch durchgeführt/assistiert. 		
Statistische Daten	2022 (Health Canada 2023, 5)	4,1 % aller Todesfälle.		

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
	2023 (Health Canada 2024, 7 ff.)	<ul style="list-style-type: none"> → 15.343 Personen erhielten MAID (bei 19.660 Anfragen)¹³. → 4,7 % aller Todesfälle. → Anstieg um 15,8 % zu 2022. → Langsamere Wachstumsrate als durchschnittlicher Anstieg von 31 % zwischen 2019 und 2022. → 95,9 % der MAID-Empfänger: absehbarer Tod. Das mittlere Alter lag bei 77,7 Jahren, 59,7 % der Personen über 75 Jahre. 51,6 % waren Männer und 48,4 % waren Frauen. 64,1 % Krebs. → 4,1 % der MAID-Empfänger: nicht absehbarer Tod. Das mittlere Alter lag bei 75 Jahren, wobei 50,2 % der Personen über 75 Jahre alt waren. 58,5 % waren Frauen und 41,5 % waren Männer. 31,8 % der Personen lebten seit mehr als 10 Jahren mit einer schweren und unheilbaren Erkrankung oder Behinderung. Neurologische Erkrankungen und Leiden wie Diabetes, Gebrechlichkeit, Autoimmunerkrankungen, chronische Schmerzen waren die häufigsten medizinischen Diagnosen. 		
	2024 (Health Canada 2025, 3 ff.)	<ul style="list-style-type: none"> → 16.499 Personen erhielten MAID (bei 22.535 Anfragen)¹⁴. → 5,1 % aller Todesfälle. → Jährliches Wachstum hat sich deutlich verlangsamt: ein Plus von 6,9 % im Vergleich zum Vorjahr. → 95,6 % der Personen: Tod war absehbar. Bei ihnen lag das mittlere Alter bei 78 Jahren, 60,9 % der Personen über 75 Jahre, 52,2 % waren Männer, 47,8 % waren Frauen, 63,4 % Krebs. → 4,4 % der MAID-Empfänger: nicht absehbarer Tod. Das mittlere Alter lag bei 75,9 Jahren, wobei 53,5 % der Personen über 75 Jahre alt waren. 56,7 % waren Frauen, 43,3 % Männer. 34,1 % der Personen lebten seit mehr als 10 Jahren mit einer schweren und unheilbaren Erkrankung oder Behinderung. Neurologische Erkrankungen und Leiden wie Diabetes, Gebrechlichkeit, Autoimmunerkrankungen, chronische Schmerzen waren die häufigsten medizinischen Diagnosen. 		
Kolumbien		1997/2022	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen		Der Verfassungsgerichtshof entkriminalisierte 1997 im Urteil C-239/97 (CC CO 1997) die Tötung auf Verlangen ("Gnadenmord": homicidio por piedad) in bestimmten Fällen. Die Voraussetzung, dass eine Krankheit „im Endstadium“ (terminal) sein muss, wurde 2021 im Urteil C-233/21 (CC CO 2021) aufgehoben: ein unerträgliches körperliches oder seelisches Leiden durch eine schwere und unheilbare Krankheit ist nun ausreichend. 2022 entkriminalisierte das Gericht im Urteil		

¹³ Eigene Übersetzung: Die übrigen Fälle betrafen Anträge, die nicht zu einer Sterbehilfe (MAID) führten: 2.906 Personen verstarben vor der Durchführung, 915 Personen wurden als nicht anspruchsberechtigt eingestuft und 496 Personen zogen ihren Antrag zurück. (Health Canada 2024, 7)

¹⁴ Eigene Übersetzung: 4.017 Personen verstarben an einer anderen Ursache, 1.327 Personen wurden als nicht anspruchsberechtigt eingestuft und 692 Personen zogen ihren Antrag zurück. (Health Canada 2025, 3)

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
	C-164/22 (CC CO 2022) zusätzlich den ärztlich assistierten Suizid (suicidio asistido).		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Unerträgliches körperliches oder seelisches Leiden durch eine schwere und unheilbare Erkrankung. → Entscheidung frei, informiert, dauerhaft. → Zustimmung eines unabhängigen Komitees erforderlich. → Tötung auf Verlangen durch Arzt. 		
Luxemburg	2009	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen	Die rechtliche Grundlage ist das Gesetz vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid: Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. (Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg 2009)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Die Person muss volljährig und freiverantwortlich entscheidungsfähig sein: freiwillig, wohlüberlegt und ohne äußeren Druck. → Konstantes, unerträgliches physisches oder psychisches Leiden aufgrund einer schweren Krankheit oder eines Unfalls ohne Aussicht auf Besserung. → Der Wunsch muss schriftlich dokumentiert sein. → Ärzte müssen ein strenges Protokoll einhalten; zwei unabhängige Ärzte; Ärzte und Pflegende können nicht dazu verpflichtet werden, Sterbehilfe zu leisten oder daran teilzunehmen. → Jeder Fall von Sterbehilfe muss innerhalb von acht Tagen an die Nationale Kontroll- und Bewertungskommission (Commission nationale de contrôle et d'évaluation) gemeldet werden. Diese prüft, ob alle gesetzlichen Bedingungen eingehalten wurden. → Besonderheit "Sterbeverfügung": Es ist möglich, eine sogenannte Euthanasie-Bestimmung (disposition de fin de vie) zu hinterlegen. Darin kann man festlegen, dass man Sterbehilfe wünscht, falls man eines Tages nicht mehr in der Lage sein sollte, seinen Willen zu äußern (z. B. bei fortgeschrittener Demenz oder Koma). Diese Verfügung muss bei einer staatlichen Behörde registriert und alle fünf Jahre bestätigt werden. 		

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Neuseeland	2021	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen	In Neuseeland ist die Sterbehilfe (Assisted Dying) seit dem 7. November 2021 durch das End of Life Choice Act 2019 legalisiert. ¹⁵ (New Zealand Legislation 2021)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Mindestens 18 Jahre alt. Neuseeländische Staatsbürgerschaft oder ein unbefristeter Aufenthaltstitel (Permanent Resident). → Terminale Krankheit (Prognose sechs Monate), irreversibler körperlicher Verfall, unerträgliches Leid. Allein hohes Alter, eine psychische Störung oder eine Behinderung sind keine Gründe für eine Berechtigung. → Die Person muss fähig sein, eine informierte Entscheidung über Sterbehilfe zu treffen. Die Anfrage muss von der Person ausgehen und frei von Druck durch Dritte sein. → Die Berechtigung muss zunächst vom behandelnden Arzt und anschließend von einem unabhängigen Arzt bestätigt werden. Bei Zweifeln an der Entscheidungsfähigkeit muss zusätzlich ein Psychiater konsultiert werden. → Ärzte oder Pflegekräfte dürfen Medikamente zur Selbstverabreichung verschreiben oder verabreichen. Der Patient kann zwischen vier Methoden wählen: Selbstgesteuerte orale Einnahme, selbstgesteuerte intravenöse Verabreichung, Einnahme über eine Sonde (durch Arzt/Pflegekraft ausgelöst), Injektion durch einen Arzt oder eine Pflegekraft. Arzt oder Pflegekraft muss bis zum Tod anwesend oder in unmittelbarer Nähe sein. Es besteht keine Pflicht, Sterbehilfe zu leisten. → Der Registrar überwacht den Prozess und führt ein Register über alle Fälle. → Das Review Committee aus Ethikern und Medizinern prüft jeden einzelnen Sterbefall auf Einhaltung des Gesetzes. → Die SCENZ-Gruppe (Support and Consultation for End of Life in New Zealand) hat drei Hauptaufgaben: (1) Sie führt Listen von Ärzten, Psychiatern und Pflegekräften, die bereit sind, am Prozess teilzunehmen. (2) Sie erstellt medizinische und pflegerische Standards für die Durchführung. (3) Sie stellt sicher, dass Ärzte bei Bedarf Expertenrat einholen können. 		

¹⁵ Am 13.11.2019 nimmt das Parlament das Gesetz an. Am 16.11.2019 wird das Gesetz verabschiedet. Am 17.10.2020 wird das Gesetz durch eine Volksabstimmung (Referendum) bestätigt (65,1 %). Am 07.11.2021 tritt das Gesetz in Kraft.

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig																								
Statistische Daten	<table><tr><td></td><td>07.11.2022 - 31.12.2023 (14 Monate)</td><td>2024 (12 Monate)</td></tr><tr><td>Formale Anträge</td><td>1.015</td><td>1.044</td></tr><tr><td>Bestätigte Berechtigung</td><td>624</td><td>676</td></tr><tr><td>Durchgeführte Sterbe- hilfefälle</td><td>396</td><td>453</td></tr><tr><td>Hauptdiagnose Krebs</td><td>67,4 %</td><td>66,2 %</td></tr><tr><td>Altersgruppe > 65 Jahre</td><td>79,2 %</td><td>77,9 %</td></tr><tr><td>Anteil Männer/Frauen</td><td>51,5 %/48,5 %</td><td>51,6 %/48,4 %</td></tr><tr><td>Ort des Versterbens</td><td></td><td>Häuslichkeit: 67,5 % Pflegeeinrichtung: 18,1 % Krankenhaus: 9,3 % Hospiz: 3,3 % Bestattungsinstitut: 1,8 %</td></tr></table>				07.11.2022 - 31.12.2023 (14 Monate)	2024 (12 Monate)	Formale Anträge	1.015	1.044	Bestätigte Berechtigung	624	676	Durchgeführte Sterbe- hilfefälle	396	453	Hauptdiagnose Krebs	67,4 %	66,2 %	Altersgruppe > 65 Jahre	79,2 %	77,9 %	Anteil Männer/Frauen	51,5 %/48,5 %	51,6 %/48,4 %	Ort des Versterbens		Häuslichkeit: 67,5 % Pflegeeinrichtung: 18,1 % Krankenhaus: 9,3 % Hospiz: 3,3 % Bestattungsinstitut: 1,8 %
		07.11.2022 - 31.12.2023 (14 Monate)	2024 (12 Monate)																								
	Formale Anträge	1.015	1.044																								
	Bestätigte Berechtigung	624	676																								
	Durchgeführte Sterbe- hilfefälle	396	453																								
	Hauptdiagnose Krebs	67,4 %	66,2 %																								
	Altersgruppe > 65 Jahre	79,2 %	77,9 %																								
	Anteil Männer/Frauen	51,5 %/48,5 %	51,6 %/48,4 %																								
	Ort des Versterbens		Häuslichkeit: 67,5 % Pflegeeinrichtung: 18,1 % Krankenhaus: 9,3 % Hospiz: 3,3 % Bestattungsinstitut: 1,8 %																								
	Quelle: Daten aus Health New Zealand/Te Whatu Ora 2024, 2 f.; Health New Zealand/Te Whatu Ora 2025, 6-13.																										
Niederlande	2002	Ja	Ja																								
Rechtlicher Rahmen ¹⁶	Die Sterbehilfe (Euthanasie) ist in den Niederlanden durch das „Gesetz über die Kontrolle der Beendigung des Lebens auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding) geregelt. Es trat am 01. April 2002 in Kraft. (Rijksoverheid 2002)																										
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<div>→ Konstantes unerträgliches körperliches oder psychisches Leid ohne Aussicht auf Besserung.</div> <div>→ Minderjährige bis 16 Jahren: Zustimmung der Eltern erforderlich.</div> <div>→ Vorausverfügungen werden für Patienten mit fortgeschrittener Demenz anerkannt.</div> <div>→ Zwei unabhängige Ärzte müssen Berechtigung bestätigen und einer muss den Tod auf medizinisch angemessene Weise herbeiführen.</div> <div>→ Jeder Fall von Sterbehilfe muss einer der fünf regionalen Prüfungskommissionen (RTE: ein Jurist, ein Arzt, ein Ethiker) gemeldet werden. Sie prüfen im Nachhinein, ob der ausführende Arzt alle gesetzlichen Sorgfaltskriterien eingehalten hat.</div>																										

¹⁶ Vgl. RTE 2025.

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Statistische Daten	2022 (RTE 2023)	<ul style="list-style-type: none"> → 8.720 Personen. → 5,1 % aller Todesfälle (4,6 % in 2021). → Männer 4.412, Frauen 4.308. → 8.501 (97,4 %) Lebensbeendigung auf Verlangen, 186 (2,1 %) Hilfe bei der Selbsttötung, 33 (0,38 %) Kombination aus beiden.¹⁷ → Personen mit: Krebs (5.046, 57,8 %), Erkrankungen des Nervensystems (615, 7,0 %), Herz- und Gefäßkrankheiten (359, 4,1 %), Lungenerkrankungen (277, 3,2 %), Mehrfacherkrankungen (1.429, 16,4 %). → 282 Personen mit einer Demenz (noch willensfähig), sechs mit einer weit fortgeschrittenen Demenz.¹⁸ → 2.873 (32,9 %) Personen im Alter von 70 bis 80 Jahren, 2.314 (26,5 %) in der Altersgruppe 80 bis 90 Jahre und 1.669 im Alter von 60 bis 70 Jahren. Ein minderjähriger Patient in der Altersgruppe 12 bis 16 Jahre. 27 waren über 100 Jahre alt. Der älteste Patient war 104 Jahre. → 6.939 (79,6 %) zu Hause, 829 (9,5 %) im Pflege- oder Altersheim, 667 (7,7 %) im Hospiz, 157 (1,8 %) im Krankenhaus und 128 (1,5 %) an einem anderen Ort, beispielsweise bei Verwandten, in einem Wohnheim oder einem Pflegehotel. 		
	2023 (RTE 2024)	<ul style="list-style-type: none"> → 9.068 Personen. → 5,4 % aller Todesfälle. → Männer 4.603 (50,8 %), Frauen 4.465 (49,2 %), 33 Mal Paar-Euthanasie. → 8.860 (97,7 %) Lebensbeendigung auf Verlangen, 190 (2,1 %) Hilfe bei der Selbsttötung, 18 (0,2 %) Kombination aus beiden. → Personen mit: Krebs (5.105), neurologischen Erkrankungen (605), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (393), Lungenerkrankungen (340), psychischen Erkrankungen (138). → 328 Personen mit einer Demenz (noch willensfähig), acht mit einer weit fortgeschrittenen Demenz. → 3.129 Personen im Alter von 70 bis 79 Jahren, 2.453 in der Altersgruppe 80 bis 89 Jahre, 1.662 im Alter von 60 bis 69 Jahren. Zwei Minderjährige (16 bzw. 17 Jahre). → 7.151 Personen zu Hause, 897 Pflege- oder Altersheim, 688 Hospiz, 211 Krankenhaus und 121 an einem anderen Ort. 		
	2024 (RTE 2025)	<ul style="list-style-type: none"> → 9.958 Personen. → 5,8 % aller Todesfälle, Anstieg um 10 % zu 2023. → Männer 4.996 (50,2 %), Frauen 4.962 (49,8 %), 54 Duo-Begleitungen. 		

¹⁷ „Letzteres ist der Fall, wenn ein Patient, der im Rahmen der Hilfe bei der Selbsttötung das vom Arzt überreichte Mittel eingenommen hat, nicht innerhalb einer zwischen Arzt und Patient vorab vereinbarten Zeit verstirbt. In diesem Fall führt der Arzt doch noch die Lebensbeendigung auf Verlangen durch, indem er intravenös ein komaauslösendes Mittel, gefolgt von einem Muskelrelaxans, verabreicht.“ (RTE 2023, 9)

¹⁸ „Bei sechs Meldungen aus dem Jahr 2022 (gleichviel wie im Jahr zuvor) handelte es sich um Patienten in einem (weit) fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Sie waren in Bezug auf ihre Bitte nicht mehr willensfähig und auch nicht mehr in der Lage, über ihr Ersuchen zu kommunizieren. Ihre schriftliche Patientenverfügung konnte als Bitte um Sterbehilfe aufgefasst werden.“ (RTE 2023, 11)

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<ul style="list-style-type: none"> → 9.753 (97,94 %) Lebensbeendigung auf Verlangen, 187 (1,88 %) Hilfe bei der Selbsttötung, 18 (0,2 %) Kombination aus beiden. → Personen mit: Krebs (5.346), Erkrankungen des Nervensystems (681), Herz- und Gefäßkrankheiten (429), Lungenerkrankungen (346), Mehrfacherkrankungen (1.791). → 427 Personen mit einer Demenz (noch willensfähig), sechs mit einer weit fortgeschrittenen Demenz. → 3.284 im Alter von 70 bis 79 Jahren, 2.980 Personen in der Altersgruppe 80 bis 89 Jahre, 1.731 Personen im Alter von 60 bis 69 Jahren sowie 975 Personen im Alter 90 Jahre oder älter. Drei Minderjährige in der Altersgruppe 12 bis 17 Jahre. → 7.728 Personen zu Hause, 1.012 im Pflege- oder Altersheim, 863 im Hospiz, 226 im Krankenhaus und 129 an einem anderen Ort. 		
Österreich		2022	Nein	Ja
Rechtlicher Rahmen		<p>In Österreich ist die Rechtslage seit dem 01. Januar 2022 durch das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) (Republik Österreich 2021) neu geregelt. Damit wurde das Urteil des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) umgesetzt, mit dem dieser das absolute Verbot der Beihilfe zum Suizid als verfassungswidrig aufgehoben hatte.</p> <p>Ende 2024 hat der österreichische VfGH zwei Bestimmungen des StVfG aufgehoben: die Ein-Jahres-Frist und das strikte Werbeverbot.¹⁹ Die Aufhebungen treten mit Ablauf des 31. Mai 2026 in Kraft. Bis dahin hat das Parlament Zeit, eine Neuregelung zu verabschieden, die den Vorgaben des Gerichts entspricht.</p>		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none"> → Dauerhaft schwerkranke oder unheilbar kranke Erwachsene, unabweisbares Leid, entscheidungsfähig. Die Person muss ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben. → Zwei Ärzte müssen den Patienten unabhängig voneinander aufklären. Einer davon muss eine palliativ-medizinische Qualifikation haben. Beide müssen bestätigen, dass die Krankheit vorliegt und die Person freiwillig entscheidet. → Wartezeit (12 Wochen/zwei Wochen, wenn terminal). → Nach Ablauf der Frist kann vor einem Notar oder einem Patientenanwalt eine „Sterbeverfügung“ errichtet werden. Diese muss im Sterbeverfügungsregister erfasst werden. → Das tödliche Präparat (Natrium-Pentobarbital) wird in einer Apotheke abgeholt und vom Patienten selbst eingenommen. 		

¹⁹ Der VfGH hat zwei Bestimmungen aufgehoben, da sie das Recht auf Selbstbestimmung und die Meinungsfreiheit unverhältnismäßig einschränkten: Gemäß der Ein-Jahres-Frist (§ 10 Abs. 2 StVfG) verlor eine Sterbeverfügung nach einem Jahr automatisch ihre Wirksamkeit. Wollte eine Person danach sterben, musste sie den gesamten bürokratischen Prozess (Aufklärungen, Gutachten etc.) komplett neu durchlaufen. Der VfGH hob dies auf. Wenn sich die medizinische Situation nicht geändert hat, darf eine einmal errichtete Verfügung nicht einfach verfallen. Das strikte Werbeverbot (§ 12 Abs. 1 StVfG) verbot bisher nicht nur das Anpreisen (reißerische Werbung), sondern auch das bloße Anbieten oder Ankündigen von Suizidhilfe. Der VfGH entschied, dass sachliche Informationen über die Verfügbarkeit von Hilfe zulässig sein müssen (Meinungs- und Informationsfreiheit). Nur das kommerzielle Anpreisen bleibt verboten. (VfGH 2024)

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<ul style="list-style-type: none">→ Niemand in diesem Ablauf ist verpflichtet, bei einer Sterbehilfe mitzuwirken. Es beruht auf Freiwilligkeit.→ Anwesenheit eines Arztes nicht vorgeschrieben.→ Freiwilliges Monitoring über ASCIRS (Online-Meldeplattform) der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). (OPG 2026)²⁰→ Die Kosten für die ärztliche Begutachtung und das Medikament müssen privat getragen werden.		
Statistische Daten (Feichtner 2025)	Bis 16.01.2023	<p>Über ASCIRS 85 Berichte eingereicht.</p> <ul style="list-style-type: none">→ 60 Anfragen.→ Zwei abgebrochene Suizide.→ 23 vollendete assistierte Suizide.→ Tumorerkrankungen oder neurologische Erkrankungen.→ Zwischen 43 und 97 Jahren.→ Mehr Frauen als Männer.→ Häufigster Grund: das erlebte Leid, insbesondere existenzielles Leid.→ Zweithäufigstes Motiv: unzureichend behandelte körperliche Symptome der Erkrankung; unerträgliche körperliche Symptome bei mehr als drei Viertel der durchgeführten assistierten Suizide.→ In der Regel Tod innerhalb weniger Minuten, in einer Meldung mehr als zwanzig Minuten bis zum Versterben, in zwei weiteren Fällen Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes mehr als vier Stunden.→ In der Regel im häuslichen Umfeld, in drei Fällen in einem Pflegeheim, in einem Fall in einem Hospiz.		
Portugal		2023	Grundsätzlich ja, Umsetzung steht aus	Grundsätzlich ja, Umsetzung steht aus
Rechtlicher Rahmen		Das Gesetz zur Legalisierung der Sterbehilfe (Lei n.º 22/2023, de 25 de maio: Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal) (Assembleia da República 2023) ist seit Mai 2023 verabschiedet, seine praktische Umsetzung stockt jedoch: es fehlen die Durchführungsverordnungen und die politische Unterstützung durch die neue Regierung.		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none">→ Erwachsene; anhaltende, unerträgliche Schmerzen; die Entscheidung muss freiverantwortlich getroffen werden können.→ Dauerhafter Wohnsitz in Portugal.→ Der assistierte Suizid hat Vorrang. Verabreichung durch einen Arzt ist nur zulässig, wenn der Patient physisch nicht in der Lage ist, das Mittel selbst einzunehmen. Tötung auf Verlangen darf nur durch Ärzte durchgeführt werden.→ Jede Anfrage muss von zwei Ärzten (davon ein Spezialist für die		

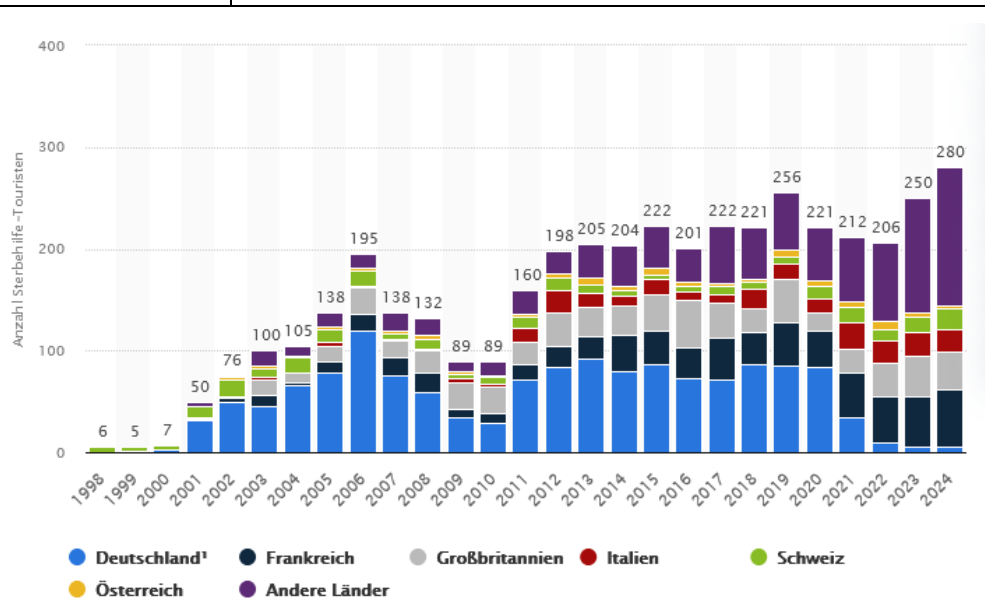
²⁰ Dort können anonym Berichte über Anfragen um Beihilfe zum Suizid, über abgebrochene Suizide und über durchgeführte assistierte Suizide eingereicht werden. (OPG 2026)

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
	jeweilige Krankheit) und bei Zweifeln an der Entscheidungsfähigkeit von einem Psychiater geprüft werden. Eine Kontrollkommission (CVA) überwacht das Verfahren und muss zustimmen. Es gibt keine Pflicht zur Mitwirkung.		
Schweiz	1942	Nein	Ja
Rechtlicher Rahmen	<p>In der Schweiz gibt es kein spezielles „Sterbehilfegesetz“. Die Praxis der Suizidhilfe stützt sich auf Art. 115 (Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord) im Schweizerischen Strafgesetzbuch (StGB): „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“ (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2026b)</p> <p>Der Artikel trat am 01. Januar 1942 in Kraft und sollte sicherstellen, dass Beihilfe zum Suizid nur dann bestraft wird, wenn Helfer einen eigenen Vorteil daraus ziehen. In den 1980er Jahren begannen Sterbehilfevereine²¹, diesen Artikel als rechtliche Lücke zu nutzen, um Sterbehilfe anzubieten. Da sie nicht aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ handeln, bleibt ihre Tätigkeit straffrei. Die Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 StGB strafbar. (Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2026a)</p>		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<p>Durch die Rechtsprechung des Bundesgerichts und die medizin-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2019a; 2019b)²² haben sich feste Regeln etabliert.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Die Person muss bei vollem Bewusstsein und urteilsfähig sein. Der Sterbewunsch muss wohlervogen und dauerhaft und ohne äußeren Druck entstanden sein. → „Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens.“ (SAMW 2019a, 26) Eine terminale Erkrankung ist keine Voraussetzung. → Ein Arzt kann das Medikament verschreiben, wenn er davon überzeugt ist, dass ein unheilbares und unerträgliches Leiden vorliegt.²³ Beim eigentlichen Sterbeprozess muss der Arzt nicht anwesend sein. 		

²¹ Beispielsweise EXIT (Deutsche Schweiz) 1982; EXIT A.D.M.D. (Suisse Romande) 1982; EX International 1996 (steht auch Menschen mit Wohnsitz im Ausland offen); DIGNITAS 1998 (steht auch Menschen mit Wohnsitz im Ausland offen); Lifecircle/Eternal Spirit 2011.

²² Medizin-ethische Richtlinien der SAMW zum (1) „Umgang mit Sterben und Tod“ (SAMW 2019a) und zur (2) „Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis“ (SAMW 2019b). Außerdem wichtige Leitentscheide des Bundesgerichts (BGer). (1) BGE 133 I 58 (2006): Das Bundesgericht hält in Erwägung 6.1 fest, dass das Selbstbestimmungsrecht auch das Recht umfasst, über Art und Zeitpunkt des eigenen Todes zu entscheiden (BGer 2006); (2) BGE 6B_393/2023 (März 2024): Das Urteil im Fall des Arztes Pierre Beck bestätigt den Freispruch eines Arztes, der einer gesunden Frau beim Suizid geholfen hatte. (Huber 2024)

²³ Die Rolle des Arztes beschreibt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrer Richtlinie „Umgang mit Sterben und Tod“ so: „Die Rolle des Arztes im Umgang mit Sterben und Tod besteht darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Es gehört weder zu seinen Aufgaben, von sich aus Suizidhilfe anzubieten, noch ist er verpflichtet, diese zu leisten. Suizidhilfe ist keine medizinische Handlung, auf die Patienten einen Anspruch erheben könnten, sie ist jedoch eine rechtlich zulässige Tätigkeit. Sie

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<ul style="list-style-type: none"> → Assistierende Organisationen können interne Richtlinien haben, die verlangen, dass die Person dem Lebensende nahe ist; das Motiv der Sterbehelfer darf nicht eigennützig sein. → Am Tag des assistierten Suizids wird die Person meist von geschulten, nicht-ärztlichen Mitarbeitern (Freitodbegleitern) der Sterbehilfeorganisationen begleitet. Während Vereine wie EXIT ihre Hilfe auf Personen mit Wohnsitz in der Schweiz beschränken, bieten Organisationen wie Dignitas, Lifecircle oder Pegasus ihre Begleitung auch Menschen aus dem Ausland an. → Aus Sicherheitsgründen und zur Missbrauchsvermeidung wird das Medikament der sterbewilligen Person nicht vorab ausgehändigt; es bleibt bis zur Durchführung in der Verwahrung der Freitodbegleiter. → Die Person muss das tödliche Mittel (meist Natrium-Pentobarbital) zwingend selbst einnehmen (trinken oder den Infusionshahn öffnen). → „Der Tod nach Suizidhilfe muss als aussergewöhnlicher Todesfall der zuständigen Behörde gemeldet werden.“ (SAMW 2019a, 27) 	
Statistische Daten	Beispielsweise Exit Deutsch-Schweiz 2023 (SRF 2024)	<ul style="list-style-type: none"> → 1.252 Mitglieder des Vereins Exit Deutsche Schweiz haben Sterbehilfe in Anspruch genommen. → Anstieg um 11 % zu 2022. (SWI swissinfo.ch 2024) → Durchschnittsalter: 80,7 Jahre bei Frauen, 79 Jahre bei Männern. → 31 % terminales Krebsleiden. → Drei Viertel der begleiteten Suizide in Privaträumen. 	
	 <p>Quelle: Statista 2026: „Die Statistik zeigt die Anzahl der Sterbehilfe-Touristen der Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas nach ausgewählten Herkunftsländern im Zeitraum der Jahre von 1998 bis 2024.“</p>		

kann vom Arzt geleistet werden, wenn er sich überzeugt hat, dass die untenstehenden Voraussetzungen erfüllt sind. Zur Suizidhilfe zählen Handlungen, die in der Absicht erfolgen, einer urteilsfähigen Person die Durchführung des Suizids zu ermöglichen, insbesondere die Verschreibung oder Aushändigung eines Medikamentes zum Zweck der Selbsttötung. Die Verschreibung eines Medikaments zum Zweck der Selbsttötung muss innerhalb von 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden gemeldet werden.“ (SAMW 2019a, 25 f.)

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Slowenien	2025	Nein	Nein
Rechtlicher Rahmen	Nachdem das slowenische Parlament im Juli 2025 das „Gesetz über die Hilfe bei der freiwilligen Beendigung des Lebens“ (Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja – kurz ZPPKŽ) (Republika Slovenija 2025) verabschiedet hatte (DIE ZEIT 2025b), lehnte die Bevölkerung in einem bindenden Referendum im November 2025 die Legalisierung der Sterbehilfe ab. Infolgedessen trat das Gesetz nicht in Kraft. (Dnevnik 2026)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Volljährig; ständiger Wohnsitz in Slowenien. → Unheilbar krank, schwer leidend, freiverantwortlich; ausgeschlossen sind psychisch erkrankte Personen. → Zwei Gespräche mit Ärzten; zweiter Arzt leitet Antrag an eine Kommission für assistierte freiwillige Sterbehilfe weiter. → Nach Genehmigung wird tödliche Substanz zur Verfügung gestellt, die die Person selbstständig einnehmen kann. Nur wenn sie physisch nicht in der Lage ist, das Mittel selbst einzunehmen, darf ein Arzt oder eine Pflegefachkraft das Mittel verabreichen. Es gibt keine Mitwirkungspflicht. 		
Spanien	2021	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen	In Spanien ist die Sterbehilfe am 25. Juni 2021 durch das Inkrafttreten des Gesetzes „Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia – LORE“ (España – Jefatura del Estado 2021) legalisiert worden. (Deutsches Ärzteblatt 2021)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Volljährig, spanische Staatsangehörigkeit oder ein nachgewiesener Wohnsitz in Spanien von mindestens 12 Monaten. → Schwere unheilbare Krankheit, unerträgliches Leid. → Freier, informierter Wunsch, ohne äußeren Druck entstanden. → Falls der zuständige Arzt bescheinigt, dass die Person nicht mehr urteilsfähig ist, kann Sterbehilfe nur durchgeführt werden, wenn sie zuvor eine Patientenverfügung, ein Patiententestament, eine Vorsorgevollmacht oder ein rechtlich anerkanntes gleichwertiges Dokument unterzeichnet hat. In diesem Fall kann die Hilfe zum Sterben gemäß den Bestimmungen des genannten Dokuments gewährt werden (LORE Kapitel II, Artikel 5, Punkt 2). (España – Jefatura del Estado 2021, 34042) → Mehrstufiges Prüfverfahren mit gesetzlichen Wartezeiten, an dem Ärzte, Juristen und Kommissionen²⁴ beteiligt sind. Rein formal sieht das Gesetz zwei offizielle schriftliche Anträge im Abstand von mindestens 15 Tagen vor. Da im Anschluss jeweils ein ärztliches 		

²⁴ Jeder Fall muss vor der Durchführung von einer regionalen „Garantie- und Evaluierungskommission“ (Comisión de Garantía y Evaluación) genehmigt werden. Diese besteht aus medizinischem und juristischem Fachpersonal.

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<p>Aufklärungsgespräch mit finaler Zustimmungserklärung stattfindet, müssen Erkrankte ihren Sterbewunsch im Laufe des Prozesses insgesamt viermal formell bekräftigen.</p> <p>→ Erlaubt sind sowohl die direkte Verabreichung eines tödlichen Medikaments durch den Arzt (aktive Sterbehilfe/Tötung auf Verlangen) als auch die ärztliche Verschreibung einer Substanz zur Selbstverabreichung (assistierter Suizid). Ärzte und Pflegende haben das Recht, die Teilnahme aus Gewissensgründen schriftlich abzulehnen.</p> <p>→ Leistung des öffentlichen Gesundheitssystems.</p>		
Statistische Daten (La Moncloa 2024)	2021 bis 2023	1.515 Anträge auf Sterbehilfe bearbeitet.		
	2021	Von 75 Personen durchgeführt.		
	2022	Von 288 Personen durchgeführt.		
	2023	<p>→ 766 Anträge, Anstieg der Anträge um etwa 25 % im Vergleich zu 2022.</p> <p>→ Von 334 Personen durchgeführt.</p> <p>→ 28 % der Antragsteller*innen zwischen 70 und 79 Jahren.</p> <p>→ Krebserkrankungen (35 %) und neurologische Erkrankungen (35 %).</p> <p>→ Zeitspanne zwischen Erstantrag und Durchführung im Schnitt 67 Tage.</p> <p>→ 25 % der Antragsteller verstarben bereits vor dem Abschluss des Prüfverfahrens.</p> <p>→ 12,5 % der Personen, bei denen Sterbehilfe durchgeführt wurde, spendeten im Anschluss ihre Organe.</p> <p>→ Sterbehilfeort: 47 % im Krankenhaus, 44 % in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause, 9 % in sonstigen (z. B. soziosanitären oder privaten) Einrichtungen.</p>		
Uruguay		2025	Ja	Ja
Rechtlicher Rahmen		<p>Der erste Entwurf zur Legalisierung der Sterbehilfe „Eutanasia y suicidio médicamente asistido“ von 2020 (Uruguay 2020) wurde 2022 vom uruguayischen Abgeordnetenhaus (Cámara de Representantes) angenommen, erlangte jedoch zunächst keine Gesetzeskraft, da er im Senat blockiert wurde und mit dem Ende der Legislaturperiode 2024 vorerst verfiel. Das finale Gesetz zur Sterbehilfe "Ley de Muerte Digna – Eutanasia" (Uruguay 2025) wurde im Oktober 2025 verabschiedet und am 5. November 2025 offiziell veröffentlicht.</p>		

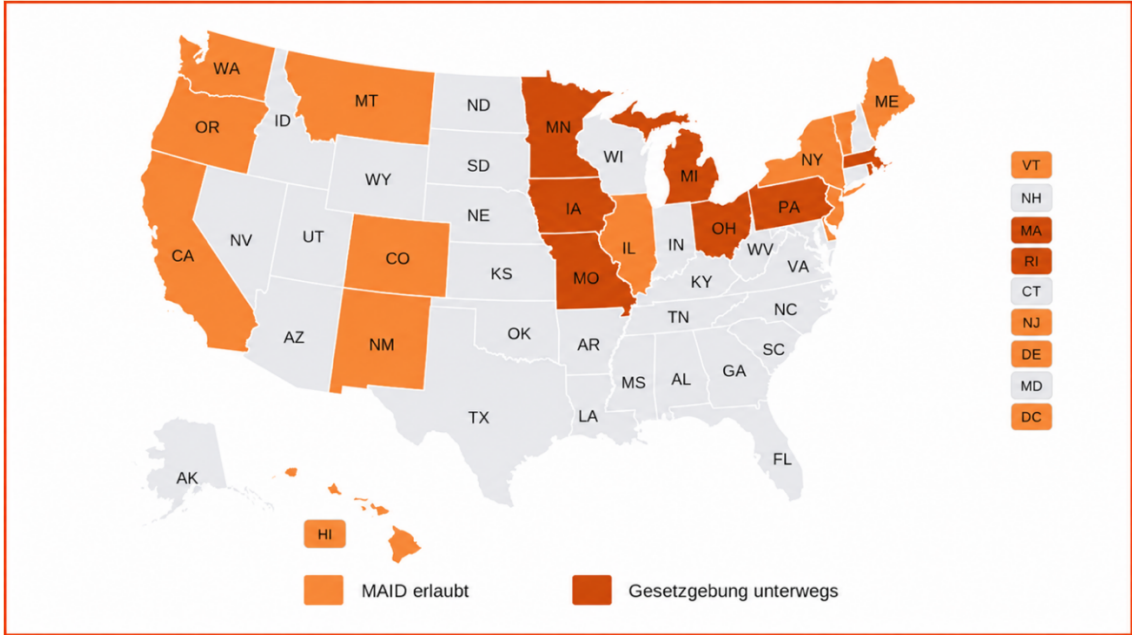
Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
		<p>Wesentliche Bestimmungen des Gesetzes im Vergleich zum Vorentwurf:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Umfassende Straffreiheit: Das Gesetz garantiert Ärzten und dem beteiligten medizinischen Team vollständige Straf- und Zivilrechtsbefreiung, sofern die gesetzlichen Verfahrensschritte eingehalten werden. → Wohnsitz-Einschränkung: Das Recht auf Sterbehilfe ist streng auf uruguayische Staatsbürger sowie ausländische Staatsangehörige beschränkt, die einen nachgewiesenen, ständigen Wohnsitz in Uruguay haben. → Flexibilisierung der Krankheitsphase: Berechtigt sind Personen im Endstadium einer unheilbaren Krankheit oder Personen, die an unheilbaren Krankheiten/Zuständen leiden, die ihnen unerträgliche Leiden verursachen und ihre Lebensqualität schwer und fortschreitend beeinträchtigen. Eine starre Lebenserwartung (wie z. B. unter sechs Monaten) ist im Gesetzestext nicht beziffert. → Pflichtangebot: Alle öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleister, die Teil des nationalen Gesundheitssystems sind, müssen diese Leistung verpflichtend anbieten. → Gewissensfreiheit: Ärzte und medizinisches Personal behalten das Recht, die Durchführung aus Gewissensgründen zu verweigern. 	
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe		<ul style="list-style-type: none"> → Voraussetzungen: Volljährigkeit, psychische Urteilsfähigkeit sowie die uruguayische Staatsbürgerschaft oder ein nachgewiesener gewöhnlicher Aufenthalt im Land. → Krankheitsbild: Vorliegen einer unheilbaren und unumkehrbaren Erkrankung im Endstadium oder eines unheilbaren Zustands, der unerträgliche Leiden und eine schwere, fortschreitende Verschlechterung der Lebensqualität verursacht. → Initiative und Wiederholung: Das Verfahren muss vom Patienten persönlich schriftlich initiiert werden. Der Wunsch muss im Verlauf des Verfahrens (im Rahmen einer zweiten Pflicht-Entrevista nach mindestens fünf Tagen) ausdrücklich, gültig und nachweislich wiederholt sowie vor zwei wirtschaftlich unbefangenen Zeugen schriftlich bekräftigt werden. → Zweitmeinung und Ärzte-Ausschuss: Der behandelnde Arzt muss eine unabhängige Zweitmeinung eines Kollegen einholen, der den Patienten persönlich untersucht. Weichen die Meinungen der beiden Ärzte voneinander ab, entscheidet ein medizinischer Ausschuss, bestehend aus drei Ärzten (darunter ein Psychiater und ein Facharzt für die spezifische Erkrankung des Patienten). → Einrichtungspflicht und Ersatz: Alle eingebundenen Gesundheitsorganisationen müssen die Leistung bereitstellen. Macht ein Arzt von seinem Recht auf Gewissenseinwand Gebrauch, muss die Institution unverzüglich für Ersatz sorgen, um den Service zu garantieren. 	

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
	<div>→ Meldung und Kontrolle: Nach dem Tod des Patienten muss die gesamte Krankenakte unverzüglich an das Gesundheitsministerium übermittelt werden. Eine neu geschaffene Revisionskommission, besetzt mit Vertretern des Ministeriums, der Ärztekammer, der Universität und einer Menschenrechtsinstitution, prüft jeden einzelnen Fall nachträglich auf seine Rechtmäßigkeit. Bei schweren Verstößen wird die Generalstaatsanwaltschaft eingeschaltet.</div> <div>→ Jederzeitige Widerrufbarkeit: Der Patient kann seinen Sterbewunsch zu jedem Zeitpunkt des Verfahrens formlos und mit sofortiger Wirkung widerrufen.</div>		
U.S.A. (Rechtliche Regelung auf Bundesstaatenebene)	Beginn: Oregon 1997	Nein	Ja (in einzelnen Bundesstaaten sowie im District of Columbia)
Rechtlicher Rahmen	<div>Sterbehilfe wird in den U.S.A. nicht auf Bundesebene, sondern durch die Bundesstaaten geregelt. Es wird zwischen Medical Aid in Dying (MAID) – hier der assistierte Suizid – und der aktiven Sterbehilfe unterschieden. Tötung auf Verlangen ist in allen Bundesstaaten verboten. MAID ist in folgenden Bundesstaaten sowie im District of Columbia (D.C.) legalisiert. (Compassion & Choices 2026a; Death with Dignity National Center 2026)²⁵</div> <div><div>1997 Oregon</div><div>2019 Hawaii</div><div>2009 Washington</div><div>2019 New Jersey</div><div>2009 Montana²⁶</div><div>2019 Maine</div><div>2013 Vermont</div><div>2021 New Mexico</div><div>2016 Kalifornien</div><div>2026 Delaware</div><div>2016 Colorado</div><div>2026 New York (ab August 2026)</div><div>2017 Washington, D.C.</div><div>2026 Illinois (ab September 2026)²⁷</div></div>		

²⁵ Eine Übersicht findet sich auf der Seite der Non-Profit-Organisation „Compassion & Choices“: <https://compassionandchoices.org/states-where-medical-aid-in-dying-is-authorized/>. Übersichten und Informationen finden sich außerdem auf der Seite des „Death with Dignity National Center“, einer US-amerikanischen Non-Profit-Organisation, die sich wie Compassion & Choices für die Selbstbestimmung am Lebensende und den Ausbau von Gesetzen zum assistierten Suizid einsetzt: <https://deathwithdignity.org/>.

²⁶ Dort allerdings nicht per Gesetz, sondern im Dezember 2009 durch ein Grundsatzurteil des Obersten Gerichtshofs des Staates legalisiert.

²⁷ Roßbruch 2026b, 38.

Land	Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Status von Medical Aid in Dying (MAID) in den U.S.A.  <p>Quelle: Inhaltliche Zuordnung der Bundesstaaten nach Compassion and Choices 2026b (Stand: 11.08.2026). Kartengrundlage U.S. Census Bureau 2025. Die Darstellung steht, soweit daran eigene Rechte bestehen, unter CC BY-NC-ND 4.0; gemeinfreie Daten des U.S. Census Bureau sind von der Lizenz nicht erfasst. Grafische Umsetzung unter Nutzung von ChatGPT (OpenAI).</p>			
<p>Im Folgenden werden der rechtliche Rahmen sowie die zentralen Anspruchsvoraussetzungen und Verfahrensabläufe exemplarisch am Beispiel Oregons dargestellt. Als Pionier verabschiedete Oregon 1994 mit dem Death with Dignity Act das landesweit erste Gesetz zum assistierten Sterben. Nach intensiven juristischen Auseinandersetzungen trat es 1997 endgültig in Kraft. Mit einer über 25-jährigen dokumentierten Praxis dient das „Oregon-Modell“ heute als maßgebliche Orientierung für fast alle anderen US-Bundesstaaten, die Medical Aid in Dying (MAID) seither legalisiert haben.</p>			
Oregon	1997	Nein	Ja
Rechtlicher Rahmen	Death with Dignity Act. (Oregon 1997)		
Ausgewählte Anspruchsvoraussetzungen/Verfahrensabläufe	<ul style="list-style-type: none"> → Volljährig, einwilligungsfähig, freiverantwortlich. → Terminale Krankheit mit einer Prognose von sechs Monaten oder weniger. → Zwei mündliche Anfragen (im Abstand von meist 15 Tagen, in Oregon seit kurzem bei Sterbenden verkürzt). → Eine schriftliche Anfrage mit Zeugen. → Zwei unabhängige Ärzte, die die Diagnose und die Urteilsfähigkeit bestätigen. Bei Bedarf ein psychologisches Gutachten. → Zwingende Selbstbeibringung: Der Arzt stellt das Rezept aus; der Patient entscheidet, wann, wo und ob er das Mittel einnimmt. → Wegfall der Wohnsitzpflicht: Bis 2022/2023 musste man Einwohner Oregons sein. Heute dürfen auch Menschen aus anderen Bundesstaaten nach Oregon reisen, um das Gesetz zu nutzen (solange das Verfahren und die Einnahme in Oregon stattfinden). 		

Land		Seit wann	Tötung auf Verlangen rechtlich zulässig	Assistierter Suizid rechtlich zulässig
Statistische Daten	1998-2025	MAID (Oregon Health Authority 2026, 20) <ul style="list-style-type: none"> → 5.520 Personen haben ein Rezept für tödliche Medikamente erhalten. → 3.691 Verstorbene im Rahmen des Death with Dignity Act (DWDA). Motive (ebd., 16) <ul style="list-style-type: none"> → 89,9 % Verlust der Autonomie. → 89,3 % Einschränkung der Fähigkeit, an Aktivitäten teilzunehmen, die das Leben lebenswert machen. → 68,7 % Verlust der Würde. → 45,4 % Verlust der Kontrolle über Körperfunktionen. → 45,7 % Sorge, eine Belastung für Familie und Freunde zu sein. → 30,4 % Unzureichende Schmerzbekämpfung. → 6,0 % Finanzielle Auswirkungen der Behandlung. 		
	2023 (Oregon Health Authority 2024, 3)	<ul style="list-style-type: none"> → 560 Personen: Rezepte im Rahmen des DWDA. → Bis zum 26. Januar 2024: 367 Personen nahmen tödliche Dosis ein (inkl. 30 Personen mit Rezepten aus den Vorjahren). → 82 % 65 Jahre oder älter. → 94 % weiß. → 66 % Krebs, 11 % neurologische Erkrankungen, 10 % Herzerkrankungen. 		
	2024 (Oregon Health Authority 2025, 4)	<ul style="list-style-type: none"> → 607 Personen: Rezepte im Rahmen des DWDA. → Bis zum 25. Januar 2025: 376 Personen durch MAID verstorben (inkl. 43 Personen mit Rezepten aus den Vorjahren). → 83 % 65 Jahre oder älter. → 92 % weiß. → 57 % Krebs, 15 % neurologische Erkrankungen, 11 % Herzerkrankungen. 		
	2025 (Oregon Health Authority 2026, 4)	<ul style="list-style-type: none"> → 637 Personen: Rezepte im Rahmen des DWDA. → Bis zum 23. Januar 2026: 400 Personen durch MAID verstorben (inkl. 42 Personen mit Rezepten aus den Vorjahren). → 88 % 65 Jahre oder älter. → 94 % weiß. → 61 % Krebs, 14 % neurologische Erkrankungen, 11 % Herzerkrankungen. 		

Literaturverzeichnis

Bocksch, R. (2025). Suizid. Breite Akzeptanz für ärztliche Suizidhilfe. <https://de.statista.com/infografik/34482/anteil-der-befragten-die-assistierten-suizid-befuerworten-oder-ablehnen/> (Zugriff: 03.09.2026)

Compassion & Choices (2026a). Medical aid in dying is currently authorized in 13 states and Washington, D.C. <https://compassionandchoices.org/states-where-medical-aid-in-dying-is-authorized/> (Zugriff: 11.08.2026)

Compassion & Choices (2026b). End-of-Life Choice in Your State. <https://compassionandchoices.org/> (Zugriff: 11.08.2026)

Death with Dignity National Center (2026). Death with Dignity. We should all have the right to die with dignity. <https://deathwithdignity.org/> (Zugriff: 20.05.2026)

Deutsches Ärzteblatt (2019). Belgien. Zwei Prozent der Todesfälle durch aktive Sterbehilfe. In: Deutsches Ärzteblatt 116(10)/2019, S. A 454. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/belgien-zwei-prozent-der-todesfaelle-durch-aktive-sterbehilfe-edab346e-eb6f-4f9d-9f0a-c98993fd692b> (Zugriff: 10.05.2026)

Deutsches Ärzteblatt (2021). Ausland. Sterbehilfegesetz tritt in Spanien in Kraft. In: Deutsches Ärzteblatt. 25.06.2021. <https://www.aerzteblatt.de/news/sterbehilfegesetz-tritt-in-spanien-in-kraft-9289f922-1006-4615-8499-3dffd941a92e> (Zugriff: 20.05.2026)

Deutsches Ärzteblatt (2024). Ausland. Zahl der Sterbehilfefälle in Belgien gestiegen. In: Deutsches Ärzteblatt. 27.02.2024. <https://www.aerzteblatt.de/news/zahl-der-sterbehilfefaelle-in-belgien-gestiegen-ba3949e8-edaa-4a8b-8bfa-c01b4f513874> (Zugriff: 10.05.2026)

DGHS-Press-Dienst (Hrsg.) (2025). Pressekonferenz. "Suizidhilfe – Vorstellung der Ergebnisse einer aktuellen Forsa-Umfrage und der DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2024". 14.01.2025 in Berlin. Pressemappe mit ergänzenden Materialien. [https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/Pressemappe_14.01.](https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/Pressemappe_14.01.2025.pdf)

[2025.pdf](https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/14_01_2025/Pressemappe_14.01.2025.pdf) (Zugriff: 03.09.2026)

DGHS-Press-Dienst (Hrsg.) (2026). Pressekonferenz. "Suizidhilfe – Vorstellung der DGHS-Suizidhilfe-Fallzahlen 2025 und Start einer Diskurskampagne". 29.01.2025 in Berlin. Pressemappe mit ergänzenden Materialien. https://www.dghs.de/fileadmin/content/06_presse/pressematerialien_fuer_pk/29_01_2026/Pressemappe_29.01.2026.pdf (Zugriff: 03.09.2026)

DIE ZEIT (2025a). Britische Abgeordnete stimmen für Sterbehilfe-Gesetz. In: DIE ZEIT. 20.06.2025. <https://www.zeit.de/politik/ausland/2025-06/grossbritannien-sterbehilfe-parlament-gesetz> (Zugriff: 10.05.2026)

DIE ZEIT (2025b). Slowenien erlaubt assistierten Suizid für körperlich Schwerkranke. In: DIE ZEIT. 24.07.2025. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2025-07/sterbehilfe-slowenien-assistierter-suizid> (Zugriff: 20.05.2026)

Dignity in Dying (2026). Assisted dying around the world. <https://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/assisted-dying-around-the-world/> (Zugriff: 10.05.2026)

Dnevnik (2026). Referendum o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja: Kršitve so bile, a na rezultat niso vplivale. In: Dnevnik. 24.03.2026. <https://www.dnevnik.si/novice/slovenija/referendum-o-pomoci-pri-prostovoljnem-koncanju-zivljenja-krsitve-so-bile-a-na-rezultat-niso-vplivale-2792617/> (Zugriff: 20.05.2026)

Feichtner, A. (2025). Assistierter Suizid in Österreich – erste Erkenntnisse aus ASCIRS. In: pflegenetz magazin online. <https://magazin.pflegenetz.at/artikel/assistierter-suizid-in-oesterreich-erste-erkenntnisse-aus-ascirs/> (Zugriff: 10.05.2026)

Government of Canada (2026). Medical assistance in dying: Legislation in Canada. The history of Canada's law on medical assistance in dying (MAID) and how it is changing. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying/legislation-canada.html>

(Zugriff: 17.05.2026)

Health Canada (2023). Fourth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/medical-assistance-dying/annual-report-2022/annual-report-2022.pdf> (Zugriff: 27.09.2026)

Health Canada (2024). Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada 2023. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023/annual-report-medical-assistance-dying-2023.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Health Canada (2025). Sixth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada (2024). <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2024/annual-report-medical-assistance-dying-2024.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Health New Zealand/Te Whatu Ora (2024). Assisted Dying Service Data and Reporting. Assisted Dying Service yearly report 2022/2023. For the period 7 November 2022 – 31 December 2023. Wellington: Health New Zealand/Te Whatu Ora.

Health New Zealand/Te Whatu Ora (2025). Assisted Dying Service Annual Service Report 2024. Wellington: Health New Zealand/Te Whatu Ora. <https://static.info.content.health.nz/docs/publications/Assisted-Dying-Service-Annual-Service-Report-2024.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Heinrichs-Verlag gGmbH (2025). Neues aus der Woche. 14. Januar 2025. Bundesweit 1.200 Suizidbegleitungen 2024 in Deutschland. <https://www.heinrichs-verlag.de/2025/01/14/bundesweit-1-200-suizidbegleitungen-2024-in-deutschland/> (Zugriff: 03.09.2026)

Huber, R. (2024). Beihilfe zum Suizid bei gesunder Frau – Bundesgericht spricht Angeklagten im Sterbehilfe-Prozess frei. In: Inside JUSTIZ. 13.03.2024. <https://inside-justiz.ch/sterbehilfe-prozess/> (Zugriff: 20.05.2026)

Jauer, M. (2026). Genug vom Leben. In: DIE ZEIT 32/2026, 50-51.

Keck, D. (2024). Oberster Gerichtshof in Ecuador entkriminalisiert Sterbehilfe. <https://amerika21.de/2024/02/268234/ecuador-entkriminalisiert-sterbehilfe> (Zugriff: 10.05.2026)

La Moncloa (2024). Cerca de un 25% más de solicitudes de eutanasia en 2023 que en el año anterior. Sanidad. 12.12.2024. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/paginas/2024/121224-eutanasia-informe-2023.aspx> (Zugriff: 20.05.2026)

Österreichische Palliativgesellschaft (OPG) (2026). ASCIRS. <https://www.ascirs.at/> (Zugriff: 19.05.2026)

Oregon Health Authority. Public Health Division. Center for Health Statistics (2024). Oregon Death with Dignity Act. 2023. Data Summary. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year26.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Oregon Health Authority. Public Health Division. Center for Health Statistics (2025). 2024. Oregon Death with Dignity Act. Data Summary. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year27.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Oregon Health Authority. Public Health Division. Center for Health Statistics (2026). Oregon Death with Dignity Act. 2025. Data Summary. <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year28.pdf> (Zugriff: 10.05.2026)

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RTE) (2023). Jahresbericht 2022. <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/archive/annual-report/annual-reports> (Zugriff: 20.09.2026)

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RTE) (2024). Jahresbericht 2023. <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/archive/annual-report/annual-reports> (Zugriff: 20.09.2026)

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RTE) (2025). Jahresbericht 2024. <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/archive/annual-report/annual-reports> (Zugriff: 20.09.2026)

Roßbruch, R. (2025). Vermittelte Freitodbegleitungen im Jahr 2024. In: *humanes leben* *humanes sterben* 45(02)/2025. S. 10 f.

Roßbruch, R. (Hrsg.) (2026a). Blick über die Grenzen. In: *humanes leben* *humanes sterben* 46(01)/2026, S. 34. https://www.dghs.de/fileadmin/content/05_aktuelles/magazin/pdfs/HLS_2026-1_gesamt.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Roßbruch, R. (Hrsg.) (2026b). Blick über die Grenzen. In: *humanes leben* *humanes sterben* 46(02)/2026, S. 38. https://www.dghs.de/fileadmin/content/05_aktuelles/magazin/pdfs/HLS_2026_2_gesamt.pdf (Zugriff: 10.05.2026)

Schläfer, E. (2026). DGHS-Bilanz für 2025. Die Zahl der assistierten Suizide ist weiter angestiegen. In: *FAZ*. 29.01.2026. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/assistierter-suizid-dghs-zaehlt-2025-mehr-faelle-als-im-vorjahr-110827427.html> (Zugriff: 10.05.2026)

Schweizer Radio und Fernsehen (SRF) (2024). Zahlen für 2023. 1252 Personen sind mit Exit aus dem Leben geschieden. In: *SRF*. 08.02.2024. <https://www.srf.ch/news/gesellschaft/zahlen-fuer-2023-1252-personen-sind-mit-exit-aus-dem-leben-geschieden> (Zugriff: 20.05.2026)

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019a). Medizin-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod. Bern. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> (Zugriff: 10.05.2026)

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019b). Medizin-ethische Richtlinien. Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Bern. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html> (Zugriff: 10.05.2026)

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_11117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Statista (2026). Anzahl der Sterbehilfe-Touristen in der Schweiz nach ausgewählten Herkunftsländern im Zeitraum der Jahre von 1998 bis 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/321031/umfrage/anzahl-der-sterbehilfe-touristen-in-der-schweiz-nach-herkunftslaendern/> (Zugriff: 20.05.2026)

SWI swissinfo.ch (2024). Swiss assisted suicides rose 11 % in 2023. <https://www.swissinfo.ch/eng/demographics/swiss-assisted-suicides-rose-11-in-2023/49198616> (Zugriff: 19.05.2026)

Tagesschau (2025). Gesetzentwurf beschlossen. Frankreichs Parlament ebnet Weg für Sterbehilfe. In: *Tagesschau*. 27.05.2025. <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/frankreich-parlament-sterbehilfe-102.html> (Zugriff: 14.05.2026)

The Scottish Parliament/Pàrlamaid na h-Alba (2026). Assisted Dying for Terminally Ill Adults (Scotland) Bill. <https://www.parliament.scot/bills-and-laws/bills/s6/assisted-dying-for-terminally-ill-adults-scotland-bill> (Zugriff: 17.05.2026)

UK Parliament (2026). Parliamentary Bills. Terminally Ill Adults (End of Life) Bill. Private Members' Bill (Ballot Bill). Originated in the House of Commons, Session 2024-26. <https://bills.parliament.uk/bills/3774/news> (Zugriff: 17.05.2026)

U.S. Census Bureau (2025). Cartographic

Boundary Files – States. 1:5,000,000 (national). Shapefile cb_2025_us_state_5m.zip
U.S. Census Bureau, Geography Division
(Zugriff: 11.08.2026)

Verfassungsgerichtshof (VfGH) (2024). VfGH weist Anträge zu Suizidhilfe und Sterbeverfügung im Wesentlichen ab. <https://www.vfgh.gv.at/medien/Selbsttoetung.de.php>
(Zugriff: 19.05.2026)

Verein Sterbehilfe (2025). Jahresrückblick 2024 in Zahlen. <https://www.sterbehilfe.de/jahresueckblick-2024-in-zahlen/>
(Zugriff: 03.09.2026)

Victorian Government (2025). Voluntary Assisted Dying Review Board. Annual Report. 1 July 2024 to 30 June 2025. <https://www.health.vic.gov.au/voluntary-assisted-dying/voluntary-assisted-dying-review-board>
(Zugriff: 10.05.2026)

Wache, K./Fiedler, G. (2025). Suizide in Deutschland 2024. Nationales Suizidpräventionsprogramm. <https://www.naspro.de/dl/Suizidzahlen2024.pdf> (Zugriff: 03.09.2026)

Weijenborg, P. (2025). Euthanasie in den Niederlanden: eine SCEN-Ärztin berichtet. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 323-337.

World Federation of Right to Die Societies (2026). World Map. Tracking the Right to Die Worldwide. An interactive guide to legislation, progress, and the global fight for the right to die. <https://wfrtds.org/world-map/>
(Zugriff: 12.06.2026)

Rechtsquellenverzeichnis

Assembleia da República (2023). Lei n.º 22/2023, de 25 de maio: Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/05/10100/0001000020.pdf> (Zugriff: 19.05.2026)

Belgique (2002). Wet betreffende de euthanasie/Loi relative à l'euthanasie. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/05/28/2002009590/justel> (Zugriff: 07.04.2026)

Bundesgericht (BGer) (2006). BGE 133 I 58 – Rezeptfreies Natrium-Pentobarbital. <https://www.servat.unibe.ch/dfr/bge/c1133058.html>
(Zugriff: 19.05.2026)

Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ) (2026). Strafgesetzbuch (StGB) § 216 Tötung auf Verlangen. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html
(Zugriff: 10.05.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html
(Zugriff: 10.05.2026)

Corte Constitucional del Ecuador (2024). Caso 67-23-IN. El Pleno de la Corte Constitucional del Ecuador, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, emite la siguiente. Sentencia 67-23-IN/24. https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10DWL_FL/e2NhcNBLdGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidINzVjZThhMS1iMGM0LTQ0QWMTYmEyMy01MTdlYzVkYTY3NGQucGRmJ30 (Zugriff: 14.05.2026)

Corte Constitucional – República de Colombia – Rama Judicial (CC CO) (1997). Sentencia C-239/97. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>
(Zugriff: 17.05.2026)

Corte Constitucional – República de Colombia – Rama Judicial (CC CO) (2021). Sentencia C-233/21. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/c-233-21.htm>
(Zugriff: 17.05.2026)

Corte Constitucional – República de Colombia – Rama Judicial (CC CO) (2022). Sentencia C-164/22. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-164-22.htm>
(Zugriff: 17.05.2026)

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2026a). Schweizerisches Strafgesetzbuch. Art. 114. Tötung auf Verlangen. <https://www.lexaris.de/book/document/233327/page/87>
(Zugriff: 19.05.2026)

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2026b). Schweizerisches Strafgesetzbuch. Art. 115. Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord. <https://www.lexaris.de/book/document/233327/page/87> (Zugriff: 19.05.2026)

España – Jefatura del Estado (2021). Ley Orgánica 03/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. In: Boletín Oficial del Estado (BOE) Nr. 72 vom 25. März 2021, S. 34037–34049. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf> (Zugriff: 20.05.2026)

House of Lords (HL) (2025). Terminally Ill Adults (End of Life) Bill. <https://bills.parliament.uk/publications/61635/documents/6734> (Zugriff: 14.05.2026)

Le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg (2009). Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo> (Zugriff: 17.05.2026)

New Zealand Legislation (2021). End of Life Choice Act 2019. Version as at 28 October 2021. <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/67/en/latest/-DLM7285905> (Zugriff: 17.05.2026)

Oregon (1997). Death with Dignity Act. Oregon Revised Statutes (ORS) §§ 127.800–127.897. In: Oregon Health Authority (OHA). <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDER-PARTNERRESOURCES/EVALUATION-RESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ors.aspx> (Zugriff: 20.05.2026)

Parliament of Canada (2016). Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying). <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent> (Zugriff: 17.05.2026)

Regione Autonoma della Sardegna (2025). Legge regionale 18 settembre 2025, n.26. Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. [https://leggi-regionali.regione.sardegna.it/legge-regionale?](https://leggi-regionali.regione.sardegna.it/legge-regionale?data=18-09-2025&numero=26)

[data=18-09-2025&numero=26](https://leggi-regionali.regione.sardegna.it/legge-regionale?data=18-09-2025&numero=26) (Zugriff: 17.05.2026)

Regione Toscana – Consiglio Regionale (2025). Legge regionale 14 marzo 2025, n. 16. Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024. Bollettino Ufficiale n. 18, parte prima, del 17 marzo 2025. <https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2025-03-14;16&pr=idx,1;artic,0;articparziale,0> (Zugriff: 17.05.2026)

Republik Österreich (2021). Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG). In: BGBl. I Nr. 242/2021. <https://ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20011782> (Zugriff: 19.05.2026)

Republika Slovenija – Državni zbor (2025). Zakon o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (ZPPKŽ). [Gesetzesentwurf, im Referendum vom 23.11.2025 abgelehnt]. https://www.ds-rs.si/sites/default/files/dogodok/1_tocka_zppkz_epa_1920.pdf (Zugriff: 20.05.2026)

République française (2026). Vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/loi/298544-fin-de-vie-droit-laide-mourir-proposition-de-loi-falorni> (Zugriff: 14.05.2026)

Rijksoverheid (2002). Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2002-04-01> (Zugriff: 17.05.2026)

Uruguay (2020). Proyecto de Ley: Eutanasia y suicidio médicamente asistido. Reglamentación. Eingbracht von Pasquet, O. et al. Cámara de Representantes, Carpeta N° 67 du 2020, Repartido N° 28, März 2020. <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2020/05/EUTANASIAPROYECTOD-ELEY.pdf> (Zugriff: 20.05.2026)

Uruguay (2025). Ley N° 20.431. Ley de Muerte Digna - Eutanasia. In: IMPO Normativa y Avisos Legales del Uruguay. https://faffics.org/wp-content/uploads/2026/03/Ley-N°-20.431-de-24.11.2025-Ley-de-Muerte-Digna_-Eutanasia.pdf (Zugriff: 20.05.2026)

5 Würde und assistierter Suizid

Manfred Baumann

5.1 Einführung

Die Debatte um den assistierten Suizid ist untrennbar mit dem Begriff der Würde verbunden. In den Argumentationen fällt auf, dass die Würde, die geschützt werden soll, mit unterschiedlichen Bedeutungen belegt wird: Während die einen in ihr die Grundlage für ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben sehen, interpretieren andere sie als Schutzgarant für die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens. (Von Wolff-Metternich 2012, 204 f.)¹

In dieser Spannung verortet sich auch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2020: Einerseits umfasst das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, und die Würde des Menschen gebietet es, die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben ein Ende zu setzen, zu respektieren. Andererseits obliegt dem Staat der grundsätzliche Schutz der Würde und des Lebens eines Menschen, wenn dieser nicht in der Lage ist, freiverantwortlich zu entscheiden und zu handeln. (BVerfG 2020)²

Da die Würde des Menschen als tragendes Prinzip sowohl der deutschen Verfassungsordnung als auch sorgeethischen Debatten zugrunde liegt, ist eine Auseinandersetzung mit der Mehrdeutigkeit dieses Begriffs für unseren Zusammenhang unumgänglich. Ziel des Textes ist es daher, dem Begriff der Würde in seiner Mehrdeutigkeit und in seiner Bedeutung für die Auseinandersetzung mit dem assistierten Suizid auf den Grund zu gehen.

Der vorliegende Text geht den Fragen nach Bedeutung und praktischer Anwendung von Würde in drei Schritten nach: Ausgehend von Hinweisen zum Begriff der Würde werden die

Arten beschrieben, wie über Würde in aktuellen Debatten gesprochen wird. Darauf aufbauend wird dargelegt, wie diese Kategorien als Grundlage für Würde-Modelle *aus der* und *für die* Praxis dienen und welche Bedeutung sie für den Umgang mit dem assistierten Suizid haben, bevor der Text mit einem Fazit schließt.

5.2 Zum Begriff der Würde

Gemäß dem Grundgesetz ist die Würde der höchste Wert der deutschen Gesellschaftsordnung. Verankert in Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes heißt es dort: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (BMJV/BfJ 2026) Das Grundgesetz lässt jedoch offen, was Würde inhaltlich bedeutet und worauf sie gründet. (Wetz 2008, 27; Von Wolff-Metternich 2012, 203) Offenbar vertrauten unsere Verfassungsgründer „auf die Plausibilität der Vorstellung, dass es unabhängig von der Stärke oder Schwäche des Einzelnen einen Respekt vor dem Menschen als solchem geben müsse.“ (Wetz 2008, 34) Weltanschauungsneutral betrachtet, so Wetz, ist Würde keine angeborene, metaphysische Eigenschaft, sondern ein Ideal, dessen Gehalt sich erst in der Einlösung menschenrechtlicher Versprechen konkretisiert: „einem Leben in körperlicher Unversehrtheit, freiheitlicher Selbstbestimmung und Selbstachtung sowie in sozialer Gerechtigkeit.“ (Ebd., 46)

Damit steht der Grundsatz der Absolutheit der Würde in einem Spannungsverhältnis zu ihrer faktischen Verletzlichkeit. Während die Würde, die mit dem Menschsein verbunden ist, als unverlierbar gilt, erfahren Menschen im

¹ Seite A sagt: „Würde‘ bedeutet, dass ich selbst entscheiden darf, wann ich sterbe.“ Seite B sagt: „Würde‘ bedeutet, dass das Leben heilig (bzw. ein Selbstzweck) ist und niemand (auch man selbst nicht) darüber verfügen darf.“

² Vgl. hierzu auch den Deutschen Ethikrat 2025, der in seiner Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Selbstbestimmung“ intensiv das Spannungsfeld zwischen staatlicher Schutzpflicht und individueller Freiheit diskutiert.

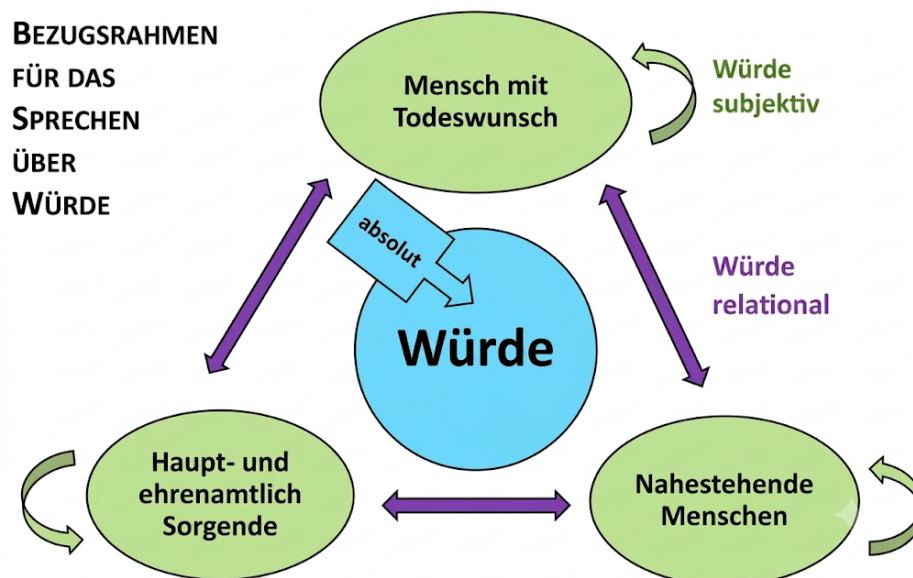
Alltag Situationen, in denen sie sich in ihrer Würde angegriffen oder verletzt fühlen. Einem Verständnis von „Würde“ kann man sich daher über die Frage annähern, was sie im Kern verletzt. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts liegen Verletzungen der Menschenwürde vor, „wenn der Einzelne zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Sache herabgewürdigt, auf die Ebene eines Gegenstandes erniedrigt, seine ureigenste Intimsphäre missachtet, seine Ehre in demütigender Weise gekränkt oder sein Leben zum bloßen Vegetieren verurteilt wird.“ (Ebd., 34) Der Schutz der Würde erweist sich somit als abhängig von zwei Faktoren: der subjektiven Auffassung des Einzelnen darüber, was Würde für ihn bedeutet, sowie den relationalen Bedingungen –

also der Art und Weise, wie andere mit ihm umgehen.

5.3 Drei Arten, über Würde zu sprechen

Im Rahmen ethischer Auseinandersetzungen lassen sich somit drei Arten identifizieren, über Würde zu sprechen. In Anlehnung an Carlo Leget (2021) unterscheiden wir diese wie folgt:

- **Die ontologische Kategorie:** Würde als unverlierbares Wesensmerkmal des Menschen.
- **Die subjektive Kategorie:** Würde als individuelles Erleben.
- **Die zwischenmenschliche Kategorie:** Würde als relationales Geschehen im Umgang miteinander.



Eigene Darstellung.

5.3.1 Würde als ontologische Kategorie: Würde als Wesensmerkmal

In dieser Auffassung kommt die Würde jedem Menschen allein durch sein Menschsein zu. Sie ist absolut, also unantastbar, unverlierbar und unabhängig von körperlicher Verfassung oder geistiger Leistungsfähigkeit. Da sie untrennbar mit der menschlichen Existenz verbunden ist, sind alle Menschen mit gleicher Würde und gleichen Rechten geboren. Sie bezeichnet den Wert eines Menschen als solchen – unersetzbar und einmalig. (Wetz 2008,

31; Mehnert et al. 2006, 1088 f.; Leget 2021, 110)

Im Kontext des assistierten Suizids stützt diese Sichtweise die Argumentation, dass der Mensch nicht über sein Leben verfügen darf, ohne zugleich seine eigene Würde zu verlet-

zen. Religiös begründet wird dies mit der Unverfügbarkeit des Lebens als Gabe Gottes.³ In der Tradition Kants gilt das Leben als unverfügbar, da der Mensch niemals bloß als Mittel zum Zweck – auch nicht durch sich selbst – instrumentalisiert werden darf: „Deshalb verbiete seine Würde ihm auch, sich selbst zu misshandeln, zu verkaufen oder gar zu töten.“ (Wetz 2008, 33)

5.3.2 Würde als subjektive Kategorie: Würde als individuelles Erleben

Hier steht das Selbstverständnis des Individuums im Vordergrund. Nur der Einzelne kann vermitteln, welche Werte mit seinem Würdeerleben verbunden sind. Würde drückt sich in der Frage aus: „*Wer bin ich für mich und in Bezug auf andere?*“ Sie ist eng mit dem Selbstwertgefühl verknüpft. (Leget 2021, 111) Würde in diesem Sinn bedeutet oft, das Leben möglichst selbstbestimmt nach eigenen Werten bis zum Ende gestalten zu können.⁴

Ein Verlust an Kontrolle, zunehmende Abhängigkeit oder körperlicher Zerfall können in dieser Logik als „unwürdig“ empfunden werden: „Ist beispielsweise für einen schwer kranken Patienten persönliche Autonomie eng mit dem Gefühl von Würde verbunden, kann die Unfähigkeit, die eigene Unabhängigkeit angesichts zunehmender körperlicher Schwäche aufrechtzuerhalten, als ein tief greifender Verlust an Würde erfahren werden und unter Umständen den subjektiven Wert des Lebens stark vermindern.“ (Mehnert et al. 2006, 1089) Wenn Grundbedürfnisse nach Anerkennung, Zugehörigkeit, Schutz und Integrität verletzt werden, kann dies als „entwürdigend“ erlebt

werden. Ein assistierter Suizid könnte als Instrument der Selbstbestimmung erscheinen, um die eigene Würde zu wahren. (Leget 2021, 109)

5.3.3 Würde als zwischenmenschliche Kategorie: Relationale Würde

Dieses Verständnis beschreibt, wie ein Mensch von seiner Umwelt wahrgenommen und behandelt wird. Diese Form der Würde ist fragil; sie kann durch Respekt geschützt, aber durch beschämende Praktiken wie Demütigung oder Vernachlässigung verletzt werden. (Ebd., 110)

In der Suiziddebatte äußert sich dies in der Sorge, dass eine Normalisierung des assistierten Suizids alten oder kranken Menschen das Gefühl vermitteln könnte, anderen „zur Last zu fallen“. Dieses Gefühl vereint den subjektiven und den relationalen Aspekt: Es ist ein inneres Erleben, das jedoch maßgeblich durch die (reale oder befürchtete) Haltung der Mitmenschen und der Gesellschaft geprägt wird.⁵

5.4 Würde-Modelle

Am Beispiel zweier Würde-Modelle kann veranschaulicht werden, dass das subjektive und das relationale Verständnis von Würde untrennbar miteinander verbunden sind und wie diese Modelle für den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid fruchtbar gemacht werden können.

³ Vgl. beispielsweise die Deutsche Bischofskonferenz 2026: „Wir tragen die tiefe Überzeugung, dass menschliches Leben heilig ist und nicht durch Menschenhand beendet werden darf – auch nicht durch die eigene.“ (DBK 2026, 15) „Für Christen ist das Leben ein Geschenk, das ihnen von Gott anvertraut wird. Es entzieht sich unserer Verfügbarkeit und will deshalb bis zum Ende bewahrt sein.“ (Ebd., 19)

⁴ Vgl. hierzu das Projekt SeLeP (Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim) (Pflege-Netzwerk Deutschland 2021). „In dem interdisziplinär ausgerichteten Projekt ging es darum, was unter einem würdevollen, selbstbestimmten Leben im Heim verstanden wird, wie eine Kultur der Sorge im täglichen Miteinander gelebt werden kann und welcher Organisationsstruktur bzw. -kultur es hierfür bedarf. [...] Das Ergebnis von SeLeP 2.0 ist eine niedrigschwellige Schulung rund um die Themen Selbstbestimmung und Würde, die in Pflegeheimen bereits praktisch erprobt wurde und nun in Eigenregie in Einrichtungen der Langzeitpflege umgesetzt werden kann.“ (Pflege-Netzwerk Deutschland 2023)

⁵ Vgl. hierzu Pleschberger 2005b: „Nur nicht zur Last fallen“ ist Leitkategorie in ihrer Studie über das Würdeverständnis von Pflegeeinrichtungsbewohnern. „Die alten Menschen konstatierten ihre Würde im Prozess der Würdigung, der darauf basiert, dass sie anderen nicht zur Last fallen (Belastungsvermeidung) sowie auf dem, was sie in ihrem Leben geschafft haben (Leistungen). Es wurde eine Würdekonzepktion aus BewohnerInnensicht entwickelt, die deutlich zeigt, wie sehr Krankheit und Pflegebedürftigkeit als Bedrohung von Würde angesehen werden, und inwiefern das Vorhandensein sowie die Stabilität sozialer Beziehungen sowie die Qualität der Versorgung in den Heimen auf die sog. relationale Würde einwirken.“ (Pleschberger 2005a)

5.4.1 Scham und Würde nach Stephan Marks und Ursula Immenschuh

Ursula Immenschuh und Stephan Marks ergänzen die rechtliche und philosophische Perspektive um eine sozialpsychologisch fundierte Sichtweise. Zentral für ihr Modell ist die Emotion der Scham, die in Anlehnung an Léon Wurmser als „Wächterin der menschlichen Würde“ aufgefasst wird. (Immenschuh/Marks 2025, 12) Scham fungiert dabei wie ein „Seismograph“, der sensibel ausschlägt, sobald die Würde bedroht oder verletzt wird. (Marks 2017, 2) Als Reaktion auf die Verletzung der subjektiven Würde entsteht Scham immer dann, wenn menschliche Grundbedürfnisse durch andere oder durch äußere Umstände missachtet werden. Damit ein Mensch sich in seiner Würde angenommen, geschützt und respektiert fühlt, müssen folglich vier Grundbedürfnisse gewahrt sein (ebd., 5):

- **Anerkennung:** Das Gefühl, als Person gesehen und wertgeschätzt zu werden.
- **Schutz:** Der Schutz der Intimsphäre und persönlicher Grenzen.
- **Zugehörigkeit:** Die Einbindung in eine Gemeinschaft, ohne „zur Last zu fallen“.
- **Integrität:** Die Übereinstimmung mit sich selbst und die Aufrechterhaltung der Selbstachtung.

Betrachtet man die Gründe für einen Todeswunsch – wie tatsächliches oder befürchtetes körperliches oder psychisches Leiden, die Furcht vor Kontrollverlust und Abhängigkeit, die Furcht, zur Last zu fallen sowie spirituelles und existentielles Leiden⁶ –, spiegelt sich in ihnen die Verletzung dieser Grundbedürfnisse wider. Wenn die körperliche und psychische Integrität zerfällt oder die Scham über die eigene Hilfsbedürftigkeit den Schutz dieser Bedürfnisse übersteigt, könnte der assistierte Suizid als letztes Mittel gesehen werden, um die eigene Würde zu wahren. Sterben in Würde bedeutet aus dieser Perspektive, der Beschä-

mung zuvorzukommen und den Tod zu wählen, solange eine selbstbestimmte Wahrung der eigenen Würde noch möglich ist.

5.4.2 Das Würde-Modell von Harvey Max Chochinov

Eine kanadische Arbeitsgruppe um Harvey Max Chochinov erforschte empirisch, was Menschen am Lebensende als würdevolles oder unwürdiges Sterben empfinden, und entwickelte hieraus das Modell der Würde schwer- und todkranker Patienten im Kontext von Palliative Care. (Mehnert et al. 2006, 1089 f.) Dieses Modell ist für die Debatte um den assistierten Suizid deshalb wertvoll, weil es aufzeigt, welche Faktoren das Würdeerleben beeinflussen und was dazu führt, dass Menschen ihre Würde als geschützt oder verletzt betrachten. Chochinov bietet damit einen Kompass, um vom abstrakten Begriff der Menschenwürde zu konkreten Belastungsfaktoren zu gelangen, die hinter einem Sterbewunsch stehen können. (Ebd., 1090)

Das Würde-Modell beschreibt drei Hauptbereiche, die das Würdeerleben beeinflussen. So stehen neben krankheitsbezogenen Belastungen individuelle Ressourcen der schwer kranken und sterbenden Menschen sowie das Würdeerleben beeinflussende soziale Bereiche.

- **Krankheitsbezogene Belastungen:** Dieser Bereich beschreibt „Belastungen, die durch die Erkrankung oder Behandlung hervorgerufen werden oder direkt mit ihr im Zusammenhang stehen und sich auf das Würdegefühl des Patienten auswirken können.“ (Ebd.) Hierzu zählt das Erleben des Ausmaßes an Abhängigkeit von anderen durch die Einschränkung kognitiver Fähigkeiten und durch den zunehmenden Verlust der Funktionsfähigkeit. Außerdem das Leiden unter körperlichen Beschwerden und psychischen Belastungen. Mitunter „kann die Intensität der körperlichen Symptome, wenn sie nicht adäquat oder

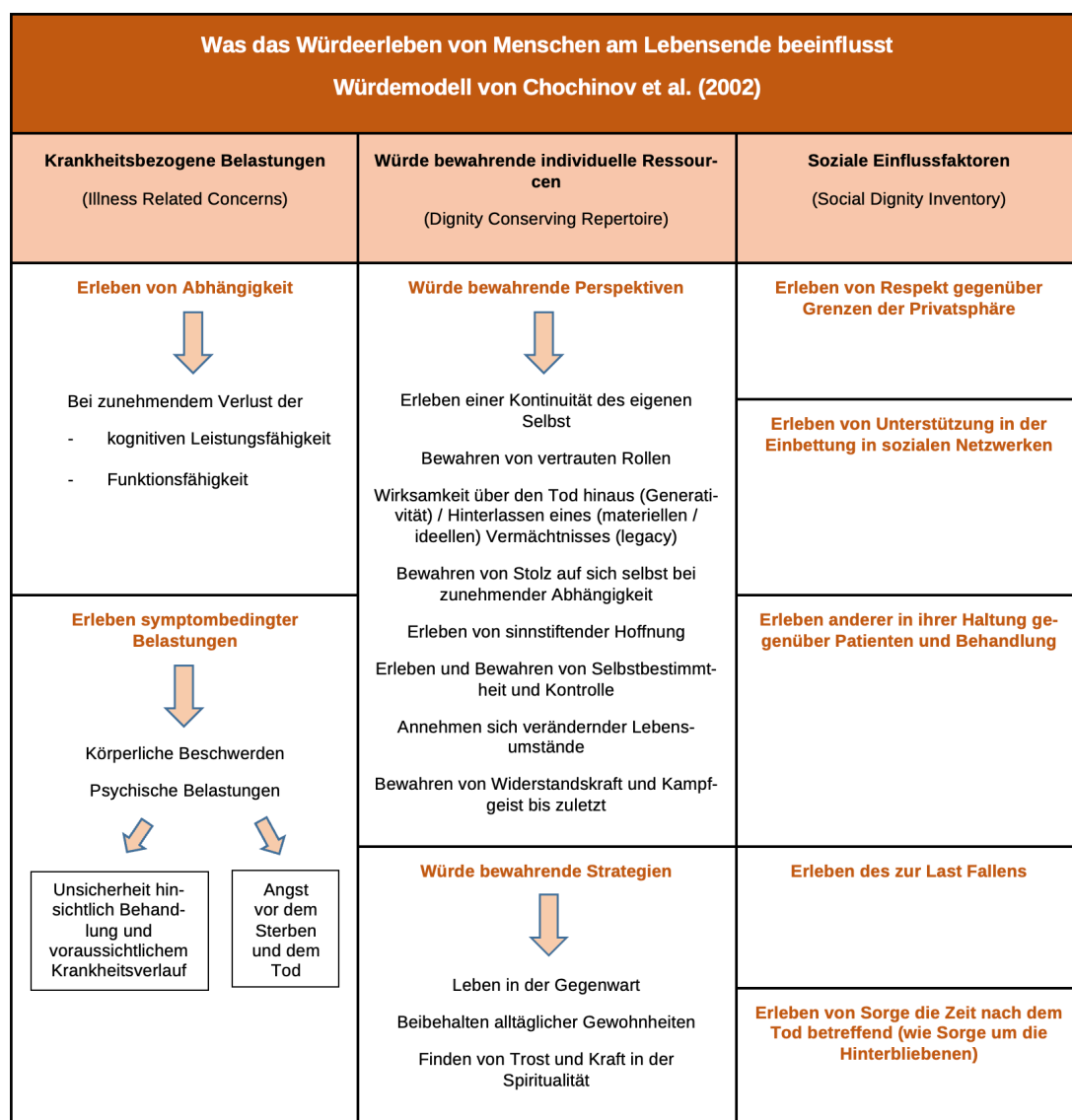
⁶ „Verschiedene Ursachen können zur Entstehung von Todeswünschen beitragen: körperliches Leiden, das besteht oder erwartet wird; seelische Belastungen, wie Ängste, Hoffnungslosigkeit, Depressionen; Wunsch nach Autonomie und Kontrolle, Identitäts- oder Kontrollverlust; soziale Faktoren, zum Beispiel Qualität der Beziehung zu wichtigen Menschen, das Gefühl, eine Last für Angehörige zu sein; existentielles Leiden und spirituelle Sorgen.“ (Leitlinienprogramm Onkologie 2021, 132)

ausreichend behandelt werden (können), durchaus so gravierend sein, dass bei Patienten das Gefühl entsteht, der Tod wäre ihr einziger Ausweg, weil sie das Leben so nicht mehr als lebenswert empfinden.“ (Ebd.)

- **Würdebewahrende persönliche Ressourcen:** Dazu zählen Perspektiven auf sich selbst, die das Würdeerleben stützen können – wie beispielsweise Hoffnung, Stolz auf sich selbst, das Gefühl, trotz Krankheit und damit verbundener Veränderungen und Einschränkungen noch dieselbe Person zu sein (Kontinuität des Selbst). Patienten betonen: „Ich möchte als der Mensch gesehen werden, der ich

immer war, nicht nur als der Kranke im Bett.“ (Ebd., 1094) Außerdem gehören hierzu Verhaltensweisen, die das Würdeerleben stützen – wie das Leben im Hier und Jetzt.⁷

- **Bereiche relationaler Würde:** „Der dritte Bereich Würde beeinflussende soziale Bereiche ist durch Aspekte charakterisiert, die soziale Beziehungen und Beziehungsdynamiken umfassen, die die Würde der Patienten positiv bzw. negativ beeinflussen können“ (ebd., 1091) – ob beispielsweise persönliche Grenzen gewahrt werden, soziale Unterstützung erfahren wird und ob sie sich als Belastung für andere erleben.



Eigene Darstellung in Anlehnung an Chochinov et al. 2002; Mehnert et al. 2006.

⁷ Vgl. dazu auch Weglage 2016, 11 f.

„Oft wird der Verlust an Würde als Grund für einen vorzeitigen Sterbewunsch oder als Argument für Beihilfe zum Suizid bei terminal erkrankten Patienten herangezogen.“ (Schramm et al. 2014, 99; vgl. auch Mehnert et al. 2006, 1088)⁸ In Anwendung des Würde-Modells könnte der Wunsch nach einem vorzeitigen Tod dadurch entstehen, dass krankheitsbedingte und soziale Belastungen die vorhandenen Ressourcen überwiegen und das Würdeerleben so beeinträchtigen, dass der Tod dem Leben vorgezogen wird.⁹

In der Anwendung zeigt das Modell jedoch auch Interventionsmöglichkeiten auf: Durch eine würdezentrierte Therapie (Dignity Therapy)¹⁰ beispielsweise kann die Generativität (das Hinterlassen eines Vermächtnisses), das Gefühl von Sinnhaftigkeit und bleibendem Wert und damit letztlich das Würdeerleben gestärkt werden. (Schramm et al. 2014, 100; Mehnert et al. 2006, 1094 ff.) Im Folgenden werden in Anlehnung an das Würde-Modell weitere Hinweise gegeben, was den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod motivieren und was den Lebenswillen stärken kann.

- **Demoralisierung:** Der Verlust des subjektiven Würdegefühls kann zur „Demoralisierung“ führen – einem Zustand, der durch Hilf- und Hoffnungslosigkeit sowie Sinnverlust gekennzeichnet ist. (Mehnert et al. 2006, 1089)
- **Autonomieverlust:** Der Verlust der per-

sönlichen Autonomie wird als zentrale Bedrohung des Würdegefühls identifiziert. (Ebd., 1090) Ein Patient beschreibt dies drastisch: „Schlimm wird es dann, wenn man nicht mehr die Möglichkeit hat, sich zu wehren, wenn man sozusagen ausgeliefert ist.“ (Ebd.) Demgegenüber betont das Modell, dass selbst bei funktionalen Verlusten die Würde durch den Einbezug in kleinste Entscheidungen und einen respektvollen „pflegerischen Grundtenor“ (Begegnung auf Augenhöhe) gewahrt werden kann. (Schramm et al. 2013, 2)

- **Funktionsverlust:** Die Einsicht, dass die Abhängigkeit von anderen (z. B. kognitive Kapazität oder körperliche Funktionen) das Selbstwertgefühl massiv schädigt, ermöglicht gezielte Hilfestellungen zur Rückgewinnung von Teilautonomie. (Mehnert et al. 2006, 1090; 1094)
- **Die Last-Thematik:** Ein wesentlicher Faktor für den Wunsch nach einem vorzeitigen Tod ist die Sorge, für Sorgende eine Belastung zu sein. (Ebd., 1096) Dieses Gefühl kann „mit einem zunehmenden Verlust des Lebenssinns“ einhergehen. (Ebd.) Hier bietet das Modell den Ansatz, durch offene Gespräche diese Ängste zu mildern, indem die Begleitung als wertvolle gemeinsame Zeit umgedeutet wird. (Ebd.)
- **Präventive Wirkung von Palliative Care:** Wenn körperliche und psychische Symptome adäquat behandelt werden, kann dies den Wunsch, den Tod als „einzigen Ausweg“ zu sehen, eventuell mindern.¹¹

⁸ „Tatsächlich konnte Chochinov nachweisen, dass Patienten mit herabgesetztem Würdegefühl signifikant depressiver und ängstlicher sind und ausgeprägtere Todeswünsche haben.“ (Schramm et al. 2014, 99 f.)

⁹ „Die Angst vor drohendem Würdeverlust bei weiter zunehmender Pflegebedürftigkeit [...] und tatsächliches Empfinden von Würdeverlust stellen einen wesentlichen Treiber von (volatilen) Todeswünschen dar, die unter Umständen den Wunsch nach Suizidassistenz hervorrufen und/oder befördern können.“ (Riedel/Seidlein/Klotz 2025, 116)

¹⁰ Die Dignity Therapy ist eine individualisierte Kurzintervention, die speziell für Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen entwickelt wurde. (Schramm et al. 2013, 1) Es handelt sich um eine Form wertschätzender Biografie-Arbeit. In ein bis zwei Sitzungen werden Patienten anhand eines Fragenkatalogs (z. B. zu Stolz, Lebensweisheiten, Hoffnungen) interviewt. Das Gespräch wird transkribiert, redigiert und in eine chronologische Form gebracht. Das fertige Dokument (Generativitäts-Dokument) wird Patienten vorgelesen und ausgehändigt, damit sie es An- und Zugehörigen als Vermächtnis hinterlassen können. (Schramm et al. 2013, 4; Schramm et al. 2014, 100 f.) Studien zeigen, dass 91 % der Patienten die Intervention als hilfreich empfinden und 76 % über ein gesteigertes Würdegefühl berichten. (Schramm et al. 2013, 4) Präventives Potenzial: Da die Intervention nachweislich den Lebenswillen bei 47 % der Teilnehmer erhöhen kann (ebd.), fungiert sie als wichtiges Instrument der Suizidprävention in der Palliativversorgung. Sie adressiert genau die Faktoren (Sinnverlust, Last-Sein), die oft zum Suizidwunsch führen. Durch die Fokussierung auf die Generativität (etwas hinterlassen) hilft die Therapie Patienten, sich nicht als passives Opfer der Krankheit, sondern als jemanden mit einer bleibenden Lebensbedeutung wahrzunehmen. (Ebd., 3) Vgl. auch Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. 2026.

¹¹ Auch hier zeigt sich die Doppeldeutigkeit von Würde je nach Kontext, in dem sie betrachtet und gedeutet wird: „Sterben in Würde“ gilt geradezu als Chiffre, nicht nur in Palliative Care, sondern auch in Suizidhilfe-Organisationen. Je nach Kontext wird dieser Begriff jedoch unterschiedlich verstanden, steht jedoch immer in enger Verbindung mit Selbstbestimmung, Selbstwert und Selbstachtung [...] Während das Bild eines würdigen Sterbens im Kontext von Palliative Care und Hospizarbeit mit menschlicher Zuwendung, mit umfassendem Um-sorgtsein, bestmöglicher Symptomlinderung und mit Respekt und Wertschätzung den Patient*innen gegenüber verbunden ist, gilt bei

(Ebd., 1090)

- **Kontinuität des Selbst:** Sorgende werden ermutigt, Menschen in ihrer Krankheit und im Sterben als die Person zu sehen und anzuerkennen, die sie vor der Krankheit waren, um den „Objektcharakter“ der Patientenrolle zu durchbrechen. (Ebd., 1091)
- **Einstellung des Behandlungsteams:** Eine wichtige Erkenntnis ist, dass die Einstellung des Behandlungsteams das Würdegefühl von Patienten direkt beeinflussen kann. (Ebd.) Sorgende lernen, dass ihr Blick und ihr Verhalten (z. B. Ignoranz oder Machtausübung) die Patienten in ihrem Gefühl der Wertlosigkeit bestärken können. (Ebd., 1093) Ein respektvoller, wertschätzender Umgang kann als „Intervention“ wirken, die Patienten vermittelt, dass ihre Würde unabhängig von Defiziten jedweder Art besteht. (Ebd., 1088)

5.5 Fazit: Die Bedeutung des Würdebegriffs für die Debatte um den assistierten Suizid

Die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Dimensionen der Würde verdeutlicht, dass „Würde“ auch im Kontext des assistierten Suizids kein statisches, sondern ein dynamisches Konzept ist. Aus der Untersuchung lassen sich drei wesentliche Erkenntnisse für die Debatte und die Praxis ableiten:

1. Während die ontologische Würde das Leben als absolut schützenswert und unverfügbar deklariert, rücken die Modelle von Marks/Immenschuh und der Arbeitsgruppe um Chochinov die subjektive und relationale Würde ins Zentrum. Sie zeigen, dass Würde am Lebensende untrennbar mit Autonomieerleben und Selbstachtung verbunden ist. Ein Sterbewunsch ist demnach häufig der verzweifelte Versuch, die eigene Integrität vor einer drohenden Zerstörung zu bewahren.
2. Die Beschäftigung mit den Belastungsfaktoren nach dem Modell der Arbeitsgruppe

um Chochinov und den Grundbedürfnissen nach Marks/Immenschuh zeigt, dass das Empfinden von Würdelosigkeit kein unveränderliches Schicksal ist. Ansätze wie die „Dignity Therapy“ belegen, dass sich durch die Stärkung von Ressourcen (Integrität, Generativität) auch ein bestehender Wunsch nach assistiertem Suizid verändern kann.

3. Über Würde zu sprechen, bedeutet, im Dialog zu klären, was dem Einzelnen wichtig ist, was die eigene Würde verletzt und was sie schützen kann. Das Gespräch über Würde hilft Menschen, die auf Sorge angewiesen sind, über ihre Bedürfnisse und Nöte zu sprechen, damit diese besser wahr- und ernstgenommen werden. Dies kann das Würdeerleben direkt positiv beeinflussen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Das Nachdenken und Sprechen über Würde im Kontext des assistierten Suizids lässt diesen als Ausdruck einer tiefen existenziellen Not erscheinen, in der die Wahrung des Selbstbildes gegen das reine Überleben abgewogen wird. Eine würdeorientierte Begleitung verfolgt daher das Ziel, Räume der Anerkennung, des Schutzes, der Zugehörigkeit und Integrität zu schaffen, in denen die Stärkung persönlicher Ressourcen im Miteinander bis zuletzt möglich bleibt.

Für die gesetzliche Neuregelung des assistierten Suizids bedeutet dies, dass Schutzkonzepte nicht nur formale Kriterien prüfen, sondern dass Beratungsangebote geschaffen werden müssen, die diese vielschichtigen Würdeaspekte aktiv integrieren. Eine solche würdeorientierte Begleitung soll sicherstellen, dass ein Sterbewunsch nicht durch eine behebbare Verletzung der subjektiven oder relationalen Würde motiviert ist, sondern Ausdruck einer freiverantwortlichen und selbstbestimmten Entscheidung bleibt.

Literaturverzeichnis

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ) (Hrsg.) (2026). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> (Zugriff: 09.05.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 07.05.2026)

Chochinov, H. M. et al. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. In: Social Science & Medicine 54/2002, S. 433-443.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V./Bundesärztekammer (Hrsg.) (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> (Zugriff: 03.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. (2026). Würdezentrierte Therapie. <https://www.patienzenwuerde.de/ich-arbeiten-gesundheitswesen/werkzeugkiste/wuerdezentrierte-therapie/> (Zugriff: 09.05.2026)

Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2025). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. 3. Aufl. <https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/> (Zugriff: 07.05.2026)

Feichtner, A./Pachschwöll, G. (2022). Palliative Care und assistierter Suizid. In: Feichtner, A. et al. (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. Springer-Verlag: Berlin, S. 245-252.

Immenschuh, U./Marks, S. (2025). Würde und Scham in der Pflege. Ein Ratgeber. 4. Aufl. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.

Leget, C. (2021). Der innere Raum. Wie wir erfüllt leben und gut sterben können. Eine Ars

moriendi für unsere Zeit. Patmos Verlag: Ostfildern.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (Hrsg.) (2020). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2 – September 2020. AWMF-Registernummer: 128/001 OL. Berlin. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf (Zugriff: 03.05.2026)

„Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und der Stiftung Deutsche Krebshilfe (2021). Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Patientenleitlinie. 2. Aufl. Berlin. https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001_OLp1_S3_Palliativmedizin_2025-02.pdf (Zugriff: 07.05.2026)

Marks, S. (2017). Scham, die tabuisierte Emotion. Ihre Bedeutung für den Einzelnen und die Gesellschaft. In: fundamental. https://www.vkr.de/export/sites/vkr/content/galleries/downloads/2017-4-s20-23-scham_die_tabuisierte_emotion.pdf (Zugriff: 07.05.2026)

Marks, S. (2025). Die Würde des Menschen ist verletzlich. Was uns fehlt und wie wir es wiederfinden. 4. Aufl. Patmos Verlag: Ostfildern.

Mehnert, A. et al. (2006). Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 11/2006, S. 1087-1096.

Pflege-Netzwerk Deutschland (Hrsg.) (2021). Typische Konflikte rund um Selbstbestimmung und Würde. Factsheet. August

2021, S. 2-7. <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Downloads/pflegenetzwerk-deutschland-selep-factsheet-konflikte.pdf> (Zugriff: 03.05.2026)

Pflege-Netzwerk Deutschland (2023). Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim (SeLeP). <https://pflegenetzwerk-deutschland.de/thema-selep> (Zugriff: 08.05.2026)

Pleschberger, S. (2005a). Bloß nicht zur Last fallen! Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Kurzanzeige. <https://ilupub.ub.uni-giessen.de/items/43f18446-b185-45c5-b166-58c22444748e/full> (Zugriff: 09.05.2026)

Pleschberger, S. (2005b). „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.

Riedel, A./Seidlein, A.-H./Klotz, K. (2025). Gerontologische Pflege und Ethik als Grundlage für den professionellen Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach einem assistierten Suizid älterer Menschen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 105-132.

Schramm, A. et al. (2013). Dignity Therapy. Psychologische Kurzintervention für Würde am Lebensende. In: Institut für Palliativpsychologie GbR, S.1-10. [https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Dignity-](https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Dignity-Therapy_SchrammBertholdGramm_131222.pdf)

[Therapy_SchrammBertholdGramm_131222.pdf](https://www.palliativpsychologie.de/wp-content/uploads/Dignity-Therapy_SchrammBertholdGramm_131222.pdf) (Zugriff: 03.05.2026)

Schramm, A. et al. (2014). „Dignity Therapy“ – Eine psychologische Kurzintervention zur Stärkung von Würde am Lebensende. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 15(03)/2014, S. 99-101. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/cliniken/palliativ/Dokumente/Schramm_Z-Pallmed_2014_Dignity.pdf (Zugriff: 03.05.2026)

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_11117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Von Wolff-Metternich, B.-S. (2012). Philosophische Konzepte der „Menschenwürde“ und ihre Bedeutung für die Debatte um menschenwürdiges Sterben. In: Anderheiden, M./Eckart, W. U. (Hrsg.) (2012). Handbuch Sterben und Menschenwürde. Band 1. Berlin/Boston, S. 201-212.

Weglage, G. (2016). Leben auf Zeit. Anpassungsstrategien palliativ betreuter Menschen. 2. Aufl. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main.

Wetz, F. J. (2008). Menschenwürde – Eine Illusion? In: Härle, W./Vogel, B. (Hrsg.) (2008). Begründung von Menschenwürde und Menschenrechten. Herder: Freiburg im Breisgau, S. 27-48.

6 Positionen von Verbänden und des Deutschen Ethikrats

Manfred Baumann

6.1 Einführung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. Februar 2020 markiert einen Wendepunkt in der Debatte um den assistierten Suizid in Deutschland. (BVerfG 2020) Es stellt Einrichtungen und Dienste der Gesundheitsversorgung sowie die dort haupt- und ehrenamtlich tätigen Menschen vor die Herausforderung,

- eine Haltung zum Umgang mit Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid zu entwickeln sowie
- einen verantwortungsvollen Umgang mit diesen Menschen, ihren An- und Zugehörigen, den Mitgästen oder -bewohnern oder -patienten, den eigenen Mitarbeitenden und dem eigenen Selbstverständnis zu gestalten.

Als wesentliche Orientierungshilfe dienen hierbei die Positionen der jeweiligen Dach- und Fachverbände. Ergänzend ist die Aufarbeitung durch den Deutschen Ethikrat von zentraler Relevanz, da er die ethischen Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit präzisiert.

Der folgende Hintergrundtext gibt einen Überblick über Haltungen der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen.

6.2 Suizidprävention und Palliativversorgung

Die Auseinandersetzung um den assistierten Suizid zeigt, dass ein übergeordneter Konsens der Verbände über die Notwendigkeit besteht, die Suizidprävention zu stärken sowie die Hospiz- und Palliativversorgung auszubauen. Diese Einigkeit unterstreicht, dass die primäre Antwort auf Leid am Lebensende in ei-

ner konsequenten Stärkung und flächendeckenden Verankerung von Hilfs- und Begleitangeboten liegen sollte. Diese Aufgabe wird als eine gemeinsame Anstrengung von Professionellen, der Zivilgesellschaft und den Kommunen verstanden.

Suizidprävention sowie Hospiz- und Palliativversorgung leisten einen entscheidenden Beitrag dazu, den Lebenswunsch von Menschen in Krisensituationen nach Möglichkeit zu stabilisieren. Es entspricht dem Selbstverständnis der beteiligten Akteure, Betroffene aus einer dem Leben zugewandten Haltung heraus nicht vorschnell aufzugeben, sondern ihnen diese Form der Begleitung stets als erste Antwort vor einer möglichen Suizidhilfe anzubieten. Diese gemeinsame Ausrichtung bildet den Grundstein für eine Politik, die den Fokus auf die Linderung von Leid und die Stärkung der Lebensbejahung legt.

6.3 Positionen und Praxis

Im Folgenden werden den Positionen der verschiedenen Akteure zum assistierten Suizid die jeweiligen Empfehlungen für die Praxis in den Einrichtungen und Diensten schlaglichtartig gegenübergestellt.

Positionen und Praxis ¹	
Stellungnahmen der verfassten Ärzteschaft und medizinischer Fachgesellschaften	
Bundesärztekammer (BÄK) ²	
Position	<p>Der Deutsche Ärztetag</p> <ul style="list-style-type: none"> → hat das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid der neuen Rechtslage folgend zwar aufgehoben, → sieht die Beihilfe zum Suizid aber nicht als ärztliche Aufgabe.³ → Am ärztlichen Ethos der Lebensbewahrung wird festgehalten. <p>BÄK-Präsident Klaus Reinhardt spricht sich für eine gesetzliche Regulierung der Praxis der Suizidbeihilfe aus, um die Freiverantwortlichkeit eines Sterbewunsches fachlich abzusichern. (BÄK 2025)</p>
Praxis	<p>Nach Auffassung der Bundesärztekammer</p> <ul style="list-style-type: none"> → gehört die Hilfe bei der Verwirklichung der Absicht, sich selbst zu töten, nicht zum originären Aufgabenbereich eines Arztes. → „Kein Arzt ist verpflichtet, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Es bleibt eine freie und individuelle Entscheidung, ob sich ein Arzt in einem konkreten Einzelfall dazu entschließt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten und an einem Suizid mitzuwirken.“ (BÄK 2022, 6)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) ⁴	
Position	<p>Die DGPPN fordert ausdrücklich eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz. (DGPPN 2024 b, 1) Diese soll</p> <ul style="list-style-type: none"> → vulnerable Menschen⁵ vor nicht freiverantwortlichen assistierten Suiziden schützen, → Personen, die freiverantwortlich handelnde Suizidwillige unterstützen, vor Vorwürfen schützen, unrechtmäßig zu handeln, → Handlungsdruck auf Ärzte vermeiden, → verhindern, dass die Umsetzung freiverantwortlicher Suizide durch ärztliche Zurückhaltung unnötig erschwert oder gar verunmöglicht wird. (Ebd., 3)
Praxis	<p>Die DGPPN konkretisiert ihre Haltung zur Praxis wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Suizidassistenz ist keine ärztliche Aufgabe. → Die primäre Antwort auf Sterbewünsche muss immer die therapeutische Hilfe und Krisenintervention sein. → Die DGPPN schlägt vor, die tödlichen Medikamente durch eine staatliche Stelle und nicht durch Ärzte zur Verfügung zu stellen. (Ebd., 2) → Die DGPPN betont die Notwendigkeit psychosozialer Unterstützung parallel zur Palliativmedizin. Als Sicherheitsnetz soll diese verhindern, dass Menschen aus Verzweiflung sterben, die durch menschliche Zuwendung, Therapie oder soziale Hilfe gelindert werden könnte.

¹ Die Aufzählungen bzw. Darstellung der Inhalte mittels Aufzählungszeichen innerhalb der Positionsdarstellungen dienen der strukturellen Übersichtlichkeit; sie sind nicht Bestandteil der Originalzitate.

² Beispielsweise BÄK 2021; 2022.

³ „Der Deutsche Ärztetag bestätigte [...] die von der Bundesärztekammer im Jahr 2011 verabschiedeten Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. Danach ist die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten bei der Selbsttötung einschließlich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Verwirklichung des Suizidwunsches keine ärztliche Aufgabe.“ (BÄK 2022, 6)

⁴ Beispielsweise DGPPN 2024a; 2024b.

⁵ Beispielsweise Menschen mit einer psychischen Erkrankung, mit einer Behinderung oder Menschen, die sozial benachteiligt sind.

Stellungnahmen aus dem Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung ⁶	
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) ⁷	
Position	<p>Die DGP betont:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Beihilfe zum Suizid ist keine Aufgabe der Hospiz- und Palliativversorgung. (Bausewein 2025, 62) → Die Beihilfe zum Suizid darf kein Regelfall werden, sondern bleibt eine seltene Ausnahmesituation.⁸ (DGP 2022, 2; Bausewein 2025, 62) → Bevor über Sterbehilfe nachgedacht wird, muss die Suizidprävention als zwingender erster Schritt erfolgen. (DGP 2022, 9) → Die DGP fordert klare gesetzliche Grenzen, um unerwünschte Aktivitäten von Suizidhilfeorganisationen einzudämmen. (Ebd., 1) → Palliativmedizin wird als integraler Bestandteil der Suizidprävention verstanden. Ihr Ziel ist es, ganzheitliches Leid zu lindern und die Lebensqualität so zu verbessern, dass Sterbewünsche oft in den Hintergrund treten.
Praxis	<ul style="list-style-type: none"> → Hinweise zur Praxis in den Einrichtungen/Diensten fehlen. → Der Fokus liegt vollständig auf der Leidenslinderung und der Vermeidung von Suiziden.
Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) ⁹	
Position	<p>Der DHPV</p> <ul style="list-style-type: none"> → lehnt die Tötung auf Verlangen und die geschäftsmäßige Förderung der Beihilfe zur Selbsttötung ab. → „Dieses Selbstverständnis ist nicht damit vereinbar, Suizidbeihilfe zu bewerben, anzubieten oder durchzuführen.“ (DHPV 2021, 6)
Praxis	<p>Mit seinem Dialogpapier (DHPV 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> → unterstützt der DHPV Hospizdienste und -einrichtungen dabei, eine eigene Haltung zum assistierten Suizid zu entwickeln. → Es dient als Leitfaden für die Frage: Was tun wir, wenn der Wunsch nach assistiertem Suizid auch nach allen Hilfsangeboten bestehen bleibt? → Das Ziel ist es, klare „rote Linien“ festzulegen, damit die Kernwerte der Hospizarbeit bei der Versorgung, Begleitung und Beratung nicht verletzt werden. (Ebd., 10)

⁶ Auf internationaler Ebene ist es so, „dass die offiziellen Fachgesellschaften der Palliative Care eine große Distanz zum assistierten Suizid (und noch mehr zur Tötung auf Verlangen) einnehmen. Dies trifft insbesondere auf das White Paper der Europäischen Fachgesellschaft EAPC (European Association of Palliative Care) zu, das zuletzt 2016 einen unauf lösbaren Dissens als Ergebnis feststellte [...]. Die Stellungnahme der International Association for Hospice and Palliative Care von 2017 betont, dass zunächst die Entwicklung der Palliativversorgung verbessert werden müsse, bevor Staaten den assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen zulassen dürften.“ (Jox 2024, 114 f.)

⁷ Beispielsweise DGP 2022; Bausewein 2025.

⁸ In Einzelfällen könne es zu „dazu kommen, dass ein Dilemma für Ärzt/-innen entsteht, und dass Palliativmediziner/-innen in einzelnen Situationen Suizidhilfe geleistet haben und leisten werden.“ (Bausewein 2025, 62)

⁹ Beispielsweise DHPV 2021.

Stellungnahmen der Wohlfahrtsverbände	
Diakonisches Werk ¹⁰	
Position	<p>Zum Selbstverständnis der Diakonie</p> <ul style="list-style-type: none"> → gehört „die Bereitschaft, Menschen ohne Vorbehalte und gleichzeitig dem Leben zugewandt zu begleiten, aber nicht aktiv Suizidassistenten selbst anzubieten und zu praktizieren. Die Grenze zwischen der Begleitung und der direkten Mitwirkung ist wichtig.“ (Diakonie Deutschland 2022, 5) → Der Grundsatz, dass das Leben unverfügbar ist, bleibt als Basis des Tötungsverbots unangefochten. <p>Auch das Diakonische Werk fordert die Verstärkung der Suizidprävention, den Ausbau von psychosozialen Hilfen und Krisendiensten sowie eine stärkere Unterstützung von Menschen in Lebenskrisen.</p>
Praxis	<p>Der Auftrag an die Diakonie und ihre Einrichtungen ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Eine Kultur zu fördern, die das Leben schützt und ihm dient. → Dazu gehört es, Sterbewünsche und die darin zum Ausdruck kommende Not offen, angemessen und hilfreich zu thematisieren. → Dies umfasst das Angebot einer ganzheitlichen Suizidprävention, getragen von dem Anspruch der Diakonie Deutschland: „Wir lassen niemanden allein.“ (Ebd., 3) → Die Mitwirkung am assistierten Suizid wird abgelehnt; ungeachtet dessen bleibt die Begleitung unverbrüchlich bestehen. Menschen mit einem Suizidwunsch behalten ihren festen Platz innerhalb der Gemeinschaft. → „Die Form der Begleitung kann sich unterschiedlich gestalten: ehrenamtliche Begleitung, pflegerische Zuwendung oder seelsorgliche und psychosoziale Unterstützung.“ (Ebd., 21)
Arbeiterwohlfahrt (AWO) ¹¹	
Position	<p>Die Arbeiterwohlfahrt orientiert ihr Selbstverständnis an der Anerkennung der individuellen Selbstbestimmung.</p> <ul style="list-style-type: none"> → „Ein freiverantwortlicher assistierter Suizid wird von uns als eine Möglichkeit zu sterben anerkannt und in unsere Arbeit integriert. [...] → Die Suizidassistenten sind damit für uns das letzte Mittel eines selbstbestimmten Todes, nach allen anderen Möglichkeiten eines würdigen Sterbeprozesses. [...] → Wir stehen Sterbehilfevereinen kritisch gegenüber, da eine gewerbsmäßige Motivation nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. [...] → Dennoch schließen wir Bewohner*innen, die Mitglied in einem Sterbehilfeverein sind, nicht aus unseren Einrichtungen aus.“ (AWO 2024, 6)
Praxis	<p>In Bezug auf die stationäre Pflege konkretisiert die AWO ihre Haltung zur Suizidassistenten wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> → „Wir erkennen an, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben auch in der stationären Pflege gilt. → Dort, wo wir von Bewohner*innen und nicht von Gästen sprechen, akzeptieren wir die Suizidassistenten in den privaten Räumen der Menschen.“ (Ebd.)

¹⁰ Beispielsweise Diakonie Deutschland 2022.

¹¹ Beispielsweise AWO Bundesverband e.V. 2024.

Deutscher Caritasverband ¹²	
Position	<p>Die katholische Perspektive differenziert zwischen der grundsätzlichen ethischen Bewertung der Selbsttötung und dem praktischen Auftrag zur Begleitung innerhalb der verbandlichen Strukturen.</p> <p>So lehnt die katholische Kirche im Grundsatz „in Freiheit begangene Selbsttötungen [...] als moralisch unzulässig ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> → erstens weil sie die natürliche Selbstliebe verletzen und eine Totalverfügung über das Leben darstellen, die mit recht verstandener Autonomie des Menschen unvereinbar ist; → zweitens weil diese Handlungen die sozialen Beziehungen zwischen den Menschen schwer belasten und die gesellschaftlich notwendige Solidarität mit vulnerablen Gruppen unterminieren; und → drittens, weil derartige Handlungen aus christlicher Perspektive eine Absage an die unverbrüchliche Liebe Gottes zu jedem Menschen ausdrücken.“ (Diözesaner Ethikrat 2022b, 5) <p>Nach Einschätzung der Caritas braucht eine assistierte Suizidhilfe aufgrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts 2020 dringend eine gesetzliche Regulierung. (Deutscher Caritasverband 2023)</p>
Praxis	<p>Hier finden sich zwei Haltungen:</p> <p>(1) Für den Ethikrat des Caritasverbands der Erzdiözese München und Freising e. V. ist es wichtig,</p> <ul style="list-style-type: none"> → in den Einrichtungen und Diensten der Caritas „auf der Basis einer dem Leben zugewandten Haltung, den Menschen zur Seite zu stehen und gleichzeitig ihr Recht auf Selbstbestimmung zu achten und zu unterstützen.“ (Ethikrat Caritasverband 2022, 22) → „Die Einrichtung/der Dienst selbst bietet weder die Assistenz beim Suizid an, noch führen ihre Mitarbeitenden sie durch.“ (Ebd., 12) → „Die Einrichtung/der Dienst duldet die Durchführung von assistierten Suiziden in den privaten Räumen der Klient/-innen im rechtlich zulässigen Rahmen. [...]“ → Der Versorgungsauftrag wird auch bei der Durchführung eines assistierten Suizids sichergestellt. [...] → Jede/r Mitarbeitende, haupt- wie ehrenamtlich, hat die Möglichkeit von der Versorgung und Begleitung eines Menschen, der einen assistierten Suizid umsetzt, aus Gewissensgründen zurückzutreten. <i>Die Mitarbeitenden dürfen nicht gegen ihre Gewissensentscheidung zur Versorgung bzw. Begleitung der Klient/-innen während der Durchführung eines Suizids verpflichtet werden. [...]</i> → <i>Die Leitung der Einrichtung/des Dienstes hat die Organisationsverantwortung für die Durchführung des Versorgungsauftrags. Hierbei ist auch die mögliche Situation, dass alle Mitarbeitenden aus Gewissensgründen von der Versorgung während der Zeit des assistierten Suizids zurücktreten, zu bedenken. Daher sollte vorsorglich darüber nachgedacht werden, wie der Versorgungsauftrag z.B. durch Mitarbeitende aus anderen Bereichen (intern oder extern) weiter sichergestellt werden kann.“ (Ebd.)</i> <p>(2) Demgegenüber spricht sich die Deutsche Bischofskonferenz in ihren Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft (2026) aktuell ausdrücklich für ein Verbot der Suizidassistenz in ihren Einrichtungen aus. Diese sind „geschützte Räume für das Leben“. (DBK 2026, 16) Suizidassistenz hat „in Einrichtungen und Diensten in katholischer Trägerschaft keinen Raum. Vielmehr steht</p>

¹² Beispielsweise Ethikrat Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. 2022; Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. 2022a; Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. 2022b; Deutscher Caritasverband e. V. 2023; DBK 2026.

	<p>für Einrichtungen und Dienste in katholischer Trägerschaft die Prävention von Suiziden im Mittelpunkt.“ (Ebd., 15)</p> <p>Die Leitlinien unterstützen Leitungskräfte und Verantwortliche bei Trägern und Einrichtungen dabei, „Leitbilder, interne Richtlinien, Schulungs- und Präventionskonzepte sowie organisatorische und rechtliche Rahmenbedingungen weiterzuentwickeln. Sie verstehen sich nicht als starres Regelwerk, sondern als verbindlicher Orientierungsrahmen, der vor Ort verantwortungsvoll konkretisiert werden soll. Ziel ist es, Einrichtungen und Dienste in katholischer Trägerschaft als Schutzzräume für das Leben zu stärken – als Orte, an denen Menschen in besonders verletzlichen Situationen sensibel, respektvoll und achtsam begleitet und versorgt werden.“ (Bätzing/Welskop-Deffaa 2026, 8)</p> <p>Um diese Soll-Bestimmung wirksam umsetzen zu können, empfiehlt die Bischofskonferenz rechtlich wirksame „Maßnahmen, um in den Räumlichkeiten und auf dem Gelände katholischer Einrichtungen der Durchführung einer Suizidassistenz wirksam entgegenzutreten [:]</p> <ul style="list-style-type: none"> → Verbot der Bewerbung und Ablehnung der Durchführung von Suizidassistenzen in den Heimverträgen und in der Hausordnung sowie in einem Kodex der Einrichtung, die sämtlich von zukünftigen Bewohnerinnen und Bewohnern zu unterschreiben sind. → Sicherung der institutionellen Grenzen gegenüber der Bewerbung und Durchführung von Suizidassistenz durch ein ausdrücklich angezeigtes Werbeverbot sowie ein darauf zu stützendes mögliches Hausverbot für betreffende Unternehmen.“ (DBK 2026, 63)¹³ <p>Die Leitlinien räumen allerdings ein, dass gerichtliche „Streitigkeiten um die Wirksamkeit von vertraglichen Ausschlüssen der Suizidassistenz und die Rechtmäßigkeit von Hausverboten“ nicht auszuschließen sind. (Ebd., 54) Da die vorliegende Materie juristisches Neuland betreffe und es an geeigneten Präzedenzfällen fehle, könne eine definitive rechtliche Bewertung der Rechtswirksamkeit der empfohlenen Vertragsklauseln nicht vorgenommen werden. Eine endgültige Klärung bleibe gerichtlichen Entscheidungen vorbehalten. (Ebd., 54, Anm. 16)</p> <p>Wenn Suizidassistenz aber trotz aller rechtlichen Vorkehrungen im Raum steht, soll der Umgang hiermit in Handlungsempfehlungen für den Einrichtungsträger festgelegt werden: „Auch der Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern, deren Entscheidung mithilfe von Suizidassistenz sterben zu wollen unumstößlich ist und die z. B. die Einrichtung nicht verlassen können bzw. deren Verlegung mit besonderen Herausforderungen verbunden ist, sollte in diesem Rahmen erörtert werden und es sollte auch insoweit eine begründete Handlungsempfehlung für den Einrichtungsträger erarbeitet werden.“ (Ebd., 32)</p> <p>Die DBK deutet an dieser Stelle der Leitlinien eine Ausnahmeregelung an. So habe das Bundesverfassungsgericht betont, dass künftige regulatorische Einschränkungen des assistierten Suizids durch den Gesetzgeber nicht zur Entleerung des Rechts auf Selbsttötung führen dürfen. „Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht völlig ausgeschlossen, dass es einzelne, besonders gelagerte Grenzfälle geben kann, in denen ein generelles Verbot der Suizidassistenz in katholischen Einrichtungen die Ausübung dieses Rechts im Einzelfall praktisch unmöglich machen würde. Auch in solchen Ausnahmefällen bleibt klar: Eine aktive Mitwirkung an Suizidassistenz kann weder eingefordert noch geleistet werden. [...] Tragisch zugespitzte Einzelschicksale machen deutlich, dass die Aussagekraft ethischer Prinzipien dort an ihre Grenze stößt, wo das physisch und existenziell Tragbare der Betroffenen überschritten ist. Dies darf jedoch nicht missverstanden werden: Auch unter diesen Umständen bleibt die Pflicht aller Beteiligten bestehen, nach bestem Wissen und Gewissen das Mögliche zu tun, um Leben zu schützen und zu bewahren – vor allem im Geist einer christlichen Kultur der Lebensbejahung.“ (Ebd., 32 f.)</p>
--	---

¹³ Vgl. hierzu die ausführliche Diskussion rechtlicher Möglichkeiten in Kapitel 4.3 Umgang mit Fällen beabsichtigter Suizidassistenz in Einrichtungen in katholischer Trägerschaft aus rechtlicher Sicht (DBK 2026, 40-47) und das Kapitel 5 über entsprechende rechtlich wirksame Klauseln (ebd., 48-54).

Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	
Es liegt bisher keine veröffentlichte Stellungnahme zum assistierten Suizid vor.	
Zentralwohlfahrtsstelle der Juden (ZWST) & Zentralrat der Juden (ZdJ) ¹⁴	
Position	<p>Es liegt keine detaillierte veröffentlichte Stellungnahme vor. Dennoch lässt sich eine Haltung erkennen, die das religiöse Gebot der Lebensbewahrung mit der individuellen Gewissensentscheidung abwägt.</p> <ul style="list-style-type: none"> → „Das jüdische Religionsgesetz betrachtet das menschliche Leben als unantastbar und von unendlichem Wert.“ (Soussan 2022, 3) → Der assistierte Suizid aber wird vom Präsidenten des Zentralrats der Juden, Josef Schuster, nicht kategorisch abgelehnt. Er dürfe aber nur in Ausnahmefällen in Betracht gezogen werden. (ZdJ 2023)
Praxis	<p>„Der Präsident des Zentralrats der Juden, Josef Schuster,</p> <ul style="list-style-type: none"> → kann sich keine Hilfe zum Suizid in jüdischen Pflegeeinrichtungen vorstellen. → ‚Die jüdischen Einrichtungen sind geschützte Orte‘ [...] → Es dürfe nicht sein, dass ein alter Mensch in einer Senioreneinrichtung [...] sich psychisch unter Druck gesetzt fühle, durch diese Form aus dem Leben zu gehen.“ (Hein 2022)
An-Nusrat e. V./Zentralrat der Muslime in Deutschland e. V. (ZMD)/ Islamisches Kompetenzzentrum für Wohlfahrtswesen (IKW) ¹⁵	
Position	<p>Der Zentralrat der Muslime lehnt den assistierten Suizid strikt ab.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Grund „ist das Konzept der Heiligkeit des menschlichen Lebens, das Alleinbestimmungsrecht Gottes hinsichtlich von Leben und Tod, dem religiös mitbegründeten Auftrag der Leidens- und Schmerzlinderung mit ‚erlaubten Mitteln‘ und einem allgemeinen Verbot von Suizid.“ (Kellner 2024, 293; vgl. ZMD 2013, 10; Kellner 2024, 292; Islamportal 2022; Lababidi 2025, 267) → Das Leben ist ein heiliges Gut und eine von Gott anvertraute Leihgabe. (ZMD 2013, 1)
Praxis	<p>In der Praxis islamischer Einrichtungen und Dienste wird die Suizidassistenz unter Verweis auf die Unantastbarkeit des Lebens als Gottesgabe im Grundsatz abgelehnt.</p>

¹⁴ Beispielsweise Soussan 2022; Hein 2022; Zentralrat der Juden in Deutschland (ZdJ) 2023.

¹⁵ Beispielsweise Zentralrat der Muslime in Deutschland e. V. ZMD 2013; Portal aus Österreich mit einem Beitrag zum dortigen Sterbungsverfügungsgesetz: Islamportal 2022; Kellner 2024.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV) ¹⁶	
Position	<p>Der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband fordert Hilfen zum Leben und regulierte Suizidassistenz.</p> <ul style="list-style-type: none"> → „Lebens- und Selbstbestimmung bedingen sich gegenseitig. [...]“ → Mangelnde oder fehlende Hilfsstrukturen oder Ressourcen sowie komplexe Versorgungsstrukturen und die daraus resultierende Verzweiflung dürfen Sterbewünsche und die Inanspruchnahme von Suizidassistenz in keinem Fall befördern. Daher sind Hilfen zum Leben [...] sowie Hilfen und Begleitung in der letzten Lebensphase (Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung) weiter auszubauen und flächendeckend anzubieten.“ (DPWV 2022, 2) → Geschäftsmäßige Suizidassistenz kann „einen Rahmen schaffen, in dem Menschen mit freiverantwortlichem, dauerhaftem Sterbewunsch in Würde aus dem Leben scheiden und dabei fachlich begleitet werden können.“ (Ebd., 4) → Eine Regulierung der geschäftsmäßigen Suizidassistenz wird befürwortet.
Praxis	Einrichtungen und Diensten muss es „jederzeit freistehen, keine Leistungen der Suizidassistenz anzubieten.“ (Ebd.)
Ausarbeitung des Deutschen Ethikrats ¹⁷	
Position	<p>Der Deutsche Ethikrat betont die Suizidprävention bei gleichzeitiger Achtung der individuellen Entscheidungsfreiheit.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Er weist „darauf hin, dass eine freiverantwortliche Entscheidung rechtlich und ethisch auch dann als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts zu respektieren ist, wenn es um die Beendigung des eigenen Lebens geht.“ (Deutscher Ethikrat 2022a, 1 f.) → „Aufgrund der Irreversibilität einer Suizidentcheidung sind an deren Freiverantwortlichkeit besonders hohe Anforderungen zu stellen. Sie dürfen jedoch nicht das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben entleeren, indem sie der betroffenen Person faktisch durch zu hohe Anforderungen den Verfügungsspielraum über das höchstpersönliche Gut ihres Lebens nehmen.“ (Deutscher Ethikrat 2022b, 15) → Das Selbstbestimmungsrecht entlastet Staat und Gesellschaft aber nicht „von der Verantwortung, so weit wie möglich dafür Sorge zu tragen, dass Menschen nicht in Situationen geraten und verbleiben, in denen sie sich genötigt sehen, den Tod als vermeintlich kleineres Übel dem Leben vorzuziehen.“ (Deutscher Ethikrat 2022a, 2)
Praxis	<p>Der Deutsche Ethikrat sieht Einrichtungen (und Dienste) in der Pflicht, ihre Haltung zur Sterbekultur transparent und präventionsorientiert zu gestalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Die Verantwortung von Einrichtungen besteht „vor allem darin, ihre Angebote konsequent an den Zielen der Suizidprävention zu orientieren und Lebensbindungen zu stärken. → Sollte sich allerdings der Suizidwunsch einer Person zu einem festen, freiverantwortlichen Willen verdichten, kann Suizidassistenz angeboten werden. → Einrichtungen sollten ihr Leitbild um Überlegungen zur Sterbekultur weiterentwickeln. So machen sie transparent, ob und gegebenenfalls wie in ihrem Haus mit Suizidassistenz umgegangen wird.“ (Ebd.)

¹⁶ Beispielsweise Der paritätische Gesamtverband (DPWV) 2022.

¹⁷ Deutscher Ethikrat 2022a; 2022b.

Literaturverzeichnis

AWO Bundesverband e. V. (2024). Orientierungshilfe zum Umgang mit dem assistierten Suizid - Für Mitarbeiter*innen in Einrichtungen der AWO. <https://awo.org/wp-content/uploads/Projekte-Programme/AWO-Orientierungshilfe-Umgang-assistierter-Suizid.pdf> (Zugriff: 05.04.2026)

Bätzing, G./Welskop-Deffaa, E. M. (2026). Geleitwort. In: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117, S. 7-9. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_11117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Bausewein, C. (2025). Grundlagen und Herausforderungen im Kontext der Palliativmedizin. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 57-64.

Bundesärztekammer (BÄK) (2021). Bekanntmachungen. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB Stand: 25.06.2021. In: Ärzteblatt 118(29-30)/2021, S. A 1428-A 1432. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/f19499bc-dd8e-4528-bff3-2b296878ba3c> (Zugriff: 05.04.2026)

Bundesärztekammer (BÄK) (2022). Stellungnahme der Bundesärztekammer. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Politik/Stellungnahmen/BAEK_Stellungnahme_Suizidhilfe_23112022.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Bundesärztekammer (BÄK) (2025). BÄK-Präsident Reinhardt fordert Schutzkonzept für Suizidbeihilfe. 31.12.2025. Interview. <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-praesident-reinhardt-fordert->

[schutzkonzept-fuer-suizidbeihilfe](#) (Zugriff: 05.04.2026)

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/Shared-Docs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 10.05.2026)

Der paritätische Gesamtverband (DPWV) (2022). Positionspapier. Zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung – Paritätische Eckpunkte zur geschäftsmäßigen Suizidassistenz. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Anlage_3_Paritaetische_Eckpunkte_geschäftsmäßige_Suizidassistenz_29.04.2022.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2022). Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen (Stand: 23.11.2022). https://www.bundestag.de/resource/blob/923402/Melching_DGfPM.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2024a). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention (Suizidpräventionsgesetz – SuizidPrävG). Stellungnahme vom 05.12.2024. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/4f287f73a716155ea63bd0fa240dd7a7d34be6b9/2024-12-05_DGPPN-STN_RefE_SuizidPrävG_FIN.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2024b). DGPPN-Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids – Aktualisierung 2024. Stellungnahme vom 01.07.2024. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/d519678e1d3766c151e39eb707a39c0795d8a348/2024-07-01_DGPPN-Eckpunkte_Assistierter_Suizid.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Deutscher Caritasverband e. V. (2023). Pressemitteilung. Berlin. „Eine Gesellschaft guten Lebens und guten Sterbens“. Deutscher Caritasverband begrüßt Entscheidung des Bundestags zur Stärkung der Suizidprävention – Forderung nach Regulierung der Suizidassistenz. <https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/eine-gesellschaft-guten-lebens-und-guten-sterbens-8f409e70-ca1b-426b-a2d9-30a72460bba8> (Zugriff: 05.04.2026)

Deutscher Ethikrat (2022a). Pressemitteilung 04/2022. Ethikrat: Stärkung von Suizidprävention und Selbstbestimmung. Berlin, 22. September 2022. <https://www.ethikrat.org/presse/mitteilungen/ethikrat-staerkung-von-suizidpraevention-und-selbstbestimmung/> (Zugriff: 05.04.2026)

Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2022b). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (Zugriff: 05.04.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V. (DHPV) (2021). Dialogpapier: Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. Inhaltliche und methodische Anregungen zur Diskussion und zur Meinungsbildung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 § 217 StGB. 3., überarbeitete Aufl. <https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen> (Zugriff: 05.04.2026)

Diakonie Deutschland (2022). Diakonie Texte. Orientierungshilfe 02.2022. „Ich bin ein Gast auf Erden“ Psalm 119, 19. Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_HomePrint.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. (2022a). Sterbehilfe in Deutschland – Orientierungshilfe für Einrichtungen und Dienste. <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbehilfe-in-deutschland--orientierung> (Zugriff: 05.04.2026)

Diözesaner Ethikrat im Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e. V. (2022b). Der Umgang mit Sterbewünschen in katholischen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Empfehlung. <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbehilfe-in-deutschland--orientierung> (Zugriff: 05.04.2026)

Ethikrat Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. (2022). Assistierter Suizid. Eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Basis einer lebensbejahenden Grundhaltung. <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbehilfe-in-deutschland--orientierung> (Zugriff: 05.04.2026)

Hein, F. (2022). epd-Gespräch: Schuster: Kein assistierter Suizid in jüdischen Pflegeeinrichtungen. <https://www.evangelisch.de/inhalte/209754/20-12-2022/schuster-kein-assistierter-suizid-juedischen-pflegeeinrichtungen> (Zugriff: 05.04.2026)

Islamportal (2022). Sterbehilfe aus islamischer Perspektive. <https://www.islamportal.at/beitraege/artikel/sterbehilfe-aus-islamischer-perspektive> (Zugriff: 05.04.2026)

Jox, R. J. (2024). Suizidassistenz und Palliativmedizin – zwei Geschwister auf Abstand. In: Bozzaro, C./Richter, G./Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.) (2024). Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen. Reihe Bioethik/Medizinethik Band 5. transcript Verlag: Bielefeld, S. 111-123.

Kellner, M. M. (2024). Medizinisch assistierter Suizid: Islamische Stellungnahmen im Kontext kultureller Vielfalt im Krankenhaus. In: Hessisches Ärzteblatt 05/2024, S. 292-294. <https://www.hessisches-aerzteblatt.de/ausgabe/05-2024/292-294>

[//www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/PDFs_ganze_Hefte/2024/HAEBL_05_2024.pdf](http://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/PDFs_ganze_Hefte/2024/HAEBL_05_2024.pdf) (Zugriff: 05.04.2026)

Lababidi, H. (2025). Assistierter Suizid: (K)ein Thema für die islamisch geprägte Pflegeethik. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 263-274.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_1117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Soussan, J.-C. (2022). Ärztlich assistierter Suizid aus der Sicht des Judentums. In: Hesisches Ärzteblatt 04/2022, S. 1-7. https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2022/04_2022/Essay_aerztlich_ass_Suizid_Judentum.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Zentralrat der Juden in Deutschland (ZdJ) (2023). Presseerklärung. Neuregelung Suizidhilfe. <https://www.zentralratderjuden.de/presseerklaerungen/neuregelung-suizidhilfe/> (Zugriff: 05.04.2026)

Zentralrat der Muslime in Deutschland e. V. (ZMD) (2013). Sterbehilfe bzw. Sterbebegleitung und Palliative Care aus islamischer Sicht – Eine Handreichung des Zentralrates der Muslime in Deutschland (ZMD). https://islam.de/files/pdf/sterbehilfe_islam_zmd_2013_03.pdf (Zugriff: 05.04.2026)

Teil 2

Rahmenbedingungen, Versorgungsrealität und gesellschaftliche Verantwortung

7 Palliative Versorgungslandschaft in Deutschland

Manfred Baumann

7.1 Einführung

Dieser Hintergrundtext bietet einen Überblick über die palliative Versorgungslandschaft in Deutschland. Er erläutert die wesentlichen Unterschiede zwischen der allgemeinen Palliativversorgung (APV) für die Basisversorgung und der spezialisierten Palliativversorgung (SPV) für komplexe Krankheitsverläufe. Neben den Strukturen für Erwachsene wird gezielt auf die Besonderheiten der Palliative Care für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eingegangen sowie die aktuelle Versorgungssituation durch Kennzahlen verdeutlicht.

7.2 Unterscheidung von zwei Formen der Palliativversorgung

Die **allgemeine Palliativversorgung (APV)** soll an allen Orten, an denen palliativ er-

krankte Menschen betreut und begleitet werden, angeboten werden. Sie umfasst die hausärztliche Versorgung zu Hause, die Versorgung in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, die Versorgung durch ambulante Pflegedienste sowie die durch ambulante Hospizdienste, die schwerstkranken und sterbenden Menschen im Haupt- und im Ehrenamt an all diesen Orten begleiten.

Die **spezialisierte Palliativversorgung (SPV)** ist Menschen mit einer progredienten lebenslimitierenden Erkrankung vorbehalten, die einen komplexen Betreuungsbedarf haben (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) und meist unter einer hohen und komplexen Symptomlast leiden. Sie werden von den Teams der SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung), auf Palliativstationen und in stationären sowie teilstationären Hospizen betreut und begleitet.

Palliative Versorgung in Deutschland	
Allgemeine Palliativversorgung Kliniken (ohne Palliativstationen) Pflegeeinrichtungen Hausärzte Ambulante Pflegedienste Ambulante Hospizdienste Trauerangebote	Spezialisierte Palliativversorgung Palliativstationen, Palliativmedizinische Tageskliniken Stationäre Hospize, Tageshospize Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Eigene Darstellung.

7.3 Palliativmedizin und Hospizbewegung

7.3.1 Palliativmedizinische Dienste

Palliativstationen: Eigenständige, an ein Krankenhaus gebundene Einheiten. Etwa 15 % der deutschen Krankenhäuser verfügen über eine Palliativstation. (DHPV 2026a) Behandelt werden dort Menschen mit einer nicht mehr heilbaren, fortgeschrittenen Erkrankung und Beschwerden, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Palliativstationen sind als Orte konzipiert, an denen Menschen mit schweren Symptomlasten für den folgenden Aufenthalt zu Hause, in einer Pflegeeinrichtung oder für eine Verlegung ins Hospiz stabilisiert werden.

SAPV: „Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung richtet sich an Palliativpatienten und deren soziales Umfeld, wenn die Intensität oder Komplexität der aus dem Krankheitsverlauf resultierenden Probleme den Einsatz eines spezialisierten Palliativteams (Palliative Care Team) notwendig macht – vorübergehend oder dauerhaft. [...] Diese beinhaltet insbesondere spezialisierte palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder (Teil-) Versorgung, einschließlich der Koordination von notwendigen Versorgungsleistungen bis hin zu einem umfassenden, individuellen Unterstützungsmanagement. Multiprofessionalität, 24-stündige Erreichbarkeit an sieben Tagen in der Woche und Spezialistenstatus (durch Weiterbildung und Erfahrung) der primär in der Palliativversorgung tätigen einzelnen Leistungserbringer sind unverzichtbar.“ (DGP 2026)¹ SAPV-Teams betreuen Menschen zu Hause und in Pflegeeinrichtungen.

7.3.2 Hospizdienste

Die Hospizbewegung ist von ihren Wurzeln her eine Bürgerschaftsbewegung, die aus der Mitte der Gesellschaft kommt und mit ihr bis heute durch ihre ehrenamtlich Mitarbeitenden verbunden ist. Schwerstkranke und sterbende

Menschen sollen einen angemessenen Platz in der Gesellschaft haben. Für sie und ihre Familien sollen bessere Rahmenbedingungen und eine lebensorientierte Sorge organisiert und garantiert werden. Dies umfasst auch Trauerangebote. Hospize sind in ambulanten Hospizdiensten, teilstationären Angeboten (Tageshospizen) und stationären Hospizen organisiert. (BMJV/BfJ 2021)

7.3.3 Charta-Prozess

2007 wurde der Charta-Prozess zur Verbesserung der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen international und auch in Deutschland angestoßen und 2010 die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ verabschiedet. (DGP/DHPV/BÄK 2020) Der Charta-Prozess wurde ausgehend von diesem strategischen Papier weitergeführt und Umsetzungsprozesse angestoßen. (KHPVD 2026) So wurde 2015 das Hospiz- und Palliativgesetz verabschiedet, in dem – nach der bereits 2007 erfolgten rechtlichen Verankerung der SAPV (BMJ/BfJ 2007a; 2007b) – die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV) in der Gesundheitsversorgung rechtlich verankert wurde. (BMJV 2015)

Neun Jahre nach Verabschiedung der „Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie“ im Oktober 2016 (DGP/DHPV/BÄK 2017) liegt nun in Ergänzung die „Handlungsempfehlung Caring Communities“ (2025) vor. (DGP/DHPV/BÄK 2025) „Sie wurde wie zuvor alle anderen Charta-Handlungsempfehlungen mit konkreten Zielen und Empfehlungen bis hin zu einem Maßnahmenkatalog in einem intensiven Diskussionsprozess in mehreren Sitzungen vom Runden Tisch der Charta erarbeitet und konsentiert.

Die Charta und ihre Handlungsempfehlungen waren und sind nach wie vor die Grundlage gemeinsamer Ziele und gemeinsamen Han-

¹ Siehe für weitere Informationen: BAG-SAPV 2026. „Die Bundesarbeitsgemeinschaft für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) ist der bundesweite Zusammenschluss von Leistungserbringern und deren Landesvertretungen aus dem Bereich der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV).“ (Ebd.)

delns im Umgang mit schwerstkranken, sterbenden und trauernden Menschen in Deutschland. Mehr als 3.000 Organisationen und Institutionen und über 30.000 Einzelpersonen aus Politik, Gesundheitssystem und Zivilgesellschaft haben die Charta bislang unterzeichnet und damit erklärt, für die Umsetzung ihrer Ziele und Inhalte einzutreten.“ (DGP/DHPV/BÄK 2025, 4)

7.4 Palliative Care für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Die Kinder- und Jugendhospizarbeit beschreibt der Bundesverband Kinderhospiz e.V. als „ein unterstützendes Angebot für die gesamte Familie lebensbegrenzend erkrankter Kinder, Jugendlicher und auch junger Erwachsener², das sich vom Zeitpunkt der Diagnose oft über viele Jahre bis zum Tod und darüber hinaus erstreckt. Aus dieser Situation ergeben sich eigene Bedarfs-, Arbeits- und Angebotsstrukturen. [...] Wichtig ist eine in allen Bereichen gestützte vertraute Umgebung, um dem Kind lange die Fähigkeit zu erhalten, kindlichen Grundbedürfnissen entsprechend zu leben. Durch eine tödlich verlaufende Erkrankung ergibt sich eine unerwartete, permanente Belastung des Familiengefüges, das Hilfe im Umgang mit dieser Problematik braucht, besonders da die Pflege und Betreuung dieser schwerstkranken Kinder vorwiegend im häuslichen Bereich erfolgt.“ (Bundesverband Kinderhospiz e. V. 2026)

Auch im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen existieren allgemeine und spezialisierte Versorgungsformen. Im Rahmen einer spezialisierten Palliativversorgung werden sie von Teams der SAPPV (spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung) oder auf Palliativstationen und in stationären sowie teilstationären Hospizen betreut und begleitet.

7.5 Hospiz- und Palliativarbeit in Zahlen

In Deutschland gibt es heute rund 1.500 ambulante Hospizdienste, davon ca. 244 Dienste für Kinder und Jugendliche, ca. 270 stationäre Hospize für Erwachsene sowie 22 stationäre Hospize für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, ca. 340 Palliativstationen, fünf davon für Kinder und Jugendliche. Es gibt mehr als 400 SAPV-Teams, 37 davon für Kinder und Jugendliche. Über 18.000 Ärzte haben die Zusatzausbildung Palliativmedizin absolviert. Mehr als 140.000 Menschen engagieren sich ehrenamtlich und hauptamtlich in der Hospiz- und Palliativarbeit. (DHPV 2026c) Tageshospize und palliativ-medizinische Tageskliniken befinden sich im Aufbau. (DHPV 2026b)

Literaturverzeichnis

Bundesarbeitsgemeinschaft für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (BAG-SAPV) (2026). Home. <https://www.bag-sapv.de/> (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium der Justiz/Bundesamt für Justiz (BMJ/BfJ) (2007a). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. <https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb/5/37b.html> (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium der Justiz/Bundesamt für Justiz (BMJ/BfJ) (2007b). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. <https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb/5/132d.html> (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (Hrsg.) (2015). Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG). Vom 1. Dezember 2015. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015

² Bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres.

Teil I Nr. 48, ausgegeben zu Bonn am 7. Dezember 2015. [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2114.pdf - /text/bgbl115s2114.pdf? ts=1758468468 970](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s2114.pdf-/text/bgbl115s2114.pdf?ts=1758468468970)

(Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ) (2021). Sozialgesetzbuch (SGB). Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen. https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_39a.html (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesverband Kinderhospiz e. V. (2026). Unterschiede zwischen Kinder- und Erwachsenen hospizarbeit. <https://www.bundesverband-kinderhospiz.de/unterschiede-zwischen-kinder-und-erwachsenen hospizarbeit> (Zugriff: 16.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (2026). Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv.html> (Zugriff: 16.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2017). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/220207_Handlungsempfehlung_online.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2020). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 10. Aufl. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta_Broschuere_Stand_Jan2020.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2025). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlung. Caring Communities im Sinne der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/RZ_251021_Charta_Handlungsempfehlung_ES_online.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) (2026a). Krankenhaus. https://www.dhpv.de/themen_krankenhaus.html (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) (2026b). Teilstationäre Hospize. https://www.dhpv.de/themen_teil-stationaere-hospize/articles/tageshospize.html (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (DHPV) (2026c). Zahlen zur Hospiz- und Palliativarbeit. https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html (Zugriff: 27.09.2026)

Koordinierungsstelle für Hospiz- u. Palliativversorgung in Deutschland (KHPVD) (2026). Die Charta – Entwicklung. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_entwicklung.html (Zugriff: 16.05.2026)

8 Sterbeorte in Deutschland

Manfred Baumann

8.1 Einführung

Das Bevölkerungsstatistikgesetz legt fest, welche Merkmale in der Sterbefallstatistik erfasst werden. Die Erfassung von Sterbeorten wurde erst mit einer Gesetzesänderung vom 17. Juli 2023 eingeführt.¹ Entsprechend können die Sterbeorte für Deutschland bis dahin nicht verlässlich angegeben werden, da sie zwar in Todesbescheinigungen registriert, aber vor 2023 nicht ausgewertet wurden. Für Deutschland liegt bislang lediglich für Krankenhäuser eine offizielle Sterbeortstatistik vom Statistischen Bundesamt (Destatis) vor. (Dasch 2024, 323; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2025)

Dieser Hintergrundtext erläutert den Nutzen von Sterbeortstatistiken, analysiert die verfügbare Datenbasis und grenzt den physischen Sterbeort vom soziokulturellen Konzept der Sterbewelten ab.

8.2 Nutzen von Sterbeortstatistiken

Die Sterbeortverteilung kann Hinweise geben auf:

- die Diskrepanz zwischen gesellschaftlichen Wünschen (zu Hause sterben zu wollen) und der alltäglichen Realität (Men-

schen sterben mehrheitlich in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung),

- den zeitlichen Trend in der Sterbeortverteilung,
- Handlungsbedarfe im Kontext der End of Life Care (Politikgestaltung, Ressourcenallokation, Versorgungsstrukturen). (Dasch 2024, 323)

8.3 Daten zur Sterbeortverteilung

Die verfügbaren Daten aus den wenigen Untersuchungen zu Sterbeorten weisen eine hohe Varianz in der Sterbeortverteilung auf. Eine systematische Erhebung der Sterbeorte durch das Statistische Bundesamt erfolgt seit 2023, aufbereitete Daten stehen aus. Empirische Daten finden sich im „Faktencheck Palliativversorgung“ der Bertelsmann Stiftung² (Bertelsmann Stiftung 2015a; 2015b) sowie in Erhebungen, die vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV)³ (DHPV 2017; 2022a; 2022b) in Auftrag gegeben worden waren.

Einflussfaktoren auf den Sterbeort sind: demografische Faktoren (Alter, Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischer Status), gesundheitliche Aspekte (Art der Erkrankung, Pflegebedürftigkeit) sowie die regionale Verfügbarkeit und Struktur einer spezialisierten

¹ „Nach § 2 Abs. 5 BevStatG werden die folgenden Tatbestände erfasst: a) Sterbetag und Standesamt, das den Sterbefall registriert hat b) Tag, Ort und Staat der Geburt, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Familienstand, Wohnort c) bei Kindern, die innerhalb der ersten 24 Lebensstunden starben: zusätzlich Lebensdauer d) Tag der Geburt und das Geschlecht des hinterbliebenen Ehegatten oder des hinterbliebenen Lebenspartners oder der hinterbliebenen Lebenspartnerin e) Sterbeort.“ (Destatis 2026, 7)

² „Grundlage für den Faktencheck sind folgende vier Studien: 1. Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren (Karsten Zich, IGES-Institut), 2. Strukturen und regionale Unterschiede der Hospiz- und Palliativversorgung (Heiner Melching, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin), 3. Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende (Prof. Dr. Lukas Radbruch, Universitätsklinikum Bonn), 4. Anforderungen an eine patientenorientierte ambulante Palliativversorgung (Prof. Dr. Nils Schneider, Medizinische Hochschule Hannover). Die Studien stützen sich maßgeblich auf Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes, Daten aus dem Wegweiser Hospiz- und Palliativmedizin sowie Berechnungen des Health Risk Instituts. Der Faktencheck Palliativversorgung betrachtet aufgrund der unzureichenden Datenverfügbarkeit und -qualität im pflegerischen und hospizlichen Bereich primär die palliativmedizinische Versorgung.“ (Bertelsmann Stiftung 2015a, 7) Grundlage ist außerdem eine repräsentative Umfrage für diesen Faktencheck. (Ebd., 2)

³ Die erste Erhebung fand im Jahr 2012 statt. Erhebungszeitraum war der 25.-28.06.2012. Die zweite Erhebung fand im Jahr 2017 statt. Erhebungszeitraum war der 26.-29.06.2017. Die dritte Erhebung fand vom 08.-14.09.2022 statt. Das durchführende Institut war die Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (Mannheim), die Erhebungsmethode eine telefonische Befragung (Dual Frame, mehrstufige Zufallsauswahl, modifiziertes RDD-Verfahren). Die Grundgesamtheit umfasste Deutsche ab 18 Jahren. Die Stichprobengröße lag im Jahr 2012 bei 1.044 Personen, im Jahr 2017 bei 1.015 Personen und im Jahr 2022 bei 1.093 Personen. (DHPV 2017, 2; DHPV 2022b)

Palliativ- und Hospizversorgung. (Dasch 2024; Bertelsmann 2015b, 6)

Umfrage) und tatsächlichen Sterbeort erstellt. (Bertelsmann Stiftung 2015a, 2)

8.3.1 Varianz der Daten zur Sterbeortverteilung

Faktencheck Palliativversorgung der Bertelsmann Stiftung

Die Bertelsmann Stiftung hat im Rahmen des Faktenchecks „Palliativversorgung“ folgende Übersicht zum gewünschten (repräsentative

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV)

Der Deutsche Hospiz- und PalliativVerband erhob 2012, 2017 und 2022 folgende Daten zum gewünschten und tatsächlichen Sterbeort.

	Gewünschter Sterbeort	Tatsächlicher Sterbeort
	2013	
Zu Hause	76 %	20 %
Hospiz	10 %	3 %
Krankenhaus	6 %	46 %
Pflegeeinrichtung	2 %	31 %
Sonstige/Weiß nicht	6 %	—

Quelle: Daten aus Bertelsmann Stiftung 2015a, 2.

	Gewünschter Sterbeort					
	Tatsächlicher Sterbeort					
	2012		2017		2022	
Zu Hause	66 %	39 %	58 %	37 %	59 %	34 %
Hospiz	18 %	4 %	27 %	5 %	25 %	5 %
Krankenhaus	3 %	44 %	4 %	42 %	3 %	44 %
Pflegeeinrichtung	1 %	8 %	1 %	12 %	1 %	13 %
Keine Angaben/Sonstige	12 %	4 %	10 %	4 %	12 %	4 %

Quelle: Daten aus DHPV 2022b.

Fazit

Während die Daten zum Krankenhaus und Hospiz als Sterbeort in den Erhebungen der Bertelsmann Stiftung und des DHPV im ähnlichen Bereich liegen, weisen die Daten zur Häuslichkeit und zu Pflegeeinrichtungen eine hohe Varianz auf. Diese Differenzen sind jedoch methodisch kritisch zu bewerten, da eine valide und konsistente Datengrundlage durch eine systematische Erhebung erst ab 2023 vorliegen wird.⁴

Unabhängig von diesen statistischen Unschärfen zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Bevölkerung und der Realität: Die große Mehrheit der Menschen möchte zu Hause sterben. Laut der Bertelsmann Stiftung (2015a) liegt dieser Anteil bei 76 %, in den Erhebungen des DHPV fiel er geringfügig niedriger aus (DHPV 2022b).

Tatsächlich verstirbt in der eigenen Häuslichkeit jedoch nur ein Bruchteil der Befragten. Die realen Sterbequoten im häuslichen Umfeld

schwanken je nach Erhebung und Jahr erheblich:

- Bertelsmann Stiftung für 2013: 20 %
- DHPV für 2012: 39 %
- DHPV für 2017: 27 %
- DHPV für 2022: 34 %

(Bertelsmann Stiftung 2015a; DHPV 2022b)

Wenngleich diese Zahlen rein quantitativ voneinander abweichen, verdeutlichen sie in ihrer Tendenz ausnahmslos die tiefe Kluft zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

8.3.2 Sterbeortverteilung am Beispiel der Stadt Münster

Eine umfassende Regionalstudie aus Münster, die Todesbescheinigungen über zwei Jahrzehnte auswertete, verdeutlicht den Zusammenhang zwischen der Entwicklung des lokalen Versorgungsangebots und Verschiebungen in der Sterbeortverteilung.⁵ (Dasch 2024, 327)

Sterbeort	2001	2011	2017	2021
Krankenhaus gesamt	63,2 %	57,2 %	58,6 %	60,2 %
<i>Intensivstation</i>	13,3 %	14,9 %	19,9 %	24,6 %
<i>Palliativstation</i>	0,0 %	2,6 %	5,4 %	10,9 %
Pflegeeinrichtung	7,8 %	16,4 %	18,9 %	19,5 %
Hospiz	3,8 %	6,2 %	6,5 %	4,9 %
Zu Hause	24,0 %	19,7 %	15,1 %	14,6 %
Sonstiger Ort	1,1 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %

Quelle: Sterbeortverteilung am Beispiel der Stadt Münster nach Dasch 2024, 327.

⁴ Vgl. zur generellen Problematik abweichender Datenbasis bei Sterbeortstatistiken Torsten Schelhase im Krankenhaus-Report 2024 am Beispiel der Krankenhaussterbefälle 2022: „Insgesamt 457.743 Personen sind 2022 in den Krankenhäusern verstorben. Gemessen an der Anzahl der Verstorbenen in Deutschland insgesamt (1.066.341) beträgt der Anteil 42,9 %. Hierbei ist zu beachten, dass dieser Wert nur eine Annäherung darstellt, da beide Erhebungen, die Sterbefälle ausweisen (Krankenhausdiagnose- und Todesursachenstatistik), unterschiedliche Grundgesamtheiten haben. Die Todesursachenstatistik erfasst alle im Berichtsjahr Verstorbenen mit Wohnsitz in Deutschland und damit auch Staatenlose und Ausländer, die ihren Wohnsitz in Deutschland haben (so genanntes Inländerprinzip). Demgegenüber erfasst die Krankenhausdiagnosestatistik alle Patienten, die im Berichtsjahr in einem deutschen Krankenhaus verstarben, das heißt auch Patienten mit ausländischem Wohnort und ausländische Patienten (Inlandsprinzip).“ (Schelhase 2024, 473)

⁵ Die Studie „stellt mit über 40.000 ausgewerteten Todesbescheinigungen eine der umfangreichsten Untersuchungen in Deutschland zum Thema Sterbeort dar.“ (Dasch 2024, 323) Sie „beschreibt die zeitliche Entwicklung der Sterbeortverteilung der Stadt Münster von 2001 bis 2021. Damit umfasst diese Studie den bis dato längsten Beobachtungszeitraum einer Sterbeortstudie in Deutschland.“ (Ebd., 324)

Die Studie belegt für Münster einen kontinuierlichen Rückgang häuslicher Sterbefälle, während die Relevanz von Pflegeeinrichtungen deutlich gestiegen ist. Insbesondere für Menschen, die mit einer Demenz leben, entwickeln sich diese zum primären Sterbeort – hier verzeichnete Münster einen Anstieg von 27,0 % im Jahr 2001 auf 66,6 % im Jahr 2021. Während Krankenhäuser weiterhin häufigster Sterbeort sind, zeigen sich intern signifikante Verschiebungen: Seit deren Etablierung stieg die Zahl der Todesfälle auf Palliativstationen stetig an; parallel dazu ist auch auf den Intensivstationen eine deutliche Zunahme der Sterbefälle zu verzeichnen. (Dasch 2024)

8.3.3 Sterbeortverteilung bei Hochbetagten: Geschlechtsspezifische Unterschiede⁶

Die Daten der Bertelsmann Stiftung für das Jahr 2013 verdeutlichen geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Sterbeorten Hochbetagter: Während das Krankenhaus für 51 % der Männer zwischen 80 und 84 Jahren sowie für 43 % der über 85-Jährigen der Sterbeort war, lagen die Anteile bei den Frauen mit 47 % bzw. 34 % deutlich niedriger. Parallel dazu zeigt sich eine ungleiche Verteilung in der stationären Langzeitpflege: Etwa 11 % der hochbetagten Männer, aber mit 22 % doppelt so viele Frauen in dieser Altersgruppe, verbrachten ihren Lebensabend in einer Pflegeeinrichtung. (Bertelsmann Stiftung 2015b, 6)

Aktuelle Daten für das Jahr 2024 bestätigen, dass das Krankenhaus als Sterbeort bei Männern weiterhin eine größere Rolle spielt als bei Frauen: So verstarben etwa 46 % der Männer

in der Alterskohorte der 80- bis 89-Jährigen sowie 35 % der über 90-Jährigen im Krankenhaus. Bei den Frauen lagen diese Anteile mit etwa 39 % bzw. 26 % deutlich niedriger.⁷

Diese Diskrepanz lässt sich primär auf die höhere Lebenserwartung von Frauen zurückführen. Da Frauen ihre Partner häufig überleben und im hohen Alter öfter alleinlebend sind, fehlt im Falle einer Pflegebedürftigkeit oft die familiäre Unterstützung im eigenen Haushalt.⁸ Dies macht den Umzug in eine Pflegeeinrichtung sowie das Versterben an diesem Ort statistisch wahrscheinlicher. (BMFSFJ 2019)

Die Zahl der Sterbefälle wird in den nächsten Jahrzehnten aufgrund der gesellschaftlichen Alterung merklich steigen. Während die über 80-Jährigen heute sechs Prozent der Bevölkerung stellen, wird ihr Anteil künftig deutlich zunehmen – eine Entwicklung, die besonders in entlegenen, ländlichen Regionen durch die Abwanderung junger Menschen verschärft wird. In einigen Landkreisen wird sich das Verhältnis von Geburten zu Sterbefällen bis 2035 auf eins zu vier verdoppeln. Die Konzentration hochaltriger Menschen in strukturschwachen Gebieten hat unmittelbare Folgen für den Sterbeort: Da lokale familiäre Unterstützungsnetzwerke wegbrechen und die medizinisch-pflegerische Infrastruktur vor Ort ausgedünnt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass das Versterben zunehmend in stationären Einrichtungen statt im privaten häuslichen Umfeld erfolgt. (Heiermann et al. 2020, 5)

⁶ Unter Hochbetagtheit wird in Anlehnung an den Vierten Altenbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Lebensphase ab dem 80. Lebensjahr verstanden: „Man kann also als eine erste vorläufige Definition eine Altersgrenze zwischen 80 und 85 Jahren als den Beginn der Hochaltrigkeit angeben, wobei diese Definition aufgrund der dynamisch sich verändernden Lebenserwartung in Zukunft möglicherweise höher angesetzt werden muss.“ (BMFSFJ 2002, 53)

⁷ Der Berechnung liegen Daten aus folgenden Quellen zugrunde: Statista 2026a; Statista 2026b; Destatis 2025c.

⁸ „Die demographischen und sozialen Faktoren bedingen letztendlich, dass immer mehr ältere Menschen alleinlebend und im gebrechlichen Alter bei zunehmender Pflegebedürftigkeit auf Unterstützung institutioneller Versorgungsstrukturen angewiesen sind.“ (Dasch 2024, 328; vgl. auch Thönnies 2013) „Gut 17,0 Millionen Menschen in Deutschland leben allein. Das ist gut jede fünfte Person (20,6 %), wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach Erstergebnissen des Mikrozensus 2024 mitteilt. Die Zahl der Alleinlebenden ist in den vergangenen 20 Jahren deutlich gestiegen – gegenüber 2004 um 21,8 %. Damals lebten noch 14,0 Millionen Menschen hierzulande allein. Ihr Anteil an der Bevölkerung betrug 17,1 %. Ältere Menschen leben besonders häufig allein: In der Altersgruppe 65plus wohnte gut jede dritte Person allein (34,0 %), bei den mindestens 85-Jährigen war es mehr als jede zweite (56,0 %). Aber auch unter den jungen Erwachsenen zwischen 25 und 34 Jahren war der Anteil mit 28,0 % überdurchschnittlich hoch. Insgesamt leben Frauen etwas häufiger allein.“ (Destatis 2025a)

8.3.4 Kinder und Jugendliche

In Deutschland versterben jährlich etwa 4.000 Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr – etwa 60 % dieser Todesfälle ereignen sich im ersten Lebensjahr, davon zwei Drittel innerhalb der ersten vier Lebenswochen. „Somit stellen Neugeborene mit einem Anteil von fast 40 % die größte Gruppe innerhalb aller Todesfälle im Kindes- und Jugendalter dar.“ (Garten 2014, 5) „Durch den besseren Ausbau von spezialisierten (ambulanten) pädiatrischen Palliativteams können heute mehr Kinder zu Hause sterben als in der Vergangenheit. Allerdings verstirbt weiterhin die Mehrheit der Kinder im Krankenhaus und von diesen ungefähr 60 % auf einer Intensivstation. Meist (ca. 70 %) geht dem Tod auf einer Intensivstation irgendeine Form von End-of-Life Decision Making (Therapiebegrenzung oder -deeskalation) voraus.“ (Van den Heuvel et al. 2019, 93)

8.4 Sterbewelten

Während die Analyse der Sterbeorte primär die statistische Verteilung der Sterbefälle in den Blick nimmt, erweitert das Konzept der Sterbewelten diese Perspektive um eine soziokulturelle und biografische Dimension. Lebenswelten werden zu Sterbewelten, wenn das Sterben für die Beteiligten darin unmittelbar erfahrbar wird. (Schneider 2014, 53)

Werner Schneider (2014) beschreibt Sterbewelten als *institutionelle Sonderwelten*. In diese treten einerseits Sterbende und ihre Angehörigen als Laien ein, für die diese Räume *außeralltägliche Sinnbezirke* darstellen, die durch spezifische Zugangsregeln und Rituale geprägt sind. Andererseits werden diese Welten in ihrer Alltäglichkeit maßgeblich von Professionellen – den haupt- und ehrenamtlichen „Sterbe-Arbeitern“ – bevölkert und „von ihnen nach je eigenen Typisierungs- und Relevanzstrukturen ausgestaltet.“ (Schneider 2014, 66 f.) So bilden Sterbewelten spezifische Wissensformen, Rollen und Praktiken aus. (Baumann 2025, 70 ff.) In diesen Welten bestimmen Akteure aus Medizin, Politik und Recht darüber, wie Tod und Sterben definiert

werden und was als „gute“ Sterbebegleitung gilt. (Schnell et al. 2014, 6)

Literaturverzeichnis

Baumann, M. (2025). Sterben und Tod in der Palliativ- und Intensivpflege. Woran Fachkräfte ihr Handeln orientieren. Mabuse Verlag: Frankfurt am Main.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015a). Palliativversorgung. Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. Spotlight Gesundheit. Faktencheck Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven 10/2015. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOT-Ges_VV_Palliativversorgung_2015.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2015b). Palliativversorgung – Modul 1 – Sterbeort Krankenhaus – Regionale Unterschiede und Einflussfaktoren. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Graue_Publikationen/Studie_VV_FCG_Sterbeort-Krankenhaus.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2002). Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltiger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/94658/4a99f36664eba951dd911974f883b956/prm-21786-4--altenbericht-teil-i-data.pdf> (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2019). Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte – Alterwerden im sozialen Wandel. Zentrale Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 1996 bis 2017. Berlin. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/135038/62670d8da500ebd1548deb1da31a01c0/frauen-und-maenner-in-der-zweiten-lebenshaelfte-data.pdf> (Zugriff: 16.05.2026)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)/Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2021). Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtsraum 2016-2019. Berlin.

Dasch, B. (2024). Sterbeortentwicklung über zwei Jahrzehnte in der Stadt Münster – eine Observationsstudie auf Basis ausgewerteter Todesbescheinigungen. In: Gesundheitswesen 86(04)/2024, S. 322-329. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11003251/pdf/10-1055-a-2125-5177.pdf> (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Bundestag. Wissenschaftliche Dienste (2016). Dokumentation. Versorgung und Verlegung sterbender und schwerstkranker Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. WD 9 - 3000 - 027/16. <https://www.bundestag.de/resource/blob/428698/81c778ffc0e1da95c5194415a7e9db69/wd-9-027-16-pdf-data.pdf> (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2017). Wissen und Einstellungen der Menschen in Deutschland zum Sterben – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des DHPV. https://www.dhpv.de/files/public/aktuelles/Forschung/Forschung_2017_Ergebnisse_DHPV_Bevoelkerungsbefragung.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2022a). Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben. Repräsentative Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. September 2022. Im Auftrag des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. https://www.dhpv.de/files/public/Presse/2022_BevBefragung_2022_Ergebnisse_kurz_PK.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (DHPV) (2022b). Sterben in Deutschland – Wissen und Einstellungen zum Sterben. Repräsentative Umfrage der Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH. September 2022.

Im Auftrag des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands e. V. https://www.dhpv.de/files/public/Presse/2022_BevBefragung_2022_Ergebnisse_lang.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Fleischmann-Struzek, C. et al. (2019). Hospitalisierung und Intensivtherapie am Lebensende. Eine nationale Analyse der DRG-Statistik zwischen 2007 und 2015. In: Deutsches Ärzteblatt 116(39)/2019, S. 653-660.

Garten, L. (2014). Grundlagen neonatologischer Palliativversorgung. In: Garten, L./Von der Hude, K. (Hrsg.) (2014). Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Springer Verlag: Berlin/Heidelberg, S. 3-18.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2025). Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 für die 10/20/50/100 häufigsten Diagnosen (Fälle, Verweildauer, Anteile). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungsort, Alter, Geschlecht, Verweildauerklassen, ICD10. https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=16873664&p_sprache=D&p_thema_id=265&p_thema_id2=8500&p_thema_id3=14300&p_thema_id4=14300 (Zugriff: 16.05.2026)

Heiermann, A. C. et al. (2020). Auf ein Sterbenswort. Wie die alternde Gesellschaft dem Tod begegnen will. 2. Aufl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Berlin. https://www.berlin-institut.org/fileadmin/Redaktion/Publikationen/PDF/BI_Auf-ein-Sterbenswort_Online_201005.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Schelhase, T. (2024). Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2022. In: Klauber, J. et al. (Hrsg.) (2024). Krankenhaus-Report 2024. Strukturreform. Springer Open, S. 465-497. https://www.springermedizin.de/content/pdfid/27192692/10.1007/978-3-662-68792-5_22 (Zugriff: 16.05.2026)

Schneider, W. (2014). Sterbewelten: Ethnographische (und dispositivanalytische) Forschung zum Lebensende. In: Schnell, M. W. et al. (Hrsg.) (2014). Sterbewelten. Eine Ethnographie. Palliative Care und Forschung.

Reihe: Palliative Care und Forschung. Band 2. Springer VS: Wiesbaden, S. 51-138.

Schnell, M. W. et al. (Hrsg.) (2014). Sterbewelten. Eine Ethnographie. Palliative Care und Forschung. Reihe: Palliative Care und Forschung. Band 2. Springer VS: Wiesbaden.

Statista (2026a). Verteilung der Sterbefälle in Deutschland nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/887119/umfrage/verteilung-der-sterbefaelle-in-deutschland-nach-altersgruppen/>

(Zugriff: 16.05.2026)

Statista (2026b). Anzahl der Sterbefälle in Deutschland von 1991 bis 2024. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/156902/umfrage/sterbefaelle-in-deutschland/>

(Zugriff: 16.05.2026)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025a). 17 Millionen Menschen in Deutschland leben allein. Pressemitteilung Nr. N036 vom 16. Juli 2025. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/07/PD25_N036_12.html (Zugriff: 16.05.2026)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025b). Sterbefälle und Lebenserwartung. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/inhalt.html-sprg617822>

(Zugriff: 16.05.2026)

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2025c). Destatis_H11_Vorgang 824215_Gestorbene im Krankenhaus_2024. Direktanfrage (nicht veröffentlicht).

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2026). Statistik der Sterbefälle. Qualitätsbericht zur Statistik der Sterbefälle. 2025. Erscheinungsfolge: jährlich. Erschienen am 07.05.2026. <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/sterbefaelle.pdf?blob=publicationFile> (Zugriff: 16.05.2026)

Thönnies, M. (2013). Sterbeorte in Deutschland. Eine soziologische Studie. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main.

Van den Heuvel, I. et al. (2019). Pädiatrische Intensiv- und Palliativmedizin – unsere Patienten brauchen beides! In: Intensivmedizin up2date 15(01)/2019, S. 91-110.

Van Oorschot, B. et al. (2019). Gewünschter Sterbeort, Patientenverfügungen und Versorgungswünsche am Lebensende: erste Ergebnisse einer Befragung von Pflegeheimbewohnern. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 52(06)/2019, S. 582-588.

9 Einsamkeit und der Wunsch nach dem Ende

Jeanette Neumann-Maile

9.1 Einführung

Bereits vor der Covid-19-Pandemie rückte Einsamkeit zunehmend in den gesellschaftlichen und fachlichen Diskurs – etwa durch die Einrichtung eines Einsamkeitsministeriums in Großbritannien (2018) sowie durch parallele Entwicklungen im deutschsprachigen Raum. Die kollektive Erfahrung sozialer Isolation während der Lockdowns verstärkte diese Entwicklung und führte dazu, dass Einsamkeit heute stärker in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und im öffentlichen Diskurs verankert ist. Im Dezember 2023 hat das damalige Bundeskabinett eine ressortübergreifende Strategie gegen Einsamkeit beschlossen und damit auf die breiten Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Bevölkerung reagiert. Die Maßnahmen des Bundeskabinetts unterstreichen, wie ernst die gesundheitlichen, sozialen und existenziellen Belastungen durch Einsamkeit inzwischen genommen werden. Sie sollen zu einer systematischen Bearbeitung des Themas Einsamkeit in Deutschland beitragen. In der Strategie werden fünf Ziele zur Stärkung der sozialen Verbundenheit und des gesellschaftlichen Miteinanders verfolgt (BMFSFJ 2025, 5):

- (1) Sensibilisierung der Öffentlichkeit,
- (2) Wissen stärken,
- (3) Praxis stärken,
- (4) bereichsübergreifend agieren und
- (5) Menschen unterstützen – Angebote ausbauen.

Die Strategie gegen Einsamkeit wurde in einem breiten Beteiligungsprozess erarbeitet und am Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) angesiedelt, ein vom Bundesministerium gefördertes Projekt, das Forschung, Netzwerkarbeit

und Wissenstransfer verbindet, um Einsamkeit in Deutschland zu verstehen und zu begegnen. (KNE 2026a; 2026b)

Einsamkeit betrifft nicht nur einzelne Gruppen wie ältere Menschen, sondern ist in allen Altersklassen verbreitet. (Hawkey et al. 2022) Im Hinblick auf unterschiedliche sozio-demografische Merkmale zeigt sich, dass besonders Ältere (ab 75 Jahre), Frauen, Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss, einer eigenen Migrationserfahrung, Erwerbslose sowie Menschen mit einem geringen Einkommen häufiger betroffen sind. (Entringer 2022, 11 ff.)

Die Auslöser für Einsamkeit und soziale Isolation können im Alter viele Ursachen haben: zum Beispiel der Übergang in den Renteneintritt, Krankheit, Mobilitätsverlust, Verwitwung, Altersarmut, Kinderlosigkeit, Verlust von Freunden, Verlust der Heimat bei Menschen mit Migrationshintergrund. Besonders deutlich treten diese Folgen dort zutage, wo Menschen sich an Übergängen zu besonders vulnerablen Lebenslagen befinden. In solchen Situationen verdichtet sich Einsamkeit häufig zu einem existenziellen Erleben: dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen, nicht mehr dazugehören und keinen Platz mehr in der Gemeinschaft zu haben. Diese subjektiv wahrgenommenen Lebenslagen können in engem Zusammenhang mit dem Wunsch, nicht mehr weiterleben zu wollen, stehen.

Eine Erhebung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) aus den Jahren 2020/2021 belegt, dass Suizidwünsche in der Palliativversorgung auf ein vielschichtiges Motivspektrum zurückgehen: Neben dem Wunsch nach Selbstbestimmung über den Todeszeitpunkt, dem Empfinden von Sinnlosigkeit oder Nutzlosigkeit, psychischem Leid und

der Sorge, anderen zur Last zu fallen, wird auch „Einsamkeit“ als eigenständiger Grund genannt. (DGP 2022, 11) Die Erhebung differenziert dabei nicht, ob damit bereits erlebte soziale Isolation oder die Furcht vor künftiger Vereinsamung gemeint ist. Ungeachtet dieser Unschärfe zeigt der Befund, dass soziale Faktoren neben medizinischen und psychischen Leiden eine eigenständige Rolle bei der Entstehung von Suizidwünschen spielen können. Wenn Menschen aus diesen Beweggründen den assistierten Suizid in Betracht ziehen, stellt sich die Frage, ob hinter dem Sterbewunsch zunächst ein Hilferuf nach Verbundenheit steht. Eine zugewandte Beratung, die umfassend über alle Möglichkeiten der palliativen und hospizlichen Versorgung aufklärt, könnte in solchen Fällen eine wirksame Maßnahme darstellen, um den Ängsten und Nöten der Menschen etwas entgegenzusetzen. Dabei greift ein rein medizinisch verstandener Begriff der Symptomlinderung – etwa die Kontrolle von Schmerz oder Atemnot – zu kurz. Denn Motive wie das Empfinden von Sinnlosigkeit, der Wunsch nach Selbstbestimmung oder die Erfahrung von Einsamkeit lassen sich durch medizinische Behandlung allein kaum adressieren. Notwendig wäre vielmehr eine Begleitung, die psychosoziale, spirituelle und existenzielle Dimensionen des Leidens gleichermaßen einschließt – etwa durch seelsorgliche Unterstützung, psychologische Begleitung oder Maßnahmen zur Stärkung sozialer Einbindung.

Der vorliegende Text geht der Frage nach, welchen Einfluss Einsamkeit auf den Wunsch nach assistiertem Suizid hat und welche Rolle Einsamkeit im Kontext des assistierten Suizids spielt. Da Einsamkeit ein vielschichtiges Phänomen ist, das im alltäglichen wie im wissenschaftlichen Sprachgebrauch unterschiedlich verwendet wird, erfolgt zunächst eine begriffliche Klärung der zentralen Begriffe *Einsamkeit*, *Alleinsein* und *soziale Isolation* sowie eine systematische Vorstellung ihrer unterschiedlichen Erscheinungsformen: Im ersten Kapitel werden die zentralen Begriffe voneinander abgegrenzt. Auf dieser Basis werden unterschiedliche Formen von Einsamkeit nach

Maïke Luhmann vorgestellt, die als Grundlage für die weitere Betrachtung dienen. Daran anschließend werden die fünf verschiedenen Formen von Einsamkeit nach Luhmann (Luhmann 2022, 24) in den Blick genommen und hinsichtlich ihrer Bedeutung im Kontext des assistierten Suizids betrachtet. Zuletzt richtet sich der Blick auf eine Dimension, die über die interpersonale Ebene hinausweist: die *existenzielle Einsamkeit*. Das letzte Kapitel geht der Frage nach, welche Bedeutung sie am Lebensende und im Kontext des Wunsches nach assistiertem Suizid einnimmt und welche Konsequenzen sich daraus für die Begleitung am Lebensende ergeben können.

9.2 Begriffsbestimmung und Abgrenzung: Einsamkeit – Alleinsein – Soziale Isolation

Einsamkeit ist mehr als Alleinsein oder soziale Isolation – sie entsteht aus der subjektiv wahrgenommenen Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlich erlebten Beziehungen. (Peplau/Perlman 1982)

Die Psychologin Maïke Luhmann unterscheidet drei Aspekte in ihrer Begriffsbestimmung über Einsamkeit (Luhmann 2022, 2 ff.): Einsamkeit ist etwas Negatives, eine positive Konnotation wird ausgenommen. Der zweite Aspekt greift die Definition von Peplau/Perlman auf: es gibt eine Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen Beziehungen. Wenn eine Person ihre eigenen sozialen Beziehungen als unzureichend wahrnimmt, entsteht Einsamkeit. Der dritte Aspekt bezieht sich auf die Quantität und Qualität der bestehenden sozialen Beziehungen. Der Mangel an sozialen Kontakten kann Einsamkeit entstehen lassen, aber auch der Mangel an Qualität der sozialen Beziehungen kann zu Einsamkeit führen. (Luhmann 2022, 8) Im subjektiven Erleben von Einsamkeit überlagern sich quantitative und qualitative Aspekte sozialer Beziehungen und sind nicht immer klar voneinander abgrenzbar, beide Dimensionen bedingen sich wechselseitig.

Der Begriff Einsamkeit (subjektives Empfinden) grenzt sich von sozialer Isolation ab. „Die beiden zentralen alltagssprachlichen Begriffe lauten im Fall der Vereinsamung ‘Alleinsein’ und ‘Einsamkeit’. Ihre wissenschaftlichen Analogie sind die Begriffe der sozialen Isolation und des Einsamkeitsempfindens.“ (Schobin 2018, 47) Die Definition von sozialer Isolation verweist auf ein dauerhaftes und intensives Alleinsein, während der Begriff Einsamkeit „das negative Gefühl des Mangels an affektiven Bindungen, also in eine negative Einsamkeitsempfindung, übersetzt“ (ebd.) und somit darauf verweist, dass Einsamkeitsempfinden kein objektiver Zustand ist, sondern ein subjektives Erleben – geprägt von der Diskrepanz zwischen dem, was ein Mensch an Beziehungen hat, und dem, was er braucht.

Um das vielschichtige Phänomen der Einsamkeit systematisch zu erfassen, unterscheidet Luhmann verschiedene Formen von Einsamkeit nach Beziehungsformen:

„(1) **Emotionale Einsamkeit** beschreibt das Fehlen einer tiefen, vertrauensvollen Bindung zu einem anderen Menschen.

(2) **Soziale bzw. relationale Einsamkeit** verweist auf das Fehlen eines tragenden sozialen Netzwerks, etwa in Form von Freundschaften oder familiären Beziehungen, in die eine Person eingebettet ist.

(3) **Kollektive Einsamkeit** bezieht sich auf die fehlende Zugehörigkeit zu einer größeren Gruppe oder Gemeinschaft, beispielsweise im Arbeitsumfeld oder durch die Mitgliedschaft in einem Verein oder Chor.

(4) **Physische Einsamkeit** bezeichnet das Fehlen körperlicher Nähe zu anderen Menschen.

(5) **Kulturelle Einsamkeit** meint das Fehlen eines vertrauten kulturellen oder sprachlichen Umfelds.“ (Luhmann 2022, 9)

Ergänzend zu diesen Formen wird in der vorliegenden Betrachtung die existenzielle Einsamkeit als eine weitere Dimension einbezo-

gen, die über die interpersonale Ebene hinausweist und am Lebensende besondere Relevanz gewinnt. (Yalom 2010)

Während Luhmann die emotionale Einsamkeit mit der Qualität sozialer Beziehungen in Verbindung bringt, verweist die soziale Einsamkeit auf deren quantitative Dimension. Mit Rückgriff auf die vorliegenden Begriffsbestimmungen von Einsamkeit und ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen wird im folgenden Kapitel untersucht, welchen Einfluss Einsamkeit im Kontext des assistierten Suizids hat.

9.3 Betrachtung von Einsamkeit und die Einflussnahme auf den Wunsch nach assistiertem Suizid

9.3.1 Emotionale Einsamkeit

Die emotionale Einsamkeit beschreibt das Fehlen einer engen, vertrauten Bindungsperson, der gegenüber man sich vollständig öffnen und der man vertrauen kann. (Weiss 1973; Luhmann 2022) Auch Menschen mit einem breiten sozialen Umfeld können emotional einsam sein, wenn keine Beziehung existiert, die echte Nähe, Verständnis und gegenseitige Bestätigung ermöglicht.

Im Kontext des assistierten Suizids ist die emotionale Einsamkeit aus mehreren Gründen relevant. Sie korreliert eng mit Depressivität und dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit, die ihrerseits als zentrale psychologische Prädiktoren für Suizidwünsche gelten. (Cacioppo/Patrick 2008) Zudem geht emotional einsames Erleben häufig mit einem reduzierten Selbstwert einher – dem Gefühl, nicht lebenswert oder bedeutsam zu sein –, was den Wunsch verstärken kann, das Leben zu beenden. (Ebd.) Hinzu kommt, dass emotional einsamen Menschen möglicherweise eine Bezugsperson fehlt, die einen Sterbewunsch begleitet, hinterfragt oder alternative Perspektiven eröffnet. Besondere Relevanz erhält emotionale Einsamkeit am Lebensende bei zunehmender körperlicher Pflegebedürftigkeit, die

enge Beziehungen strukturell erschwert. Menschen mit einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung haben bereits einen Weg zurückgelegt, der von Verlusten und Abschieden gezeichnet ist. Mit zunehmender Symptomlast schwindet die Kraft und Möglichkeit, die verbliebenen Beziehungen und Kontakte aufrechtzuerhalten. Es entsteht das Gefühl von Angewiesenheit und einseitiger Gestaltungsmöglichkeit der Beziehung – beispielsweise schwindet zusehends die Möglichkeit, selbst den Kontakt zu suchen, Besuche zu planen oder Gespräche nach eigenen Vorstellungen zu gestalten.

Diese subjektiv wahrgenommenen Lebenslagen können in engem Zusammenhang mit dem Wunsch, nicht mehr weiterleben zu wollen, stehen. Die eigene Verletzlichkeit und die individuelle Begrenztheit stehen schmerzhaft im Vordergrund und können den Blick auf die tragenden Beziehungen verdecken. In solchen Konstellationen kann der Wunsch nach assistiertem Suizid weniger Ausdruck eines autonomen Sterbewillens sein als vielmehr ein Hilferuf nach emotionaler Verbundenheit. Der Suizidwunsch kann sowohl als möglicher Ausdruck emotionaler Verlassenheit ernst genommen und exploriert werden als auch als autonome Entscheidung Anerkennung finden – beide Perspektiven schließen sich nicht aus, sondern ergänzen einander. Ziel einer begleitenden Intervention ist dabei weniger die Auflösung emotionaler Einsamkeit – die am Lebensende nur begrenzt möglich ist – als vielmehr die gemeinsame Suche nach Bedeutung und Halt inmitten des Erlebten. An- und Zugehörige, Begleitpersonen, Pflegende und Sterbebegleiter können Gesprächsräume öffnen sowie mit zugewandter und empathischer Gesprächsführung Raum für das Belastende schaffen. Neben Schmerz- und Symptomlinderung ist es auch die Aufgabe der palliativen und hospizlichen Versorgung, diese Räume zu gestalten, in denen existenzielle Fragen gestellt werden dürfen. So gehören beispielsweise spirituelle Begleitung, eine Philosophie der Endlichkeit oder narrative Ansätze in den Begleitungsprozess von Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid. Mögliche

Interventionen können erschlossen werden mit dem Ziel, den Wunsch nach assistiertem Suizid gemeinsam mit dem Betroffenen und seinem Umfeld neu einzuordnen und in einen größeren Zusammenhang zu stellen.

9.3.2 Soziale/Relationale Einsamkeit

Die soziale Einsamkeit bezeichnet das Fehlen von guten Beziehungen zu Freunden oder Familie bzw. das Fehlen eines größeren sozialen Netzwerks, wie beispielsweise eines Freundeskreises, in dem der Mensch ein Gefühl der Zugehörigkeit erlebt. (Weiss 1973; Luhmann 2022) Im Unterschied zur emotionalen Einsamkeit betrifft sie nicht die Tiefe, sondern die Breite sozialer Einbindung. Es geht hier um die fehlende Einbindung in größere soziale Netzwerke, um den Verlust des sozialen Status und der sozialen Rollen, die als bedeutsam erlebt werden. (Schalek/Stefan 2018, 381) Dabei handelt es sich um ein Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gemeinschaft oder zu einem weiteren Kreis von familiären und freundschaftlichen Beziehungen. Soziale Einsamkeit entsteht in dieser Dimension, sobald ein Mensch ein Defizit an Kontakten wahrnimmt. (Ebd.)

Besonders bei älteren oder chronisch kranken Menschen kann soziale Einsamkeit das Erleben von Belastung verstärken und das Gefühl erzeugen, anderen zur Last zu fallen – ein häufig genanntes Motiv bei Suizidwünschen. (DGP 2022, 11) In solchen Situationen verdichtet sich Einsamkeit häufig zu einem existenziellen Erleben: dem Gefühl, nicht mehr dazugehören und keinen Platz mehr in der Gemeinschaft zu haben. Dieses Gefühl kann den Wunsch nach einem selbstbestimmten Lebensende verstärken (van Wijngaarden et al. 2015) – vor allem dann, wenn soziale Rollen und Netzwerke sich mit fortschreitender Erkrankung auflösen und gesellschaftliche Einbindung zunehmend wegbricht. (Köchert 2018, 189) Durch häufige Krankenhausaufenthalte werden soziale Beziehungen eingeschränkt. Der Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung kann zutiefst verunsichern und das „sichere“ Zuhause mit Nachbarschaft oder Freundeskreis geht verloren. Beziehungen

aus dem Alltag können nur erschwert fortgeführt werden und die „Schutzfunktion“ von Familie, Ehe, Freundeskreis oder Bekannte aus dem Arbeitsumfeld wird brüchig. Oft befindet sich die Pflegeeinrichtung weit entfernt vom ursprünglichen Lebensmittelpunkt oder es erfolgt ein Umzug in eine andere Stadt, möglichst nah zu Familienangehörigen. So kann der schützende Effekt sozialer Kontrolle und Einbindung in eine Gemeinschaft auf dem letzten Lebensabschnitt verloren gehen. Das Fehlen eines sozialen Netzes kann Betroffene mit ihrem Leid allein zurücklassen und das Erleben von Bedeutungslosigkeit und Unsichtbarkeit verstärken. Wenn Gefühle der Erschöpfung und Überlastung die Oberhand gewinnen, können diese sich im Verlauf allmählich in eine existenzielle Einsamkeit wandeln und schließlich in den Wunsch nach assistiertem Suizid münden.

Für die Begleitung von Menschen mit einem geäußerten Suizidwunsch ist es wichtig, die Unterscheidung zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit zu kennen. Der Verlust einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners erfordert andere Interventionen als beispielsweise der Verlust der geliebten Heimat. Manchmal kommt es auch zu Überlagerungen von Verlusten, die Einsamkeit befördern. Ziel ist es, die Symptome der Einsamkeit und die damit verbundene Vulnerabilität wahrzunehmen und einen Raum zu schaffen, der Menschen im letzten Lebensabschnitt bis zuletzt sozialen und emotionalen Halt gibt.

9.3.3 Kollektive Einsamkeit

Die kollektive Einsamkeit bezieht sich auf die fehlende Zugehörigkeit zu einer größeren Gruppe oder Gemeinschaft, beispielsweise die Mitgliedschaft in einem Verein oder einer Religionsgemeinschaft. (Luhmann 2022, 24)

Im Kontext des assistierten Suizids gewinnt diese Form der Einsamkeit dann an Bedeutung, wenn Menschen am Lebensende spüren, dass sie aus den Gemeinschaften, die ihrem Leben Struktur und Sinn gegeben haben,

herausgefallen sind. Mit fortschreitender Erkrankung entfallen nicht nur Aktivitäten, sondern auch die damit verbundene Identität, Zugehörigkeit und gesellschaftliche Sichtbarkeit. Dieser Verlust kann das Gefühl kollektiver Einsamkeit vertiefen und das Erleben von Bedeutungslosigkeit verstärken. Chochinovs Würdemodell verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere Bedeutung der Aufrechterhaltung sozialer Rollen am Lebensende. Eine Würde bewahrende Begleitung bedeutet in diesem Sinne, Menschen dabei zu unterstützen, ihre Rollen und ihre Zugehörigkeit – wenn auch in veränderter Form – bis zuletzt aufrechtzuerhalten und sichtbar zu machen. (Chochinov 2017, 28)

9.3.4 Physische Einsamkeit

Physische Einsamkeit beschreibt das Fehlen körperlicher Nähe zu anderen Menschen. (Landmann/Rohmann 2022, zit. n. Luhmann 2022, 24). Gerade am Lebensende, wenn Mobilität und körperliche Selbstständigkeit zunehmend schwinden, kann das Fehlen von Berührung, Nähe und körperlicher Präsenz das Erleben von Verlassenheit verstärken. Besondere Relevanz gewinnt physische Einsamkeit im Kontext schwerer Erkrankungen, die mit tiefgreifenden Körperbildveränderungen einhergehen – etwa durch operative Eingriffe, Chemotherapie, Hormontherapie oder Bestrahlung. Wenn der eigene Körper sich verändert, fremd oder entstellt wirkt, kann dies das Erleben von Nähe und Berührbarkeit grundlegend erschüttern. Die Entgrenzung des Körpers – etwa durch Inkontinenz, Wunden oder den Verlust körperlicher Kontrolle – kann Scham und Rückzug verstärken und dazu führen, dass Betroffene Nähe meiden oder als unerträglich erleben.

Physische Einsamkeit ist in diesem Sinne nicht nur das Fehlen von Berührung, sondern auch der Verlust des Gefühls, mit dem eigenen Körper berührbar und verbunden zu sein – eine Dimension, die in der Begleitung am Lebensende besondere Aufmerksamkeit erfordert. Wenn der Körper nicht mehr als Ort der

Begegnung, sondern als Ort des Leidens erlebt wird, kann der Wunsch nach assistiertem Suizid als vermeintlicher Ausweg aus einer als unwürdig erlebten Körperlichkeit entstehen.

9.3.5 Kulturelle Einsamkeit

Kulturelle Einsamkeit meint das Fehlen eines vertrauten kulturellen oder sprachlichen Umfelds. (Luhmann 2022, 9) Kulturelle Einsamkeit beschreibt eine Form von Einsamkeit, die durch das Fehlen des zu den Menschen zugehörigen kulturellen oder sprachlichen Umfelds ausgelöst wird. (Sawir et al. 2008; van Staden/Coetzee 2010, zit. n. Luhmann 2022, 24). Am Lebensende gewinnt diese Dimension besondere Relevanz, wenn Menschen in einer Umgebung sterben, die ihnen kulturell, sprachlich oder religiös fremd ist – etwa in einer Pflegeeinrichtung, deren Alltagskultur, Sprache oder Sterbekultur nicht der eigenen entspricht. Das Fehlen vertrauter Rituale, Symbole und Ausdrucksformen kann das Erleben von Fremdheit und Einsamkeit in der letzten Lebensphase erheblich verstärken.

Im Kontext des assistierten Suizids ist kulturelle Einsamkeit dann relevant, wenn Menschen das Gefühl haben, dass ihre kulturellen oder religiösen Vorstellungen von einem würdevollen Sterben in der sie umgebenden Versorgungsstruktur keinen Platz finden. Der Wunsch nach assistiertem Suizid kann in solchen Konstellationen auch Ausdruck des Bedürfnisses sein, den eigenen Tod nach vertrauten kulturellen Vorstellungen zu gestalten. In der Begleitung am Lebensende bedeutet dies, kulturelle und sprachliche Zugehörigkeit als Teil der Würde ernst zu nehmen und Versorgungsstrukturen kultursensibel zu gestalten.

9.3.6 Existenzielle Einsamkeit

Die fünf von Luhmann beschriebenen Formen der Einsamkeit haben gemeinsam, dass sie auf ein Defizit in der Beziehung zur Außenwelt verweisen – sei es zu einzelnen Menschen, zu Gruppen oder zum kulturellen Umfeld. Die

existenzielle Einsamkeit hingegen beschreibt eine Dimension, die tiefer liegt. Der Existenzialpsychologe Irvin Yalom versteht sie nicht als Folge fehlender Beziehungen, sondern als fundamentale menschliche Grunderfahrung, die auch inmitten tragender Bindungen spürbar werden kann. (Yalom 2010)

Existenzielle Einsamkeit gewinnt insbesondere am Lebensende an Bedeutung. Wenn bisherige Sinnstrukturen wegfallen, kann das Erleben existenzieller Einsamkeit in ein tiefes Gefühl der Sinnlosigkeit münden. (Yalom 2010, 784) „Sie geht über die interpersonale Dimension hinaus und beschreibt die fundamentale menschliche Erfahrung, in der eigenen Subjektivität letztlich unzugänglich für andere zu sein – kein Mensch kann vollständig in das Erleben eines anderen eintreten – diese Grundbedingung menschlicher Existenz wird in bestimmten Lebenssituationen besonders spürbar.“ (Ebd., 615) Dieses Erleben ist durch soziale Kontakte allein nicht auflösbar und erfordert eine begleitende Auseinandersetzung mit Fragen nach Bedeutung, Würde und dem Wert des eigenen Lebens. Im Kontext des assistierten Suizids ist relevant, dass existenzielle Einsamkeit häufig unerkannt bleibt, da sie sich äußerlich nicht zwingend in sozialer Isolation zeigt. (Ebd.) Betroffene können von Familie und Freunden umgeben sein und dennoch das Gefühl haben, in ihrer tiefsten Not unverstanden zu bleiben.

Für die Begleitung am Lebensende bedeutet dies, den Menschen in seiner existenziellen Einsamkeit beizustehen – ohne den Anspruch, sie auflösen zu können. Vielmehr geht es darum, mithilfe palliativer und hospizlicher Versorgungsstrukturen das Lebensende würdevoll zu gestalten. Die Äußerung eines Suizidwunsches kann auch als Auftrag verstanden werden, dem Menschen das Versprechen zu geben, ihn im Sterben nicht allein zu lassen – durch Begleiten, Dasein, Zuhören und Aushalten.

9.4 Fazit

Die vorangegangenen Überlegungen verdeutlichen, dass Einsamkeit im Kontext des assistierten Suizids oft Gefühle emotionaler Verlassenheit, sozialer Entwurzelung und Konfrontation mit existenzieller Einsamkeit in sich trägt. Gesellschaftlich braucht es eine Kultur, die Sterbende nicht ausgrenzt, Abhängigkeit nicht mit Scham behaftet und Einsamkeit nicht als privates Schicksal behandelt. Einsamkeit am Lebensende ist nie nur ein persönliches Schicksal, sondern verdeutlicht auch, wie eine Gesellschaft, das heißt, wie wir mit Vulnerabilität, Abhängigkeit und Endlichkeit umgehen.

Ein erster wegweisender Schritt auf politischer Ebene ist mit der ressortübergreifenden Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit aus dem Jahr 2023 getan. Sie erkennt Einsamkeit erstmals als gesamtgesellschaftliches Problem an, das nicht in ein einzelnes Ministerium delegiert werden kann, sondern politikfeldübergreifend bearbeitet werden muss – von Gesundheit über Soziales bis hin zu Stadtentwicklung und Bildung. Damit bewirkt die Strategie auf politischer Ebene einen Perspektivwechsel: Einsamkeit ist keine Privatsache, sondern eine strukturelle Herausforderung, die strukturelle Antworten verlangt. (Kompetenznetz Einsamkeit 2022) Für den Umgang mit Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid bedeutet dies, dass die Frage der Einsamkeit am Lebensende nicht allein in der palliativmedizinischen und hospizlichen Versorgungsstruktur oder im Sterbehilferecht verhandelt werden kann – sie gehört in den Kern einer nationalen Sorgestrategie.

Literaturverzeichnis

- Batzler, Y. N. et al.** (2023). Beweggründe für den Wunsch nach Suizidassistenz. Eine retrospektive Auswertung telefonischer Anfragen. In: Deutsches Ärzteblatt International 44/2023, S. 754 f.
- Beutel, M. E. et al.** (2017). Loneliness in the general population. Prevalence, determinants and relations to mental health. In: BMC Psychiatry 17/2017, S. 1-7. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-017-1262-x> (Zugriff: 13.03.2026)
- Bozzaro, C./Richter, G./Rehmann-Sutter, C.** (Hrsg.) (2024). Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen. transcript Verlag: Bielefeld.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)** (Hrsg.) (2025). Monitoring-Bericht 2025 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit. Berlin. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/278528/e85d3ddb3807bc859432ce11681fa906/monitoring-bericht-2025-strategie-gegen-einsamkeit-data.pdf> (Zugriff: 13.03.2026)
- Cacioppo, J. T./Patrick, W.** (2008). Loneliness. Human nature and the need for social connection. Norton: New York/London.
- Chochinov, H. M.** (2017). Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Fragen und Antworten für Menschen am Lebensende. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)** (2022). Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zu den Gesetzesentwürfen zum Themenkomplex der Suizidassistenz und der Suizidprävention bezogen auf Menschen in palliativen Erkrankungssituationen (Stand: 23.11.2022). https://www.dgpalliativmedizin.de/images/221123_DGP_Stellungnahme_Gesetzesentwürfe_Suizidassistenz_Suizid-praevention.pdf (Zugriff: 13.03.2026)
- Entringer, T.** (2022). Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland. KNE Expertise 4/2022. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. Kompetenznetz Einsamkeit.
- Hawkey, L. C. et al.** (2022). Einsamkeit vom jungen Erwachsenenalter bis ins Alter. Erklärung von Altersunterschieden in der Einsamkeit. In: International Journal of Behavioral Development 46(1)/2022, S. 39-49.
- Hax-Schoppenhorst, T.** (Hrsg.) (2018). Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe

einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Hogrefe: Bern.

Köchert, R. (2018). Einsamkeit und Freitod im Alter – Ein biopsychosoziales Erklärungsmodell. In: Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.) (2018). Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Hogrefe: Bern, S. 185-197.

Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) (2026a). Was ist Einsamkeit? <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/einsamkeit> (Zugriff: 13.03.2026)

Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) (2026b). KNE Forschung. <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-forschung> (Zugriff: 13.03.2026)

Luhmann, M. (2022). Definitionen und Formen der Einsamkeit. KNE Expertise 1/2022. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. Kompetenznetz Einsamkeit.

Peplau, L. A./Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In: Peplau, L. A./Perlman, D. (Hrsg.) (1982). Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. Wiley: New York, S. 1-8.

Schalek, K./Stefan, H. (2018). Einsamkeit – Ein (un)bekanntes Phänomen in der Pflege. In: Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.) (2018). Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen

und integrieren können. Hogrefe: Bern, S. 378-388.

Schobin, J. (2018). Vereinsamung und Vertrauen – Aspekte eines gesellschaftlichen Problems. In: Hax-Schoppenhorst, T. (Hrsg.) (2018). Das Einsamkeits-Buch. Wie Gesundheitsberufe einsame Menschen verstehen, unterstützen und integrieren können. Hogrefe: Bern, S. 46-67.

Stotz-Ingenlath, G. (2023) Anthropologische Aspekte der Einsamkeit. In: Spiritual Care 12(3)/2023, S. 258-263.

Van Tilburg, T. G. (2021). Social, emotional, and existential loneliness. A test of the multidimensional concept. In: The Gerontologist 61(07)/2021, S. e335–e344.

Van Wijngaarden, E./Leget, C./Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life. The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. In: Social Science & Medicine 138/2015, S. 257-264.

Weiss, R. S. (1973). Loneliness. The experience of emotional and social isolation. MIT Press: Cambridge/Massachusetts.

Yalom, I. D. (2010). Existenzielle Psychotherapie. EHP – Edition Humanistische Psychologie. 5., korrigierte Aufl. EHP – Verlag Andreas Kohlhaage: Bergisch Gladbach.

10 Suizidprävention in Deutschland im Kontext des assistierten Suizids

Jeanette Neumann-Maile

10.1 Einführung

Nachdem der Deutsche Bundestag am 06. Juli 2023 zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe zur Neuregelung der Suizidassistenz mehrheitlich abgelehnt hatte, verabschiedete er zugleich mit großer Mehrheit einen Antrag zur Stärkung der Suizidprävention. Darin wurde die Bundesregierung aufgefordert, bis zum 31. Januar 2024 ein Konzept sowie bis Juni 2024 einen Gesetzentwurf und eine nationale Suizidpräventionsstrategie vorzulegen, um bestehende Strukturen und Angebote systematisch zu stärken. (Deutscher Bundestag 2025, 2) Während die rechtliche Ausgestaltung der Suizidassistenz weiterhin ungeklärt bleibt, wurde die Suizidprävention damit politisch klar priorisiert. Diese Schwerpunktsetzung ist aus ethischer Perspektive bedeutsam, da sie die Debatte über die rein rechtliche Frage der Suizidassistenz hinaus um strukturelle und präventive Verantwortungsebenen erweitert.

Die Suizidpräventionsstrategie verfolgt das Ziel, das gesellschaftliche Bewusstsein für Suizidalität und deren grundsätzliche Vermeidbarkeit zu erhöhen und Tabuisierungen rund um Sterben und Tod abzubauen. Damit wird **Suizidalität nicht primär als individuelles Versagen, sondern auch als ein gesellschaftlich bedingtes und potenziell vermeidbares Phänomen** verstanden. Dies soll dazu beitragen, dass Betroffene frühzeitig über Ängste, Verzweiflung und Todeswünsche sprechen, bevor sich suizidale Krisen zuspitzen oder in Handlungen münden. (Ebd., 1) Entsprechend unterstreicht der Gesetzentwurf die Bedeutung von Information, Aufklärung, Forschung und niedrigschwelliger Unterstützung als zentrale Präventionsinstrumente. Im

Folgenden wird Suizidprävention zunächst begrifflich und konzeptionell eingeordnet, bevor sie auf der Mikro-, Meso- und Makroebene als ethischer Orientierungsrahmen entfaltet und auf die Praxis der Palliativversorgung im Kontext des assistierten Suizids bezogen wird.

10.2 Suizidprävention

Suizidprävention umfasst alle Maßnahmen, die darauf abzielen, suizidales Verhalten zu verhindern, suizidale Gedanken frühzeitig zu erkennen und zugrunde liegendes psychisches, soziales oder körperliches Leid zu lindern. Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) beschreibt Suizidalität als ein Spektrum, das drei Dimensionen umfasst: Suizidgedanken, also das Nachdenken über den eigenen Tod, suizidales Erleben, verstanden als innere Zustände von Hoffnungslosigkeit, Leere oder Überforderung, sowie suizidales Handeln, das von vorbereitenden Schritten bis hin zu Suizidversuchen reicht. (DGS 2026)

Suizidales Verhalten bezeichnet dabei ein Spektrum, das von Todeswünschen und Suizidgedanken über konkrete Suizidplanungen bis hin zu Suizidversuchen und vollzogenen Suiziden reicht. Diese Formen sind nicht als klar voneinander abgrenzbare Stufen zu verstehen, sondern als dynamischer Prozess, in dem Übergänge fließend verlaufen und von individuellen, sozialen sowie situativen Faktoren beeinflusst werden. Ein zentrales Element ist dabei die Information, Aufklärung und Schulung von Pflegefachpersonen sowie von An- und Zugehörigen. Der Deutsche Ethikrat betont, dass Suizidprävention insbesondere darauf gerichtet ist, Lebenslagen zu vermeiden, in denen Menschen sich genötigt fühlen, eine

subjektiv als unerträglich erlebte Situation durch Suizid zu beenden (DER 2022, 111).

Eine besonders vulnerable Zielgruppe stellen ältere Menschen in der stationären Langzeitpflege dar, darunter Personen mit lebenslimitierenden Erkrankungen ebenso wie hochalt-rige, häufig multimorbide Menschen am Lebensende. Todes- und Suizidwünsche sowie Anfragen nach Suizidassistenz spiegeln in diesen Kontexten komplexe Lebenslagen wider, die durch körperliches Leiden, psychische Belastungen, existenzielle Ängste sowie soziale Risikofaktoren wie Einsamkeit oder Armut geprägt sein können. Da sowohl die Suizidraten als auch die Anfragen nach Suizidassistenz bei Menschen über 65 Jahren besonders hoch sind, erweist sich die professionelle Sensibilität gegenüber Todes- und Suizidwünschen in diesen Settings als besonders bedeutsam. (Riedel et al. 2024) Erste empirische Daten aus Deutschland zeigen zudem, dass assistierte Suizide vermehrt Frauen betreffen und nicht überwiegend terminal erkrankte Menschen, sondern vielfach Personen mit altersbedingten Erkrankungen oder Lebensmüdigkeit (Gleich et al. 2024). Gerade bei hochaltrigen und pflegebedürftigen Menschen besteht die Herausforderung darin, zwischen einem autonom formulierten Wunsch und strukturell begünstigter Resignation zu unterscheiden. Mit strukturell begünstigter Resignation ist gemeint, dass unzureichende pflegerische Versorgung, fehlende psychosoziale Begleitung, Einsamkeit oder mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung des Alters dazu beitragen können, dass Todes- und Suizidwünsche nicht allein Ausdruck autonomer Entscheidungen, sondern auch Folge defizitärer Rahmenbedingungen sind. Riedel et al. (2022) weisen darauf hin, dass die zu erwartende Versorgungsqualität im Fall der Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit Einfluss auf das Aufkommen von Sterbe- und Suizidwünschen hat und dass entsprechende Diskurse unter den Bedingungen eines gesamtgesellschaftlichen Care-Mangels mit besonderer Sensibilität zu führen sind.

Pflegefachpersonen und An- und Zugehörige werden in diesem Zusammenhang immer wie-

der mit Todes- und Suizidwünschen konfrontiert. Die Aufgabe der Suizidprävention besteht hier insbesondere darin, über Möglichkeiten der Leidenslinderung umfassend zu informieren, Beratung anzubieten und Handlungssicherheit für Pflegefachpersonen zu fördern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Suizidprävention bei älteren Menschen in existenziellen Leidenssituationen – geprägt durch Einsamkeit, Hoffnungslosigkeit, Angst vor Abhängigkeit oder Verlust der Selbstbestimmung – andere Zugänge erfordert als bei akuten psychiatrischen Krisen. Todes- und Suizidwünsche in diesen Kontexten sind häufig nicht allein Ausdruck eines Sterbewillens, sondern spiegeln die Sehnsucht nach einem Leben wider, das als erträglich und würdevoll erlebt werden kann. (DGS 2026) Suizidprävention kann hier wirksam werden, wenn sie über die psychiatrisch-medizinische Ebene hinausgeht und psychosoziale Begleitung, Maßnahmen gegen Einsamkeit, seelsorgliche Unterstützung sowie die Einbeziehung von An- und Zugehörigen umfasst. Gerade im Kontext des assistierten Suizids ist diese umfassende Begleitung von besonderer Bedeutung, da sie Menschen die Möglichkeit eröffnet, Zuwendung zu erfahren und über ihre Wünsche und Ängste im Gespräch zu bleiben, bevor der assistierte Suizid als einziger Ausweg erscheint. (Ebd.) Für Menschen in der letzten Lebensphase bedeutet dies eine sensible, individuell ausgerichtete Begleitung, die auf die Minderung von Leid, die Erhaltung oder Verbesserung von Lebensqualität sowie die Achtung von Würde und Autonomie abzielt. (Deutscher Bundestag 2025, 2)

Im Kontext des assistierten Suizids ergibt sich daraus eine zentrale Präventionsaufgabe für Hospizarbeit und Palliativversorgung. Diese besteht darin, insbesondere Menschen mit schweren, lebensverkürzenden Erkrankungen und suizidalen Gedanken umfassend über bestehende Unterstützungs-, Behandlungs- und Entlastungsangebote zu informieren und ihnen diese anzubieten. Kennzeichnend ist dabei eine ganzheitliche Herangehensweise, die körperliche, psychosoziale und spirituelle

Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen berücksichtigt.

Über die konkrete Versorgungspraxis hinaus fungiert die Suizidpräventionsstrategie zugleich als übergeordneter normativer Rahmen, innerhalb dessen Maßnahmen geplant, umgesetzt und bewertet werden. (Ebd.) Suizidprävention ist damit sowohl praktisches Handeln – in der Begleitung, Beratung und Leidenslinderung – als auch ethischer Orientierungsrahmen, der dieses Handeln begründet und strukturiert. Diese doppelte Funktion ist aus ethischer Perspektive überzeugend, weil sie verhindert, dass der assistierte Suizid isoliert von sozialen, strukturellen und versorgungsbezogenen Faktoren betrachtet wird. Sie betrifft nicht nur individuelles professionelles Handeln, sondern ebenso organisationale Strukturen sowie gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen. (DER 2022, 109-115) Geprägt wird dieser Rahmen von grundlegenden Prinzipien wie der Achtung der Menschenwürde, dem Schutz des Lebens, der Fürsorge für vulnerable Menschen, der Wahrung von Autonomie sowie den Prinzipien von Gerechtigkeit und Solidarität. (Ebd., 66-75) Diese Werte stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern müssen in konkreten Entscheidungssituationen kontextsensitiv gegeneinander abgewogen werden. Das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Schutzverantwortung erweist sich dabei als zentral (ebd., 99-108) und durchzieht alle Ebenen der Suizidprävention.

10.3 Ebenen der Suizidprävention

Zur systematischen Erfassung dieser Komplexität bietet sich eine Differenzierung zwischen Mikro-, Meso- und Makroebene an.

Auf der **Mikroebene** bildet Suizidprävention den ethischen Orientierungsrahmen professionellen Handelns im direkten Kontakt mit suizidgefährdeten Menschen. Zentrale Bezugspunkte sind die Achtung der Menschenwürde, der Schutz des Lebens, das Fürsorgeprinzip sowie der Respekt vor der Autonomie. (ICN 2021; DER 2022, 117-127) In der Praxis gera-

ten diese Prinzipien jedoch regelmäßig in Konflikt miteinander: Wenn eine pflegebedürftige Person wiederholt den Wunsch nach Suizidassistenz äußert, stehen Pflegefachpersonen vor der Herausforderung, zwischen der offenen Exploration dieses Wunsches im Sinne der Autonomie und einer schützenden Intervention im Sinne der Fürsorge abzuwägen. Hinzu kommt, dass Pflegefachpersonen dabei eigene moralische Überzeugungen und Wissenspositionen einbringen, die mit den Wünschen der Betroffenen oder den Erwartungen der Einrichtung in Spannung stehen können. Professionelles Handeln auf der Mikroebene erfordert daher nicht nur eine reflektierte Abwägung ethischer Prinzipien, sondern auch die Fähigkeit, mit Ambiguität, moralischer Unsicherheit und divergierenden Haltungen umzugehen.

Auf der **Mesoebene** richtet sich Suizidprävention an Organisationen und Institutionen, die den strukturellen Rahmen für professionelles Handeln setzen. (DER 2022, 128-139) Einrichtungen tragen eine eigenständige ethische Verantwortung, eine institutionelle Haltung zum Umgang mit Suizidalität und Suizidassistenz zu entwickeln und die organisationalen Voraussetzungen für eine reflektierte Praxis zu schaffen. Die Mesoebene schafft damit die Bedingungen, unter denen die auf der Mikroebene geforderte Abwägung zwischen Autonomie und Schutzverantwortung gelingen kann.

Auf der **Makroebene** stellt Suizidprävention den ethischen Bezugsrahmen gesellschaftlicher und politischer Entscheidungsprozesse dar. (DER 2022, 140-148) Der Deutsche Ethikrat betont, dass gesamtgesellschaftliche und staatliche Institutionen vor allem in der Verantwortung stehen, eine umfassende Suizidprävention zu ermöglichen – über die gesamte Lebensspanne, in allen relevanten Lebensbereichen, zeitnah und flächendeckend. (Ebd.) Politisch hat sich diese Verantwortung in dem Auftrag des Bundestags an die Bundesregierung konkretisiert, eine nationale Suizidpräventionsstrategie und ein entsprechendes Gesetz vorzulegen (Deutscher Bundestag 2025,

2). Damit wird Suizidprävention auf der Makroebene an strukturelle Voraussetzungen geknüpft: den flächendeckenden Ausbau palliativer Versorgungsangebote, den Zugang zu psychosozialer Beratung und Krisenintervention, die Sicherstellung psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen sowie die soziale Absicherung vulnerabler Gruppen gegen Armut und Einsamkeit im Alter. Wie bereits dargelegt, beeinflusst die zu erwartende Versorgungsqualität unmittelbar das Aufkommen von Sterbe- und Suizidwünschen (Riedel et al. 2022) – eine unzureichende Versorgungslandschaft kann damit selbst zum Risikofaktor werden. Ethisch relevant ist auf dieser Ebene zudem die Vermeidung subtiler Erwartungs- oder Rechtfertigungsdrucksituationen am Lebensende: Suizidprävention bleibt hier Ausdruck kollektiver Verantwortung dafür, dass die Entscheidung für oder gegen einen assistierten Suizid unter Bedingungen realer Wahlfreiheit getroffen werden kann. (DER 2022, 140-148).

10.4 Suizidprävention in der Praxis

Für die Praxis der Palliativversorgung bedeutet dies, dass Suizidprävention auch im Kontext des assistierten Suizids als ethischer Orientierungsrahmen wirksam bleibt. Die grundlegenden ethischen Spannungen zwischen Autonomie, Lebensschutz und Fürsorge stellen sich zwar bei jeder Form von Suizidalität, gewinnen im Kontext des assistierten Suizids jedoch eine besondere Qualität: Der Wunsch nach Lebensbeendigung wird als explizite Anfrage an Dritte – an Ärzte, Pflegefachpersonen und Einrichtungen – herangetragen, die damit unmittelbar in den Entscheidungs- und Handlungsprozess einbezogen werden. (Riedel et al. 2024) Hinzu kommt, dass in Deutschland eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz weiterhin aussteht, was die professionelle Praxis mit erheblichen rechtlichen Unsicherheiten belastet. (Riedel et al. 2022) Suizidprävention und Suizidassistenz stehen dabei nicht in einem einfachen Gegensatz: In der öffentlichen Debatte werden sie zwar teilweise

als unvereinbar dargestellt, doch der Deutsche Ethikrat betont, dass Suizidprävention gerade die Voraussetzung dafür ist, dass eine Suizidentscheidung freiverantwortlich getroffen werden kann. (DER 2022, 109-115)

Auf der **Mikroebene** sind Todes- und Suizidwünsche zunächst als Ausdruck von Leid, Ambivalenz oder Sinnkrisen zu verstehen. (DGS 2026) Suizidprävention zeigt sich hier in einer offenen, nicht wertenden Gesprächsführung, die Raum für Exploration, Entlastung und Beziehung bietet. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin beschreibt diesen Prozess in einem vierschrittigen Modell, das vom Wahrnehmen und Erkennen solcher Wünsche über das Verstehen ihrer Ursachen und Funktionen bis zum Angebot palliativer Begleitung und zur Suizidprävention reicht. (DGP 2021, 17) Ethisch zentral ist dabei die sorgfältige Unterscheidung zwischen einem autonom gebildeten, konsistenten Wunsch und situationsbedingter Verzweiflung, ohne den Menschen auf seine Entscheidung zu reduzieren oder moralisch zu bewerten. (DER 2022, 99-108)

Auf der **Mesoebene** stellt eine konkrete Anfrage nach assistiertem Suizid die Einrichtung vor eine Entscheidungssituation. Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind gefordert, Leitlinien für den Umgang mit solchen Anfragen zu entwickeln. In der Praxis bedeutet das: Wer nimmt eine Anfrage nach Suizidassistenz entgegen? An wen wird sie weitergeleitet? Wie wird das Team informiert und einbezogen? Gibt es ein ethisches Fallgespräch und wer moderiert dieses? Ohne institutionell vorgedachte Prozesse riskieren Einrichtungen ad-hoc-Entscheidungen unter Druck, die weder den Betroffenen noch den Mitarbeitenden gerecht werden. (Riedel et al. 2022) Konkret umfasst dies die Entwicklung einer institutionellen Haltung im Leitbild, die offenlegt, ob und unter welchen Bedingungen ein assistierter Suizid in der Einrichtung begleitet wird (DER 2022, 128-139), klare Zuständigkeitsregelungen, die festlegen, welche Berufsgruppen in welcher Reihenfolge einbezogen werden, die Einrichtung regelmäßiger ethischer Fallbesprechungen, in denen Anfragen im multiprofessionellen Team

reflektiert werden können, Fort- und Weiterbildungsangebote zu Suizidprävention, Suizidassistenten und dem Umgang mit Todeswünschen sowie Unterstützungsangebote für Mitarbeitende, die sich in Gewissenskonflikten befinden – etwa Supervision, Seelsorge oder die Möglichkeit, sich von der Begleitung eines assistierten Suizids zurückzuziehen, ohne berufliche Nachteile befürchten zu müssen. Riedel et al. (2022) betonen, dass die Begleitung im Kontext eines assistierten Suizids weder trägerseits noch institutionell vorgeschrieben werden kann, sondern der Freiheit des Gewissens überlassen bleiben muss. Zugleich entlässt die Möglichkeit der persönlichen Ablehnung die Einrichtung nicht aus ihrer Verantwortung: Sie muss sicherstellen, dass die betroffene Person weiterhin professionell begleitet wird und Zugang zu palliativer Versorgung und psychosozialer Unterstützung behält. Suizidprävention auf der Mesoebene bedeutet damit die Übernahme institutioneller Verantwortung dafür, dass Schutz, Reflexion und professionelle Integrität nicht dem Zufall des Einzelfalls überlassen bleiben, sondern strukturell verankert sind.

Auf der **Makroebene** zeigt sich im Kontext des assistierten Suizids besonders deutlich, wie politische Rahmenbedingungen die Praxis vor Ort bestimmen. Das Fehlen einer gesetzlichen Regelung in Deutschland belastet sowohl Betroffene als auch Professionelle mit erheblicher Rechtsunsicherheit. (Riedel et al. 2022) Ethisch relevant bleibt die Frage, ob die Entscheidung für einen assistierten Suizid unter Bedingungen realer Wahlfreiheit getroffen wird oder ob sie Ausdruck unzureichender palliativer, psychosozialer oder sozialer Versorgung ist. Suizidprävention auf der Makroebene bedeutet daher, sicherzustellen, dass Alternativen zum assistierten Suizid tatsächlich verfügbar und zugänglich sind. (DER 2022, 140-148)

10.5 Fazit

Ausgangspunkt der vorliegenden Analyse war die Frage, welche Rolle Suizidprävention im Kontext des assistierten Suizids einnimmt –

insbesondere in der palliativen Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen. Die Analyse hat gezeigt, dass Suizidprävention und Suizidassistenten in einem Verhältnis wechselseitiger Bezogenheit stehen: Suizidprävention zielt darauf, die Entstehung von Lebenslagen zu verhindern, in denen der Suizid als einziger Ausweg erscheint. (DER 2022, 111) Sie ist damit nicht Verhinderung von Selbstbestimmung, sondern deren Voraussetzung – denn eine freiverantwortliche Suizidentscheidung setzt voraus, dass die betroffene Person über Alternativen informiert ist, Zugang zu Leidenslinderung hat und ihre Entscheidung nicht unter dem Druck unzureichender Versorgung trifft. (Ebd., 66-75) Suizidprävention bleibt aus diesen Gründen der grundlegende ethische Orientierungsrahmen professionellen Handelns – auch dort, wo Suizidassistenten in Anspruch genommen wird, obgleich deren gesetzliche Regelung in Deutschland weiterhin aussteht.

Ethisch zielt Suizidprävention auf den Schutz von Menschen in existenziellen Krisen, die Minderung von Leid sowie die Stärkung von Autonomie unter Bedingungen von Beziehung, Fürsorge und sozialer Verantwortung. Für die Praxis bedeutet dies, dass Todes- und Suizidwünsche weder vorschnell affirmiert noch pauschal zurückgewiesen werden dürfen. Vielmehr bedarf es einer Haltung des Aushaltens, die Ambivalenzen ernst nimmt, dialogisch bleibt und Selbstbestimmung sowie Schutzverantwortung gleichermaßen berücksichtigt.

Auf struktureller Ebene bleibt es eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe sicherzustellen, dass Suizidassistenten nicht an die Stelle unzureichender palliativer, psychosozialer oder sozialer Versorgung tritt. Suizidprävention erweist sich damit auch im Kontext der Suizidassistenten als unverzichtbar: als ethischer Maßstab, als Schutzkonzept für vulnerable Menschen und als Ausdruck kollektiver Verantwortung im Umgang mit Leben, Leid und Sterben.

Literaturverzeichnis

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2021). Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpraevention.pdf (Zugriff: 17.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) (2026). Wir klären auf: Suizidalität verstehen und gemeinsam einen Ausweg finden. <https://www.suizidprophylaxe.de/suizidalitaet/> (Zugriff: 17.05.2026)

Deutscher Bundestag (2023). Suizidhilfe (2): Neuer Gesetzentwurf Helling-Plahr/Künast. Deutscher Bundestag. Presse. <https://www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-956802> (Zugriff: 17.05.2026)

Deutscher Bundestag (2025). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention. Drucksache 20/14987. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/149/2014987.pdf> (Zugriff: 17.05.2026)

Deutscher Ethikrat (DER) (2022). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (Zugriff: 17.05.2026)

Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln. Suizidprävention im Alter. Hilfe für Betroffene. <https://www.suizidpraevention-im-alter.de/start/> (Zugriff: 17.05.2026)

Eggert, S. et al. (2023). Lebensendlichkeit, Lebensmüdigkeit und Suizidprävention im Kontext von Pflegebedürftigkeit – Eine Befragung pflegender Angehöriger. Projektbericht. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_ZQP_NaSPPro_Lebensmuedigkeit.pdf (Zugriff: 17.05.2026)

Erlemeier, N. (2002). Suizidalität und Suizidprävention im Alter. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 212. Kohlhammer: Stuttgart. <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/94968/4911ef06d7e66d8490a104bfa1b0e151/prm-24421-sr-band-212-data.pdf> (Zugriff: 17.05.2026)

Gleich, S. et al. (2024). Assistierte und konventionelle Suizide in München – ein Gruppenvergleich. In: Rechtsmedizin 34(04)/2024, S. 237-243. https://doi.org/10.1007/s00194-024-007_01-z (Zugriff: 17.05.2026)

International Council of Nurses (ICN) (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitung 2021. Deutsche Übersetzung: DBfK, ÖGKV, SBK. https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf (Zugriff: 17.05.2026)

Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (2026). NaSPPro – Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. <https://www.suizidpraevention.de/> (Zugriff: 17.05.2026)

Riedel, A. et al. (2022). Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft. In: Ethik in der Medizin 34(04)/2022, S. 709-723. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00720-y> (Zugriff: 17.05.2026)

Riedel, A./Klotz, K./Heidenreich, T. (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. In: Ethik in der Medizin 36(03)/2024, S. 263-281. <https://doi.org/10.1007/s00481-024-00822-9> (Zugriff: 17.05.2026)

Zentrum für Palliativmedizin – Uniklinik Köln (2026). Umgang mit Menschen mit Todeswünschen. Selbststudium. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/informationen/umgang-mit-todeswuenschen/selbststudium/> (Zugriff: 17.05.2026)

11 Caring Communities

Jens Strube

11.1 Einführung

Spätestens seit Beginn der 2020er Jahre findet die Idee der Caring Community in Deutschland wachsende Resonanz in Zivilgesellschaft, Kommunen und professioneller Gesundheitsversorgung. Einhergehend mit den wegweisenden Überlegungen Alan Kellehears (Kellehear 2005) und der Bewegung von Public Health Palliative Care International (PHPCI 2026) werden von nicht wenigen Caring Communities insbesondere schwere Krankheit, Sterben, Tod und Trauer als herausfordernde Erfahrungen und Lebensrealitäten in den Fokus gerückt. Oft im täglichen Miteinander tabuisiert, gingen diese uns alle an und erforderten daher unsere gemeinschaftliche Sorge. (Kellehear 2013)

Im Folgenden wird zunächst das Konzept der Caring Community vorgestellt und ihr Bedarf begründet. Anschließend werden Handlungsempfehlungen aufgezeigt, deren Umsetzung die Nachhaltigkeit der Caring Community wahrscheinlicher werden lassen. Abschließend wenden sich die Ausführungen der Frage zu, inwieweit Caring Communities auch als Ansatz zur Gesundheitsförderung und -prävention verstanden werden können, der Todeswünschen allgemein und vielleicht auch dem beobachtbaren Anstieg assistierter Suizide entgegenwirken kann.

11.2 Konzept der Caring Community

Der Begriff „Caring Community“ („sorgende Gemeinschaft“) ist vornehmlich im deutsch-

sprachigen Raum verbreitet und kann in einem weiten und engen Sinne verstanden werden.

So bezeichnet er zunächst allgemein ein soziales Konzept einer Gruppe von Menschen, die Verantwortung füreinander und sich selbst übernehmen, indem sie sich im Rahmen von gemeinsamen Initiativen und individuell handelnd in dem von der Gemeinschaft gebildeten Sozialraum mit- und füreinander engagieren, um so ihr Zusammenleben zu verbessern.¹ Viele lokale, zivilgesellschaftlich getragene Initiativen, z.B. in der Quartiersentwicklung, Nachbarschafts- oder Alten- und Jugendhilfe, wurden in Deutschland bereits in die Praxis umgesetzt und lassen sich unter diesem offenen Konzept der Caring Community fassen. (Weihrauch et al. 2026, 7)

Insbesondere im angelsächsischen Raum hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten innerhalb der Überlegungen zu Public Health Palliative Care der Begriff der „Compassionate City“ entwickelt. Ein einheitliches Begriffsäquivalent für Compassionate City konnte sich im Deutschen bisher nicht etablieren, so dass auch für dieses enger gefasste Konzept alternativ Begriffe wie „Caring Community“, „sorgende Gemeinschaft“ oder „mitfühlende Stadt“ verwendet werden. Die Compassionate City bezeichnet „Gemeinden, die öffentlich zu einer Sorge füreinander [...] ermutigen, diese ermöglichen, unterstützen und feiern, insbesondere in herausfordernden Zeiten und bei Erfahrungen wie lebensbedrohlicher oder -begrenzender Erkrankung, chronischen Belastungen, gebrechlichem Alter und Demenz, Trauer und Verlust sowie Langzeitpflege.“ (Abel/Kellehear 2020, 1, eigene Übersetzung)

¹ So verstehen Wegleitner und Schuchter den Begriff der Caring Community eher als Platzhalter „für ein Zukunftsbild einer solidarischen Gesellschaft, die um die Bedingungen guten Lebens und wechselseitiger Sorge für alle Bürger*innen ringt.“ (Wegleitner/Schuchter 2021, 4) Konkrete Ausgestaltung, inhaltliche Schwerpunkte, Adressaten und Akteure würden demgegenüber von der jeweiligen Gemeinschaft für den betreffenden Sozialraum, der sich auch auf Quartiere oder Bezirke beschränken kann, ausbuchstabiert. (Ebd.)

Grundannahme der Caring Community in diesem engeren Sinne ist, dass wir diesen existenziellen Krisen im Leben am besten in geteilter Verantwortung, das heißt im Verbund von Bürgerschaft, professioneller Gesundheitsversorgung und Kommune begegnen können. Die sorgende Gemeinschaft entsteht, indem ein aktiver und offener Austausch zu diesen Themen gepflegt wird, die diesbezüglichen Gesundheits- und Sorgekompetenzen der Bürger gestärkt werden und die Bürger zunehmend Sorgeverantwortung für sich und ihre Mitmenschen, d.h. auch außerhalb der Familie, übernehmen.² Dieser Fokus auf solidarisches Handeln und eine von der sozialen Infrastruktur getragene Sorgeskultur führt dazu, dass Caring Communities auch als „Weiterentwicklung der Hospizbewegung“ betrachtet werden. (DGP/DHPV/BÄK 2025, 9; Weihrauch et al. 2026, 7)

Die Verantwortung, erforderliche Rahmenbedingungen zu schaffen sowie Sensibilität, offenen Austausch und Kompetenzen im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer³ zu stärken, obliegt dabei nicht allein der individuellen oder zivilgesellschaftlichen Initiative. Caring Community ist zugleich Thema der Öffentlichen Gesundheit und organisierte Anstrengung der Gesellschaft (Voltz/Ohler 2026, 39).⁴ Sie ist gemeinsame Aufgabe aller, d.h. insbesondere auch der politischen und kommunalen Verantwortungsträger sowie der professionellen Gesundheitsversorgung.⁵ Sämtliche Institutionen, in denen sich soziales Leben vollzieht, z.B. auch Unternehmen und Verbände, Kultur- und Bildungseinrichtungen (DGP/DHPV/BÄK 2025, 10 f.), Glaubensgemeinschaften und Kirchengemeinden, Vereine, Initiativen und

andere gemeinnützige Organisationen tragen zum Gelingen der Caring Community bei.

In den letzten Jahren haben Initiativen zur Etablierung von Caring Communities mit Schwerpunkt auf schwere Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in Deutschland an Gewicht gewonnen.⁶ Begleitet wurde diese Entwicklung durch die „Bern Declaration“ (PHPCI 2024), die „D-A-CH Deklaration 2025 – Caring Communities“ (Caring Community Kongress D-A-CH 2026) sowie die Veröffentlichung der „Handlungsempfehlung Caring Communities“ (DGP/DHPV/BÄK 2025) durch die Träger der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (DGP/DHPV/BÄK 2020). Die Wegbereiter der Charta sehen in Caring Communities eine wesentliche Möglichkeit, den Leitgedanken „Jeder Mensch hat ein Recht auf ein Sterben unter würdigen Bedingungen“ (DGP/DHPV/BÄK 2020, 8) Realität werden zu lassen (Weihrauch/Kränzle 2026, 44). Denn eine Einbettung von Betroffenen und Angehörigen in ein soziales Umfeld und persönliche Beziehungen, die Wahrnehmung des Menschen in seiner Vielschichtigkeit sowie die Anerkennung seiner persönlichen Werte und Wünsche tragen hierzu bei. (DGP/DHPV/BÄK 2020, 11 f.)

11.3 Bedarf für Caring Communities

Angeichts von demografischem Wandel (Überalterung der Gesellschaft, steigende Lebenserwartung, wachsende Zahl an Pflegebedürftigen) und gesellschaftlichen Veränderungen (berufsbedingte Wohnortwahl, beiderseitige Berufstätigkeit in Partnerschaften, Zunahme von Ein-Personen-Haushalten) ist ein

² Gronemeyer und Schultz skizzieren ein solches Zielbild, in dem die Bürger Sorge für andere übernehmen, für die Pflege. Die beschriebene „Caring Society“ basiert auf den Gedanken der „konvivialen Pflege“ und der „ars curandi“ und fußt auf mitmenschlichem Engagement. (Gronemeyer/Schultz 2023)

³ Die Handlungsempfehlungen zum Leitsatz 1 der Charta betonen die Bedeutung, entsprechende Kompetenzen in der Bevölkerung zu entwickeln, und enthalten einen diesbezüglichen Maßnahmenkatalog. (DGP/DHPV/BÄK 2017, 16)

⁴ Interview mit Dr. Johannes Nießen, Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen und kommissarischer Leiter des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

⁵ Insbesondere Hospize werden in diesem Zusammenhang als „Lern- und Übungsorte für eine Kultur der Sorge“ gesehen. Ihnen kommt eine wesentliche Rolle bei Aufbau und Entwicklung von Caring Communities zu. (Kränzle 2026, 25 f.)

⁶ Über den engen Fokus auf die letzte Lebensphase hinaus wird zugleich ermutigt, in den Schnittstellen mit anderen Bewegungen, die ihren Schwerpunkt bspw. auf soziale Quartiersentwicklung, Altenhilfe oder Demenz legen, eine Zusammenarbeit zu suchen. (DGP/DHPV/BÄK 2025, 5)

weiter zunehmender Pflegebedarf und Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sowie eine abnehmende Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu erwarten.⁷ Dies betrifft auch die Gesundheitsversorgung in der letzten Lebensphase. Die aus den personellen und finanziellen Engpässen entstehende Effizienzorientierung führt bereits heute oft zu einem Fokus auf die erforderliche medizinisch-pflegerische Versorgung, statt den Patienten als vielschichtigen Menschen, d.h. auch in seinen psychosozialen oder spirituellen Facetten, in den Blick zu nehmen. (Rodin et al. 2025)

Laut Kellehear verbringen Menschen in ihrer letzten Lebensphase nur 5 % ihrer Zeit mit beruflich Pflegenden oder Ärzten, 95 % in anderen Konstellationen – oft allein, zeitweise mit der Familie, Freunden oder Nachbarn, manchmal am Arbeitsplatz oder im Verein. Tragfähige und umfassende Sorgeskultur kann angesichts dieser Zeitrelationen am ehesten dort entstehen, wo sich die Menschen am meisten aufhalten, sie in persönlicher Beziehung zu ihren Mitmenschen stehen und sich sozial eingebettet fühlen können. (Kellehear 2022, 25 f.).

Dem steht gegenüber, dass heutzutage in nicht wenigen Fällen die umfassende (gesundheitliche) Versorgung in der letzten Lebensphase von den erkrankten Menschen sowie den An- und Zugehörigen als von beruflich Sorgenden zu erbringende Dienstleistung betrachtet wird. Frühzeitige Gespräche über die Ausgestaltung der letzten Lebensphase werden oft vermieden. Nicht selten geht dies einher mit Wissens- und Erfahrungslücken zu Krankheit, Sterben, Tod und Trauer bei Betroffenen und nahestehenden Menschen, ggfs. auch mit durch Missverständnisse begründeten Vorbehalten gegenüber der Palliativversorgung. (Klemmt/van Baal/Stiel 2025) Umgekehrt kommt es in vielen anderen Fällen, in denen schwerstkranke Menschen zuhause

durch An- und Zugehörige betreut werden,⁸ für letztere zu Überlastungssituationen, da diese oft nicht auf ein ausreichendes soziales Netzwerk zurückgreifen können. Auch sehen sie sich nicht selten fehlender gesellschaftlicher Anerkennung gegenüber. (DGP/DHPV/BÄK 2025, 9)

All dies zeigt auf, welche Potenziale in Caring Communities i. S. v. lokalen Sorgenetzwerken bestehen. Ihr Ziel ist nicht, die erforderliche professionelle Sorge für schwerstkranke Menschen zu ersetzen, sondern diese komplementär zu ergänzen. Sie stärken die zivilgesellschaftliche Eigeninitiative und die Kompetenzen der Menschen, mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer umzugehen. Innerhalb einer gesellschaftlichen Sorgeskultur rücken sie den Menschen in seinen unterschiedlichen Dimensionen und das zwischenmenschliche Miteinander in den Mittelpunkt. (Sallnow et al. 2022, 837 f.; 853-855; 870; 875) Es entstehen tragfähige „Beziehungs- und Sorgebrücken“ über die Familiengrenzen hinaus. (Schuchter/Wegleitner 2026, 8)

11.4 Handlungsempfehlungen

Caring Communities mit Schwerpunkt auf der letzten Lebensphase sind in ihren Ausprägungen (z.B. Entstehung, Schwerpunkte, Projekte, oder handelnde Akteure) so vielfältig wie die spezifischen Gegebenheiten des Sozialraums, in denen sie entstehen. Die „Handlungsempfehlung Caring Communities“ zeigt Handlungsfelder auf, „die für eine Umsetzung der formulierten Ziele von zentraler Bedeutung sind. Ihr Zusammenwirken schafft die Basis für eine Sorgeskultur im Sinne der Letztverlässlichkeit der Charta.“ (DGP/DHPV/BÄK 2025, 12 f.)

- Initiative und gemeinsame Vision aller, die sich auf den Weg machen
- Aktive Unterstützung durch politische Entscheidungsträger vor Ort

⁷ Eine umfassende Ausweitung und Verbesserung der (multi)professionellen Versorgung im Gesundheitswesen ist ohne weitreichende Reformen, Schwerpunktveränderungen und Innovationen kaum realisierbar. (Karagiannidis/Augurzy/Alscher 2025) Eine aktuelle Prognose zu Ausgaben und Einnahmen 2030 der Gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland sowie Reformvorschläge, um ihre Finanzierungssituation zu verbessern, finden sich im Bericht der FinanzKommission Gesundheit 2026.

⁸ Die Zahl informell pflegender An- und Zugehöriger wird in Deutschland 2021 auf 7,1 Mio. Menschen geschätzt. (Hermann et al. 2023, 10-12). Eine Modellrechnung lässt auf bis zu 0,6 Mio. Personen schließen, die informell Menschen in palliativen Situationen pflegen.

- Aktive Unterstützung des Prozesses durch die Hospiz- und Palliativstrukturen vor Ort
- Bestandsaufnahme der existierenden Initiativen und Bedarfe der Gemeinschaft
- Aktives Einbeziehen möglichst aller Menschen vor Ort i. S. e. hohen Partizipation
- Einbeziehung von und Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren, wie z. B. Vereinen, Selbsthilfe- und Bürgerinitiativen, Kitas, Schulen und Hochschulen, Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften, Unternehmen und ihren Verbänden sowie Kultureinrichtungen
- Einrichtung einer koordinierenden Stelle für die Caring Community
- Absicherung der Nachhaltigkeit der Caring Community, u.a. durch Öffentlichkeitsarbeit, Evaluation und finanzielle Unterstützung
- Enge Bezugnahme der Caring Community-Bewegung zum Thema der Öffentlichen Gesundheit (Public Health), i. S. e. Beitrags zur Gesundheitsförderung.

Caring Communities entwickeln sich vor Ort oft durch die enge Zusammenarbeit von Zivilgesellschaft, kommunaler Verwaltung und Politik sowie professioneller Gesundheitsversorgung im Rahmen eines partizipatorischen Prozesses. Um ein zielgerichtetes Handeln aller Stakeholder zu ermöglichen, erfolgt eine Abstimmung nicht selten über Bürgerforen, Runde Tische, Steuerkreise oder Arbeitsgruppen. Das zivilgesellschaftliche Engagement vollzieht sich zugleich auf individueller, zwischenmenschlicher Ebene, ggfs. eingebettet in institutionelle Rahmen wie Initiativen und Vereine, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung oder auch andere Sozialräume.

In Deutschland finden sich mehrere Kommunen, die sich auf den Weg zur Caring Community gemacht haben. Zu diesen gehören unter anderem Köln, Erlangen und Göttingen.⁹

11.5 Caring Communities, Gesundheitsförderung und -prävention

In Caring Communities findet die engagierte Zivilgesellschaft Wege, ihre Gesundheitsbedingungen mitzugestalten. Die Sorgenden Gemeinschaften sind daher eng mit dem Thema der Öffentlichen Gesundheit verwoben (Schuchter/Wegleitner 2026, 7) und können auch als Weg der öffentlichen Gesundheitsförderung und -prävention betrachtet werden. Diese Sicht wird nicht nur international, z.B. von Public Health Palliative Care International (PHPCI 2026), vertreten, ähnlich äußern sich auch die Träger der „Handlungsempfehlung Caring Communities“ (DGP/DHPV/BÄK 2025, 13).

Indem in der Bürgerschaft Wissen und Kompetenzen zum Umgang mit schwerer Krankheit, Sterben, Tod und Trauer gefestigt werden und ein offener Austausch über diese Herausforderungen im Leben entsteht, kann über den einhergehenden Bewusstseins- und Haltungswandel in der Gemeinschaft ein Sorgeumfeld entstehen, das den von schwerer Krankheit betroffenen Menschen zu tragen vermag. Dieses schafft für Betroffene und Nahestehende Raum für die Gestaltung der letzten Lebensphase und das Erleben höherer Lebensqualität. Verbreiteten Phänomenen wie Einsamkeit und Depression bei Krankheit und Alter kann so möglicherweise begegnet werden. Auch ist davon auszugehen, dass ein besserer Kenntnisstand zu den Möglichkeiten der Palliative Care sowie den verfügbaren, gesellschaftlich getragenen Unterstützungsmöglichkeiten dazu beiträgt, Befürchtungen zur künftigen Symptomlast oder einem einsamen Sterben zu reduzieren.

An manchen Stellen wird angedeutet, dass Caring Communities insofern auch geeignet sind, zur Suizidprävention beizutragen. (DGP/DHPV/BÄK 2025, 13) Die Idee ist, dass Menschen über die Einbettung in die Caring Community Unterstützung und Gemeinschaft erfahren, so dass sich ein Raum von zwischen-

⁹ Siehe die betreffenden Websites dieser Caring Communities: Köln: <https://caringcommunity.koeln>; Erlangen: <https://gemeinsam-endlich.de> Göttingen: <https://caringcom.de>. (Zugriff jeweils: 18.05.2026)

menschlichem Vertrauen bilden kann. In diesem können schwerstkranke und nahestehende Menschen auch über ihre Belastungen und Sorgen sprechen, ohne mit diesen allein zu bleiben. Etwaige Todeswünsche werden von den Sorgenden gehört und besser verstanden. Mitmenschen und professionelle Kräfte begegnen diesen mit Offenheit und Empathie und können konkrete Gesprächs- und Unterstützungsangebote machen. Auf diese Weise können sich für Menschen mit Todeswünschen Wege ergeben, wieder Lebensmut zu fassen. (Schaeffer 2026, 14-16) Ein ähnlicher Zusammenhang lässt sich für den Wunsch nach assistiertem Suizid vermuten. Insgesamt darf insofern geschlossen werden, dass Caring Communities mit Schwerpunkt auf der letzten Lebensphase auch suizidpräventiv wirken können.

Literaturverzeichnis

Abel, J./Kellehear, A. (2020). The Compassionate City Charter (Revised and approved December 2020). Compassionate Communities UK. <https://www.compassionate-communitiesuk.co.uk/the-compassionate-city-charter> (Zugriff: 20.09.2026)

Caring Community Köln e. V. (2026). Website der Initiative. <https://caringcommunity.koeln/> (Zugriff: 18.05.2026)

Caring Community Kongress D-A-CH (Hrsg.) (2026). D-A-CH Deklaration 2025 – Caring Communities. Gesellschaftspolitische Hoffnung in Krisenzeiten. Initiative von Fachpersonen, Organisationen und der Zivilgesellschaft aus Deutschland, Österreich und der Schweiz anlässlich des Caring Community Kongresses 2025 D-A-CH. Datum: 2025. Orte: Bern, Köln, Wien. https://caringcommunity-kongress.org/wp-content/uploads/2026/02/DACH-Deklaration_2025_QR.pdf (Zugriff: 17.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2017). Charta zur Be-

treuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/220207_Handlungsempfehlung_online.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2020). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. 10. Aufl. https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/dokumente/2020_Charta_Broschuere_Stand_Jan2020.pdf (Zugriff: 08.04.2026)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V./Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V./Bundesärztekammer (DGP/DHPV/BÄK) (Hrsg.) (2025). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Handlungsempfehlung. Caring Communities im Sinne der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/RZ_251021_Charta_Handlungsempfehlung_ES_online.pdf (Zugriff: 16.05.2026)

FinanzKommission Gesundheit (2026). Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit. Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur Gesetzlichen Krankenversicherung ab 2027. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/F/FinanzKommission_Gesundheit/FinanzKommissionGesundheit_Erster_Bericht_20260330.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

GEMEINSAM endlich – Mitfühlende Stadt Erlangen und Umland (2026). Startseite. Mitfühlende Stadt Erlangen und Umland. <https://gemeinsam-endlich.de/> (Zugriff: 18.05.2026)

Gronemeyer, R./Schultz, O. (2023). Die Rettung der Pflege. Wie wir Care-Arbeit neu denken und zu einer sorgenden Gesellschaft werden. Kösel: München.

Hermann, J. et al. (2023). Daten zur Informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegendе. Hrsg. v. Fraunhofer-Institut für Informationstechnik (FIT). <https://publica-rest.fraunhofer.de/server/api/core/bitstreams/b55b85da-c6a4-4425-be2f-f746eb91a83e/content>

(Zugriff: 15.06.2026)

Karagiannidis, C./Augurzky, B./Alscher, M. D. (2025). Die Gesundheit der Zukunft. Wie wir das System wieder fit machen. Hirzel: Stuttgart.

Kellehear, A. (2005). Compassionate Cities: Public health and end-of-life care. Routledge: London/New York.

Kellehear, A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. In: QJM 106(12)/2026, S. 1071-1075.

Kellehear, A. (2022). The social nature of dying and the social model of health. In: Abel, J./Kellehear, A. (Hrsg.) (2022). Oxford Textbook of Public Health and Palliative Care. Oxford University Press: Oxford, S. 22-29.

Klemmt, M./van Baal, K./Stiel, S. (2025). Wissen, Einstellungen und Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung zur palliativmedizinischen Versorgung – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. In: Zeitschrift für Palliativmedizin. DOI: 10.1055/a-2697-5280.

Koordinationsstelle des Hospiz- und Palliativnetzwerkes "Caring Community Region Göttingen" (2026). Über uns. Was bedeutet Caring Community? Gemeinsam begleiten wir Menschen in der letzten Lebensphase. <https://caringcom.de/caring-community/>

(Zugriff: 18.05.2026)

Kränzle, S. (2026). Von der Hospizbewegung zur Caring Community. In: Praxis Palliative Care 18(70-71)/2026, S. 24-27.

Public Health Palliative Care International (PHPCI) (2024). The Bern declaration 2024. <https://www.phpci.org/berndeclaration>

(Zugriff: 16.05.2026)

Public Health Palliative Care International (PHPCI) (2026). The Public Health Approach to Palliative Care. <https://www.phpci.org/public-health-approach> (Zugriff: 16.05.2026)

Rodin, J. et al (2025). The Human Crisis in Cancer: A Lancet Oncology Commission. In: The Lancet Oncology 26(12)/2025, S. E628-E670.

Sallnow, L. et al. (2022). Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. In: The Lancet 399(10327)/2022, S. 837–884. <https://valueof-death.org/wp-content/uploads/2023/09/Lancet-Commission-on-the-Value-of-Death.pdf>

(Zugriff: 16.05.2026)

Schaeffer, A. (2026). Letztverlässlichkeit leben. Wie Caring Communities Suizidprävention im Alter stärken. In: Praxis Palliative Care 18(70-71)/2026, S. 13-15.

Schuchter, P./Wegleitner, K. (2026). Was sind sorgende Gemeinschaften? Dimensionen und Kernthemen der Caring Community. In: Praxis Palliative Care 18(70-71)/2026, S. 6-9.

Voltz, R./Ohler, K. (2026). Raus aus der Bubble. Perspektiven jenseits von Hospiz- und Palliativversorgung am Beispiel der Caring Community Köln. In: Die Hospizzeitschrift. Palliative Care 110(01)/2026, S. 36-41.

Wegleitner, K./Schuchter, P. (2021). Handbuch Caring Communities. Sorgenetze stärken – Solidarität leben. https://www.sorgenetz.at/wp-content/uploads/2021/11/Handbuch-Caring-Communities_komprimiert.pdf

(Zugriff: 08.04.2026)

Weihrauch, B./Kränzle, S. (2026). Warum eine Handlungsempfehlung im Sinne der Charta? In: Die Hospizzeitschrift. Palliative Care 110(01)/2026, S. 44 f.

Weihrauch, B. et al. (2026). Caring Communities: zwischen Mutausbuch, Aktenübergabe und politischer Verantwortung. In: Die Hospizzeitschrift. Palliative Care 110(01)/2026, S. 6-12.

Teil 3

Leitlinienentwicklung und Praxisgestaltung

12 Ethische Leitlinien

Manfred Baumann

12.1 Einführung

Der vorliegende Hintergrundtext beschreibt Initiierung, Entwicklung und Strukturierung ethischer Leitlinien als zentrale Instrumente zur Orientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Er verdeutlicht, wie komplexe, wiederkehrende ethische Fragestellungen systematisch und lösungsorientiert bearbeitet werden können. Zu diesem Zweck führt der Text zunächst in die Definition und Funktion von Leitlinien ein, schlägt eine dreiteilige Struktur vor – basierend auf den Formen der Meta-, deskriptiven und normativen Ethik –, beschreibt den dynamischen Entwicklungsprozess und veranschaulicht diesen Weg abschließend anhand eines konkreten Praxisbeispiels zum assistierten Suizid.

12.2 Ethische¹ Leitlinien in Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens

Ethische Leitlinien lassen sich in ihrer Funktion, ihrem Ziel und ihrer fallunabhängigen Wirkung wie folgt beschreiben:

- **Instrumente zur systematischen Bearbeitung:** Sie dienen dazu, „wiederkehrende ethische Fragestellungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens in einer systematischen und lösungsorientierten Weise zu bearbeiten.“ (Neitzke et al. 2015, 241 f.)

- **Ziel als grundlegende Orientierungshilfe:** Aufbauend auf dieser Funktion ist ihr Ziel „eine grundlegende ethische Orientierungshilfe für Mitarbeitende, etwa durch das Bereitstellen von Informationen, die Erläuterung von rechtlichen Rahmenbedingungen oder den Bezug zu hausinternen Leitbildern².“ (Ebd., 243)
- **Fallunabhängige Ausrichtung:** Als Mehrwert bieten sie schließlich „unabhängig vom konkreten Einzelfall eine ethische und juristische Orientierung für die den spezifischen Situationen zugrunde liegenden ethisch relevanten Fragestellungen.“ (Ebd., 244)

Für die Strukturierung einer ethischen Leitlinie sowie die Benennung von Grundsätzen empfiehlt sich die Reflexion des Gegenstandes und die Formulierung eines Handlungsrahmens anhand der drei Formen der Ethik: Metaethik, deskriptive Ethik und normative Ethik.

12.3 Struktur einer ethischen Leitlinie

Aus der methodischen Verknüpfung der drei ethischen Grundformen ergibt sich folgende Struktur für die Erstellung einer praxisnahen ethischen Leitlinie:

Teil I: Definition des Gegenstands (Meta-Ethik)³

Was ist ein assistierter Suizid? In diesem ersten Teil geht es darum, begriffliche Klarheit zu

¹ Für eine sprachliche Klarheit ist die Unterscheidung von Ethik und Moral wichtig. Während **Moral** als die Gesamtheit der Werte, Normen, Prinzipien, Tugenden und Vorstellungen eines guten Lebens, die in einer Gesellschaft, Institution, Gruppe oder von einzelnen Personen als gültig angesehen und gelebt wird, beschrieben werden kann, ist **Ethik** die theoretische Reflexion und Analyse dieser Moral.

² Ein Leitbild beschreibt das Selbstverständnis einer Organisation mit ihren Werten und grundlegenden Zielen. Es definiert, wer eine Organisation ist (Identität), was sie tut (Mission), wohin sie will (Vision) und nach welchen Werten gehandelt wird (Werte). Leitlinien sind praxisorientiert und operationalisieren das Leitbild, indem sie dessen abstrakte Werte in die tägliche Arbeit übersetzen und Empfehlungen für konkrete Situationen formulieren.

³ Meta-Ethik definiert „das, worüber sie sich zu sprechen bemüht [...] Wie kommen die Werturteile eines moralischen Systems zustande? Was bedeuten die Begriffe und Konzepte, mit denen im Rahmen ethischer Gespräche, Fallbesprechungen, Diskussionen und Debatten wie selbstverständlich umgegangen wird?“ (Baumann/Fromm 2023, 41)

schaffen und ein gemeinsames, valides Verständnis der Kernbegriffe zu etablieren.

Teil II: Ethisch-rechtliche Rahmung (deskriptive Ethik)⁴

Wie ist die aktuelle rechtliche Situation? In diesem zweiten Teil geht es darum, die bestehenden rechtlichen Vorgaben und ethischen Orientierungen zu erfassen, um zu klären, an welchen Werten und Normen (wie dem Leitbild einer Einrichtung/eines Dienstes, rechtlichen Regelungen sowie Empfehlungen der Träger und Verbände) wir uns im Alltag orientieren können und müssen.

Teil III: Der konkrete Handlungsrahmen für unsere Einrichtung/unseren Dienst (normative Ethik)⁵

Wie gehen wir konkret mit Menschen um, die einen Wunsch nach assistiertem Suizid äußern? In diesem dritten Teil werden die erarbeiteten Grundsätze in verbindliche Vorgehensweisen, Verantwortlichkeiten sowie „Kann-, Soll- und Muss-Bestimmungen“ für die Praxis übersetzt.

12.4 Entwicklungsprozess: Initiative, Steuerung und Arbeitsweise

Der Prozess zur Entwicklung ethischer Leitlinien kann von Mitarbeitenden angestoßen werden (*bottom up*), die sich für ihre praktische Tätigkeit einen orientierenden Rahmen des Arbeitgebers (Träger, Einrichtung oder Dienst) wünschen. Der Prozess kann aber auch von ethisch Verantwortlichen (Ethik-Beratern, Ethik-Konsiliardiensten, Ethikkomitees etc.) oder von der Geschäftsführungsebene angestoßen werden (*top down*). Im Klinikbereich gehört die Entwicklung ethischer Leitlinien neben Ethikberatung und der Organisa-

tion ethischer Fortbildungen zu den Kernaufgaben Klinischer Ethikkomitees (KEK). (Steinkamp/Gordijn 2010)

Leitlinien können dann im Auftrag der Geschäftsführung von ethisch versierten Personen oder einer fachlich versierten Arbeitsgruppe erarbeitet werden. Im Rahmen eines partizipativen Prozesses kann im Einvernehmen mit der Geschäftsführung alternativ eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Leitlinie installiert werden.⁶ Aufgrund der Komplexität des Gegenstands empfiehlt es sich auch hier, dass eine ethisch versierte Person diesen Prozess kontinuierlich begleitet, koordiniert und moderiert.

Ethische Leitlinien sind keine statischen Dokumente. Nach ihrer Erstellung werden sie im Rahmen eines iterativen Prozesses regelmäßig überprüft, bewertet und bei Bedarf angepasst, um auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gesellschaftliche Entwicklungen, rechtliche Änderungen sowie Erfahrungen aus der Praxis zu reagieren.

12.5 Der Weg zur Leitlinie: Praxisbeispiel Assistierter Suizid

Die Entwicklung einer Leitlinie zum assistierten Suizid lässt sich beispielhaft in folgende Schritte und Inhalte gliedern.

1. Bestimmung von Ziel und Gegenstand

Zu Beginn definiert die Arbeitsgruppe, was der Gegenstand der Leitlinie ist, was die Leitlinie leisten soll und bis wann sie fertiggestellt sein muss.

- *Warum wird eine solche Leitlinie benötigt und welcher konkrete Nutzen wird von ihr erwartet?*
- *Wie wird der Gegenstand (der assistierte Suizid) definiert, um begriffliche Klarheit*

⁴ Die deskriptive Ethik beschreibt moralische Systeme. „Sie stellt Wertorientierungen fest, ohne sich selbst dazu zu positionieren. Sie kann die Moral eines Individuums, einer Gruppe, einer Institution oder einer Gesellschaft beschreiben: deren Sitten, Gebräuche und Einstellungen.“ (Baumann/Fromm 2023, 40)

⁵ Die normative Ethik „beschäftigt sich mit der Grundfrage, was getan werden soll. Welche Handlungen sind richtig oder falsch? [...] Sie versucht, die eigene Position (Wertehaltung) zu begründen und sich zu anderen Positionen ins Verhältnis zu setzen. Sie bewertet bestehende und entwirft eigene Moralsysteme.“ (Baumann/Fromm 2023, 40 f.)

⁶ Vgl. Hintergrundtext „Entwicklung von Leitlinien im partizipativen Prozess“.

und ein gemeinsames Verständnis der Kernbegriffe zu etablieren?

- *Was genau soll das Endergebnis des gemeinsamen Prozesses sein?*
- *In welcher Form und in wie vielen Sitzungen (bis zu welchem zeitlichen Horizont) soll die Leitlinie erarbeitet werden?*
- *Wie wird der Umgang mit der Leitlinie nach ihrer Fertigstellung nach innen (Mitarbeitende) und nach außen (Öffentlichkeit/Angehörige) gehandhabt?*

Diese anfänglichen Klärungen und die Festlegung des Rahmens dienen dazu, den Gegenstand präzise zu umreißen und zu definieren (*Teil I der Leitlinie*).

2. Klärungen: Ethisch-rechtliche Einordnung des assistierten Suizids

Hier werden die Teilnehmenden auf einen gemeinsamen Wissensstand bezüglich der rechtlichen und normativen Rahmenbedingungen gebracht.

- *Wie stellt sich die aktuelle rechtliche Situation dar?*
- *Wie lässt sich der assistierte Suizid ethisch-rechtlich einordnen?*
- *Wie grenzt er sich von anderen Sterbehilfen ab, und welche vier Formen unterscheiden wir?*
- *Was ist Aufgabe von Einrichtungen und Diensten der Gesundheitssorge (und was nicht)?*

Die Teilnehmenden diskutieren hierzu unterschiedliche Positionen. Fachvorträge können diesen Weg unterstützen, den eigenen Diskurs der Gruppe jedoch nicht ersetzen. Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung mit Recht und ethischer Rahmung durch bestehende Normenpapiere (Leitbild einer Einrichtung/eines Dienstes, rechtliche Vorgaben sowie Empfehlungen der Träger und der Verbände) bilden *Teil II der Leitlinie*.

3. Der Weg zum konkreten Vorgehen

a. Mehr-Ebenen-Modell-Diskussion

Anhand des Mehr-Ebenen-Modells finden eine erste Betrachtung und ethische Diskussion der unterschiedlichen Ebenen mit ihren Verantwortlichkeiten statt.⁷

- *Was gibt es zu bedenken? Wurde alles bedacht? Wurde an alle Akteure gedacht?*
- *Auf welcher Ebene stellen sich welche Fragen?*
- *Auf welcher Ebene (Sterbewilliger, An- und Zugehörige, persönliches und berufliches Selbstverständnis Ehren- und Hauptamtlicher, Dienst oder Institution, Verbände, Gesundheitswesen, Gesellschaft) stellen sich welche Fragen – und inwiefern sind sie relevant für die eigene Praxis?*

b. Rote-Linien-Diskussion

Anhand von Fallbeispielen⁸ können für die eigene Einrichtung oder den Dienst auf unterschiedlichen Ebenen (individuelle Haltung, Teamhaltung, Trägerhaltung) „rote Linien“ identifiziert und formuliert werden.⁹

Diese markieren unverhandelbare Grenzen und definieren den Rahmen für das Handeln, der von den Mitarbeitenden nicht überschritten werden darf oder soll.

- *Welche Linien dürfen im Umgang mit Menschen, die sich in unserer Begleitung, Beratung oder Versorgung befinden und sich einen assistierten Suizid wünschen, nicht überschritten werden?*
- *Was tun wir – und was tun wir explizit nicht?*

c. Neuralgische Punkte

Über die Diskussion des Mehr-Ebenen-Modells und der Roten Linien lassen sich die neuralgischen Punkte in der Begleitung von Menschen mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod identifizieren. Die Klärung dieser kritischen Punkte ermöglicht es, das Vorgehen

⁷ Vgl. Hintergrundtext „Ethische Diskussion anhand eines Mehrebenen-Modells“.

⁸ Beispielsweise: Fallbeispiele im Dialogpapier des DHPV: DHPV 2021.

⁹ Vgl. Hintergrundtext „Rote Linien im Umgang mit Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid“.

der Einrichtung/des Dienstes konkret zu beschreiben und festzulegen, wie in den identifizierten Situationen verfahren werden soll.

Neuralgische Punkte können beispielsweise sein:

- *Ambulante, teilstationäre oder stationäre Aufnahme und Begleitung bei geäußertem Suizidwunsch?*
- *Wo beginnt Assistenz? Bei der Information oder erst bei der Beratung? Wie wird „Beratung“ definiert?*
- *Wer wird informiert, wenn ein Wunsch nach assistiertem Suizid besteht oder umgesetzt werden soll?*
- *Freiwilligkeit der Begleitung und Versorgung? – Wie ist das festgelegt und wie wird es besprochen?*
- *Anwesenheit beim Suizid oder nicht?*
- *Begleitung von Haupt- und Ehrenamtlichen vor und nach einem assistierten Suizid?*
- *Begleitung der Familie und Zugehörigen?*
- *Kommunikation nach innen und außen?*

d. Erstellung und Diskussion von Teil III der ethischen Leitlinie

Die Eckpunkte der gemeinsamen Grundhaltung werden final diskutiert, fixiert und daraus die konkrete, verbindliche Vorgehensweise für die Praxis formuliert (*Teil III der Leitlinie*).

- *Was bedeuten die erarbeiteten Grundsätze konkret in der Anwendung auf den Umgang mit Menschen, die sich in unserer Begleitung, Beratung oder Versorgung befinden und sich einen assistierten Suizid wünschen?*
- *Welche Grenzen dürfen nicht überschritten werden?*
- *Was bedeutet der Wunsch für ambulante, teilstationäre, oder stationäre Begleitung, Beratung und Versorgung?*
- *Welche Gründe sollen als Begründung unserer Entscheidungen für diesen Handlungsrahmen in der Leitlinie dokumentiert werden?*

Nach der Erarbeitung des finalen Textes (Teile I-III) folgt die Abstimmung mit dem Träger sowie die formelle Verabschiedung und Inkraftsetzung durch die Geschäftsführung.

12.6 Fazit

Die Entwicklung einer ethischen Leitlinie – wie hier am Beispiel des assistierten Suizids verdeutlicht – zeigt, dass praxisnahe Orientierung im Gesundheitswesen nur durch die Verknüpfung von ethischer Theorie und gelebter Praxis gelingt. Indem die drei Formen der Ethik (Metaethik, deskriptive und normative Ethik) methodisch ineinandergreifen, entsteht ein strukturierter Handlungsrahmen, der weit über ein abstraktes Leitbild hinausgeht.

Der hier vorgeschlagene Weg zur Leitlinie ist dabei ein dynamischer, partizipativer und iterativer Prozess:

- **Sicherheit im Alltag:** Durch die systematische Klärung von Begrifflichkeiten, die ethisch-rechtliche Einordnung und die offene Diskussion über „rote Linien“ sowie neuralgische Punkte erhalten Mitarbeitende konkrete, verlässliche Handlungs- und Entscheidungshilfen für hochkomplexe Situationen.
- **Kulturgestaltung:** Der gemeinsame Diskurs fördert das gegenseitige Verständnis und stärkt die gelebte Wertegemeinschaft innerhalb der Einrichtung oder des Dienstes.
- **Zukunftsorientierung:** Als lebendige Dokumente bleiben ethische Leitlinien durch regelmäßige Überprüfungen anpassungsfähig an gesellschaftliche, rechtliche und wissenschaftliche Veränderungen.

Letztlich sichern ethische Leitlinien die Professionalität, die ethische Qualität und ein verantwortliches, an der Würde des Einzelnen orientiertes Handeln in der Versorgung und Begleitung von Menschen und bieten allen beteiligten Akteuren eine verlässliche und ethisch sowie juristisch fundierte Orientierung.

Literaturverzeichnis

Baumann, M./Fromm, C. (2023). Ethik-Cafés im Sozial- und Gesundheitswesen. Springer: Berlin.

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (Hrsg.) (2021). Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. 3., überarbeitete Aufl. <https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen>
(Zugriff: 11.02.2026)

Neitzke, G. et al. (2015). Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik Med (2015) 27, S. 241-248.

Steinkamp, N./Gordijn, B. (2010). Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3., überarbeitete Aufl., Luchterhand: Köln.

13 Entwicklung von Leitlinien im partizipativen Prozess

Manfred Baumann

13.1 Einführung

Der vorliegende Hintergrundtext befasst sich mit der Entwicklung ethischer Leitlinien in einem partizipativen Prozess. Hierbei handelt es sich um ein komplexes Verfahren, das weit über das bloße Reflektieren ethischer Prinzipien hinausgeht. Vielmehr wird angesichts unterschiedlicher Werthaltungen, Interessen und Vorstellungen mittels Methoden der Konsensbildung eine gemeinsame Haltung von Träger, Leitungen, haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden sowie Patienten- und Heimförsprechern erarbeitet. Das Ziel ist eine als Leitlinie formulierte, gemeinsame Haltung für ein bestimmtes Handlungsfeld, die in der Praxis nachhaltig anwendbar ist.

Der Fokus liegt darauf, die konkreten Erfahrungen des Autors in dieser Leitlinienentwicklung aus der Perspektive des Moderators zu veranschaulichen. So wird im darauffolgenden Kapitel die Frage diskutiert, ob ein solcher Prozess direktiv oder partizipativ gestaltet sein sollte, wobei die Vorteile des partizipativen Ansatzes herausgearbeitet werden. Im Anschluss folgt die konkrete Veranschaulichung anhand zweier Praxisbeispiele (HOSPIZ STUTTGART und Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e. V.), die den theoretischen Rahmen illustrieren und den schrittweisen Weg von der Bedarfsermittlung bis zur Verabschiedung nachvollziehbar machen.

In beiden Beispielen handelte es sich um mehrjährige Prozesse: Die Teams und Ehrenamtsgruppen wurden zunächst intensiv in die eigentliche Entwicklung eingebunden; nach der Verabschiedung der Leitlinien wurden diese flächendeckend in den Teams und zahlreichen Ehrenamtsgruppen vorgestellt und diskutiert. Erfahrungen zeigen, dass ein solcher Prozess in einem einzelnen Team oder

einer solitären Ehrenamtsgruppe wesentlich kürzer ist – die hier beschriebene Mehrjährigkeit begründet sich durch die Vielzahl der zu beteiligenden Gruppen in den jeweiligen Organisationen.

13.2 Direktiv oder partizipativ

Eine Leitlinie kann vom Träger **direktiv** vorgegeben werden. Die Einführung beschränkt sich dann in der Regel auf das Informieren der Mitarbeitenden über die fertigen Inhalte. Dieses Top-down-Verfahren bietet in der Praxis durchaus Vorteile: Es ist enorm zeit- und ressourceneffizient, ermöglicht eine schnelle Reaktion auf veränderte rechtliche oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen und sorgt für eine unmissverständliche, trägerseitige Positionierung. Da die Haupt- und Ehrenamtlichen jedoch nicht am Entstehungsprozess beteiligt waren, müssen die Vorgaben im Nachgang oft aufwendig für die konkrete Praxis interpretiert und übersetzt werden.

Eine Leitlinie kann aber auch vom Träger und den Mitarbeitenden gemeinsam in einem **partizipativen** Prozess erarbeitet werden. Partizipation bedeutet hierbei, dass die Leitlinie im Auftrag des Trägers innerhalb eines definierten Zeitraums gemeinsam von einer repräsentativen Arbeitsgruppe entwickelt wird. Diese setzt sich zusammen aus Vertretern der Geschäftsführung, Vertretern der für diesen Prozess relevanten Berufsgruppen, Ehrenamtlichen aus den verschiedenen Bereichen, Einrichtungen und Diensten sowie Patienten- und Heimförsprechern. Geleitet wird das Verfahren von einem ethisch versierten Moderator.

Auch nach der Verabschiedung und offiziellen Einführung bleibt der Prozess dynamisch: Die Mitarbeitenden, die tagtäglich mit der Leitlinie

arbeiten, werden über ihr Feedback kontinuierlich in die Weiterentwicklung einbezogen. Die Verantwortlichen überprüfen und bewerten die Leitlinie regelmäßig, um auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse, gesellschaftliche Entwicklungen, rechtliche Änderungen sowie praktische Erfahrungen zu reagieren.

Vorteile eines partizipativen Prozesses

- **Höhere Textqualität und Praxisnähe:** Die Perspektivenvielfalt führt zu einer feineren Differenzierung der Inhalte für den Arbeitsalltag. Unterschiedliche Blickwinkel werden direkt in den Text integriert, wodurch eine hohe Verständlichkeit und ein starker Praxisbezug entstehen. Die schrittweise Diskussion, Kommentierung und Rückmeldung zum Entwurf in Kleingruppen oder im Plenum hilft zudem, potenzielle Unklarheiten frühzeitig zu identifizieren.
- **Wertschätzung und Reflexion:** Mitarbeitende werden in ihrer individuellen Werthaltung, mit ihren spezifischen Interessen, Vorstellungen und Gefühlen wahr- und ernstgenommen. Der Prozess bietet Raum für die Reflexion der eigenen Haltung.¹ Zudem fordert das partizipative Erstellen dazu heraus, die eigene Gewissens-/Werthaltung und die zu entwickelnde institutionelle Haltung auszubalancieren.² (Baumann 2023, 106)
- **Kompetenzaufbau und Sensibilisierung:** Parallel zur Erarbeitung findet eine nachhaltige Wissensvermittlung statt. Es entsteht eine gemeinsame Wissensbasis und eine tiefere Sensibilisierung für Fragen einer sorgebezogenen Ethik.

- **Nachhaltige Verankerung und Multiplikation:** Durch das erlangte Wissen, die aktive Teilhabe und die daraus resultierende Akzeptanz identifizieren sich die beteiligten Mitarbeitenden mit dem Ergebnis. Sie werden zu Fürsprechern der Leitlinie und wirken als wichtige Multiplikatoren in ihren Teams. Der Prozess der Entwicklung ist somit ebenso wichtig wie der finale Inhalt.

13.2.1 Beispiele für partizipative Prozesse HOSPIZ STUTT GART³

Von der Bedarfsermittlung zur Arbeitsgruppe

Mitarbeitende aus den verschiedenen Bereichen äußerten den Wunsch, angesichts drängender ethischer Fragen der Praxis hierzu Grundhaltungen als Rahmen für das Handeln zu entwickeln.

Im Rahmen eines Gesamttreffens von ehren- und hauptamtlich Mitarbeitenden wurden die im Hospizalltag drängendsten ethischen Fragen⁴ erhoben.

Für ihre Bearbeitung wurde im Frühjahr 2020 die AG *Ethische Grundhaltungen* gegründet. 24 Teilnehmer aus allen Bereichen des HOSPIZ STUTT GART repräsentierten die Vielfalt der Hospizarbeit: Ehrenamtliche und Hauptamtliche sowie die Leitungen der Bereiche waren paritätisch vertreten. Sie kamen aus den ambulanten und stationären Bereichen, aus Trauerbegleitung und Bildungsarbeit, aus der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen hospizarbeit. Die AG wurde vom ethisch versierten Gesamtleiter moderiert.⁵ Es wurden fünf Themen

¹ Nach dem Kölner „Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen“ ist das der erste Schritt und Vorbereitung für den Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch. (Uniklinik Köln 2023)

² Vgl. Constanze Giese für die Pflegenden: Um „in Situationen moralischer Komplexität ihre Verantwortung adäquat wahrnehmen zu können, benötigen Pflegende Unterstützung durch eine Organisationskultur, in der offen und konstruktiv gemeinsam an den resultierenden Problemen und Fragestellungen gearbeitet werden kann. Genauso wichtig sind klare Prozesse und Verantwortlichkeiten, Unterstützungsangebote und Strukturen der Ethikberatung.“ (Giese 2025, 11)

³ Der Prozess wird ausführlich beschrieben in Baumann 2023, außerdem auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im Rahmen des Anerkennungs- und Förderpreises Ethik der DGP 2022.

⁴ Diese waren: (1) Unterscheidung von Bedarfen und Bedürfnissen in der Beratung und Begleitung; (2) Umgang mit Menschen, die ihr Leben durch den freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken vorzeitig beenden möchten; (3) Umgang mit Menschen, die einen Todeswunsch äußern, und hier besonders im Umgang mit Menschen, die den Wunsch haben, ihr Leben durch einen assistierten Suizid vorzeitig zu beenden; (4) Umgang mit Menschen, die eine „gezielte tiefe kontinuierliche Sedierungstherapie zur Leidenslinderung am Lebensende“ (umgangssprachlich „palliative Sedierung“) wünschen; (5) Ethische Grundhaltungen für die Kinder- und Jugend hospizarbeit.

⁵ Zur Wahrung der methodischen Neutralität wurde im gesamten Prozess bewusst zwischen der Leitungsfunktion und der Rolle des Moderators unterschieden. Letztere war der Allparteilichkeit und Strukturierung des Diskurses verpflichtet, um hierarchiefreie Räume für die partizipative Konsensbildung zu garantieren.

festgelegt, Kleingruppen zur Bearbeitung jeweils eines Themas gebildet, Arbeitsweise und Ziel definiert.⁶

Von der Formung inhaltlicher Eckpunkte zur Leitlinie

Die Themen wurden in den Kleingruppen für die monatlich stattfindenden Plenarsitzungen der AG aufbereitet, dort vorgestellt und diskutiert. Die Anregungen des Plenums wurden an die Kleingruppen zur Bearbeitung übergeben (2020/2021).

In einem letzten Kleingruppentreffen wurden unter Leitung des Moderators Rahmen und inhaltliche Eckpunkte für eine entsprechende Leitlinie definiert. Der Moderator erstellte daraufhin einen ersten Entwurf, der zur Feinabstimmung in die Gruppe gegeben wurde. Die Rückmeldungen wurden eingearbeitet, die vorläufigen Leitlinien in den monatlich stattfindenden Plenarsitzungen vorgestellt, diskutiert und um relevante Beiträge ergänzt. Nach Rückvergewisserung beim Träger wurden die Leitlinien verabschiedet (2021).

Institutionelle Verankerung der Leitlinie

Die Leitlinien wurden ins Leitbild integriert, in den Teams und Ehrenamtsgruppen diskutiert und dort bekannt gemacht (2022/2023).

13.2.2 Hospizstiftung Rems-Murr-Kreis e. V.

Von der Bedarfsermittlung zur Arbeitsgruppe

Auch hier äußerten Mitarbeitende aus den verschiedenen Bereichen sowie der Träger den Wunsch, angesichts drängender ethischer

Fragen der Praxis⁷ hierzu Grundhaltungen als Rahmen für das Handeln zu entwickeln.

Für die Erarbeitung der Leitlinie zum Umgang mit Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid wurde die AG *Assistierter Suizid* gegründet. 20 Teilnehmer aus allen Bereichen der Hospizstiftung repräsentierten die Vielfalt der Hospizarbeit: Ehrenamtliche, Hauptamtliche sowie die Leitungen aller Bereiche waren vertreten. Sie kamen aus den ambulanten und stationären Bereichen, aus der Trauerbegleitung, aus den Diensten „Beratung zu vorsorgenden Papieren“ und „Leben mit Demenz“, aus der Kinder-, Jugend- und Erwachsenen-hospizarbeit. Der Träger war durch den geschäftsführenden Vorstand vertreten. Die AG wurde vom ethisch versierten fachlichen Leiter moderiert.⁸ Es wurden Arbeitsweise und Ziel definiert. (1. Halbjahr 2024)

Von der Formung inhaltlicher Eckpunkte zur Leitlinie

In einem ersten Treffen wurden der aktuelle rechtliche Rahmen vorgestellt und ethische Fragen nach dem Mehr-Ebenen-Modell (Kostka 2008) diskutiert – zur Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis und zur Verständigung über zentrale Werte. In einem zweiten Treffen wurde in Kleingruppen eine Rote-Linien-Diskussion anhand der Fallbeispiele des Dialogpapiers des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV 2021) geführt. Im Anschluss formulierte der Moderator den Entwurf einer Leitlinie. (2. Halbjahr 2024)

In zwei weiteren Treffen wurde dieser Entwurf zunächst in Kleingruppen bearbeitet und dann im Plenum diskutiert, ergänzt, sprachlich präzisiert und abgestimmt. Die Leitlinie enthält am Ende Begründungen für die getroffenen Entscheidungen, damit die Argumentation in der

⁶ Die Arbeitsweise folgte dem Vorgehen zur Erarbeitung einer ethischen Leitlinie wie er im Hintergrundtext „Ethische Leitlinien“ beschrieben wird.

⁷ Hier waren das: (1) Umgang mit Menschen, die eine „gezielte tiefe kontinuierliche Sedierungstherapie zur Leidenslinderung am Lebensende“ (umgangssprachlich „palliative Sedierung“) wünschen. (2) Umgang mit Menschen, die einen Todeswunsch äußern, und besonders mit Menschen, die den Wunsch haben, ihr Leben durch einen assistierten Suizid vorzeitig zu beenden. Für das erste Thema bestand bereits eine Arbeitsgruppe, deren Moderation dem Autor bei Wechsel in die Hospizstiftung übertragen worden war. Nach Verabschiedung und Verankerung einer „Leitlinie zur gezielten tiefen kontinuierlichen Sedierungstherapie zur Leidenslinderung am Lebensende“ wurde er mit der Formung und Moderation der AG Assistierter Suizid beauftragt.

⁸ Auch hier wurde zur Wahrung der methodischen Neutralität im gesamten Prozess bewusst zwischen der Leitungsfunktion und der Rolle des Moderators unterschieden. Letztere war der Allparteilichkeit und Strukturierung des Diskurses verpflichtet, um hierarchiefreie Räume für die partizipative Konsensbildung zu garantieren.

Phase der Bekanntmachung der Leitlinie innerhalb der Hospizstiftung leichter nachvollziehbar ist. Die Rückmeldungen wurden eingearbeitet, die vorläufige Leitlinie final mit beiden Vorständen abgestimmt und verabschiedet. (2. Halbjahr 2025)

Institutionelle Verankerung der Leitlinie

Nach Verabschiedung der Leitlinie wurde diese in den Teams und Ehrenamtsgruppen bekannt gemacht und diskutiert (2. Halbjahr 2025/1. Halbjahr 2026).

13.3 Fazit

Die Erfahrungen aus beiden Organisationen verdeutlichen, dass der partizipative Weg zur Leitlinie – trotz des hohen zeitlichen und koordinativen Aufwands – einen unschätzbaren Mehrwert bietet. Durch die paritätische Einbindung aller Hierarchieebenen und Bereiche entstehen keine theoretischen Papierdokumente, sondern praxistaugliche Handlungsorientierungen mit hoher institutioneller Akzeptanz.

Entscheidend für das Gelingen eines solchen Prozesses sind zwei Faktoren: Zum einen die transparente Nutzung bewährter, strukturierender Methoden (wie des im zweiten Beispiel benannten Mehr-Ebenen-Modells oder der Rote-Linien-Diskussion), zum anderen die strikte Rollentrennung in der Moderation. So wird der Entwicklungsprozess selbst zu einem nachhaltigen Lern-/Team- und Organisationsentwicklungsprojekt.

Literaturverzeichnis

Baumann, M. (2023). Ethische Grundhaltungen im HOSPIZ STUTTGART. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 24(03)/2023, S. 105-107.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) (2022). Projekt: Ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter*innen entwickeln gemeinsam ethische Grundhaltungen im Rahmen eines Partizipationsprozesses. Manfred Baumann, stellv. für das Hospiz Stuttgart. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Baumann et. al. Bewerbung um den Anerkennungs- und Förderpreis Ethik der DGP Hospiz Stuttgart 03.12.2022.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Baumann_et_al.Bewerbung_um_den_Anerkennungs-_und_Förderpreis_Ethik_der_DGP_Hospiz_Stuttgart_03.12.2022.pdf) (Zugriff: 25.05.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (Hrsg.) (2021). Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. 3., überarbeitete Aufl. <https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen> (Zugriff: 11.02.2026)

Giese, C. (2025). Pflegeethik: Assistierter Suizid – pflegeethische Perspektiven. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 3-30.

Kostka, U. (2008). Gerechtigkeit im Gesundheitswesen und in der Transplantationsmedizin: Mehrdimensionale Handlungsfelder als systematische und normative Herausforderung für die Bioethik und Theologische Ethik. Schwabe Verlagsgruppe: Basel.

Uniklinik Köln. Zentrum für Palliativmedizin (Hrsg.) (2023). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Köln. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/> (Zugriff: 11.02.2026)

14 Ethische Diskussion anhand eines Mehr-Ebenen-Modells

Manfred Baumann

14.1 Einführung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (BVerfG 2020) hat die Debatte zum assistierten Suizid grundlegend neu gerahmt und stellt Einrichtungen und Dienste der Gesundheitsversorgung vor komplexe ethische und praktische Herausforderungen: Es gilt, das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen mit dem eigenen institutionellen Auftrag, dem Schutz vulnerabler Personen sowie dem persönlichen und beruflichen Ethos der Mitarbeitenden in Einklang zu bringen. Um diese Vielschichtigkeit differenziert zu reflektieren, erweist sich ein Mehr-Ebenen-Modell als hilfreicher Orientierungsrahmen, der die ethische Analyse in ein strukturiertes, systemübergreifendes Ganzes einbettet.

Nach einer Vorstellung des Modells und der Erläuterung seines Nutzens wird das Modell auf die ethischen Fragen und Herausforderungen in der Begleitung von Menschen mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid angewandt. Dabei werden die spezifischen Konfliktfelder der einzelnen Ebenen – von der Individualebene bis zur gesamtgesellschaftlichen Systemebene – detailliert betrachtet. Das Fazit verdeutlicht, dass erst das Ineinandergreifen aller Ebenen eine ethisch fundierte Urteilsbildung ermöglicht. Durch die strukturierte Analyse der „Multiakteursverantwortung“ lässt sich ein Rahmen für die Entwicklung tragfähiger Leitlinien und einer ethisch verantwortbaren Praxis schaffen.

14.2 Mehr-Ebenen-Modell – Ebenen und Nutzen

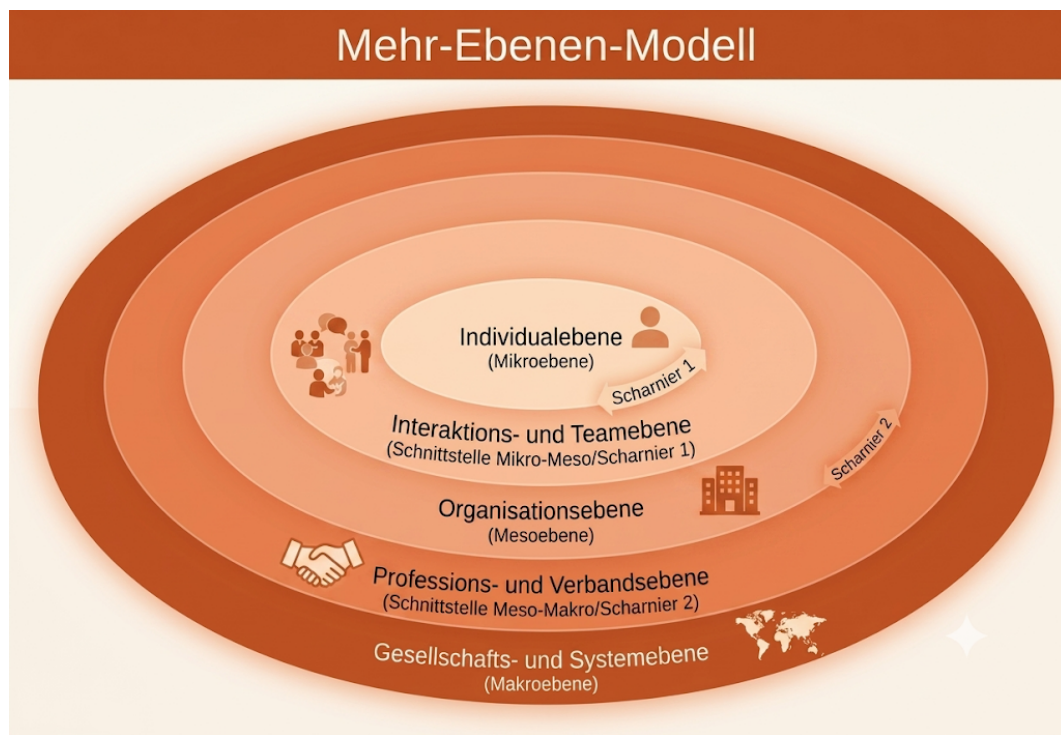
Mehr-Ebenen-Modelle bieten eine Möglichkeit, ethisch relevante Themen, Fragestellungen sowie konkrete Situationen mit ethischer

Brisanz differenziert zu betrachten. Die ethische Diskussion über den assistierten Suizid in Diensten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung erfolgt in diesem Hintergrundtext auf Basis einer Erweiterung des klassischen Drei-Ebenen-Modells.

Das klassische Drei-Ebenen-Modell der Ethik unterteilt die Betrachtung ethischer Fragestellungen grob in die Mikroebene (Individuum), die Mesoebene (Organisation) und die Makroebene (Gesellschaft). Für Fragen des Gesundheitswesens erscheint es jedoch sinnvoll, Zwischenebenen als Scharniere (Schnittstellen) zu integrieren. Der Diskussion in diesem Hintergrundtext liegt daher ein Fünf-Ebenen-Modell zugrunde:

- Individualebene (Mikroebene)
- Interaktions- und Teamebene (Schnittstelle Mikro-Meso/Scharnier 1)
- Organisationsebene (Mesoebene)
- Professions- und Verbandsebene (Schnittstelle Meso-Makro/Scharnier 2)
- Gesellschafts- und Systemebene (Makroebene)

Die Unterscheidung der Ebenen verhindert, dass moralische Verantwortung vorschnell auf einzelne Personen und damit auf eine rein individuelle Verantwortungsebene verkürzt wird. Sie verdeutlicht, dass individuelle Problemstellungen oft strukturelle Ursachen haben. Gleichzeitig ermöglicht das Modell eine präzise Verortung von Lösungsansätzen: Es zeigt auf, ob ein Konflikt beispielsweise auf der Teamebene – etwa durch Fallbesprechungen – oder über organisationale bzw. gesetzliche Rahmenbedingungen gelöst werden muss. Zudem macht es „moralischen Stress“ sichtbar, der entsteht, wenn systemischer Druck von außen nach innen durchgereicht wird.



Eigene Darstellung, erstellt unter Nutzung von Google Gemini.

Als Orientierungsrahmen veranschaulicht das Modell, welche Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf welcher Ebene liegen, und schlägt eine Brücke zwischen gesellschaftlichen Werten und individuellem Handeln. Dabei bilden die jeweils äußeren Kreise die Bezugssysteme für die innen liegenden Kreise. (Baumann/Fromm 2023, 25 ff.)

14.3 Die Ebenen im Kontext des assistierten Suizids

Anhand des Mehr-Ebenen-Modells werden im Folgenden ethische Fragestellungen, Herausforderungen und Verantwortlichkeiten beim Wunsch nach assistiertem Suizid im Gesundheitswesen erörtert – von der Individual- bis zur Gesellschaftsebene.

14.3.1 Individualebene

Diese Ebene fokussiert auf die Face-to-Face-Beziehung sowie die Einstellungen, das Erleben und das Handeln der beteiligten Akteure.

Im Zentrum steht die individuelle Verantwortung im Spannungsfeld zwischen dem Selbstbestimmungswunsch und -recht des Sterbewilligen und der moralischen Integrität sowie Fürsorgeverantwortung der Sorgenden¹.

Daraus leiten sich zentrale Fragen ab:

- *Wie lässt sich die Achtung der Selbstbestimmung mit der bestehenden Schutzpflicht in Einklang bringen?*
- *Welche Bedürfnisse sowie Rechte und Pflichten leiten dabei das Handeln der Beteiligten?*
- *Wie können diese in komplexen Entscheidungssituationen in Übereinstimmung mit den eigenen Werten handeln?*

Personen mit Sterbewunsch und die Natur des Suizidbegehrens²

Die freiverantwortliche Entscheidung des Einzelnen, das eigene Leben entsprechend dem persönlichen Verständnis von Sinnhaftigkeit, Würde und Lebensqualität vorzeitig zu beenden, ist als Ausdruck der Selbstbestimmung

¹ Beruflich und ehrenamtlich Sorgende, An- und Zugehörige.

² Siehe Hintergrundtext „Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch“.

von Staat und Gesellschaft grundsätzlich zu respektieren. (BVerfG 2020; Marckmann 2025, 63) In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Sterbewünsche fluide und ambivalent sein können. Sie können bedeuten: „Ich will **leben**, aber **nicht so**.“ Sie können Ausdruck einer tiefen existenziellen, sozialen, psychischen oder physischen Not sein, die sich mitunter durch palliative Angebote, psychosoziale Betreuung oder menschliche Zuwendung lindern lässt.

Um Menschen mit Sterbewunsch angemessen zu begegnen, sind Offenheit, Respekt und ein tiefgreifendes Verständnis ihres Wunsches notwendig. Dabei hilft eine Klärung der biografischen, sozialen und medizinischen Kontexte anhand folgender Fragen:

- Wer ist der Mensch, der mit dieser existenziellen Frage an Sorgende herantritt, und wie ist er sozial eingebettet?
- Wer ist von der Entscheidung mitbetroffen, und in welcher Beziehung stehen die Sorgenden zu dieser Person?
- Welche Not (z. B. unerträgliche Schmerzen, Furcht vor Kontrollverlust, existenzielle Einsamkeit) steht hinter dem Wunsch und welche Bedeutung hat dieser für das Erleben des Betroffenen, welche Gründe liegen dieser Not zugrunde und welche Funktion erfüllt der Sterbewunsch in seiner aktuellen Lebenssituation?³ (Leitlinienprogramm 2020)
- Gibt es ungenutzte Interventionsmöglichkeiten, um die Not zu lindern und neue Lebensperspektiven aufzuzeigen, die die Selbstbestimmung des Betroffenen fördern und nicht einschränken?⁴

Ein relationales Verständnis von Selbstbestimmung begreift den Menschen dabei nicht als

isoliertes Subjekt, sondern als eingebettetes Beziehungswesen (DER 2025, 14): Das „Ich“ bildet sich erst in ständiger Interaktion mit dem Gegenüber. Daher ist der assistierte Suizid, wie Claudia Bozzaro darlegt, als ein zutiefst „sozialer Akt“ zu charakterisieren: Er hat unmittelbare Auswirkungen auf das soziale Umfeld und erfordert zudem die Inanspruchnahme und Verstrickung dritter Personen, mit denen der Sterbewillige in Beziehung ist. (Bozzaro 2024)

Diese soziale Verstrickung begründet die besondere ethische Herausforderung für die Sorgenden: Wenn der assistierte Suizid nicht mehr als rein individuelle Entscheidung, sondern als soziales Geschehen begriffen wird, rückt die Frage nach Verantwortung sowie nach dem Schutz und der Wahrung der eigenen Werte in den Fokus.

Haltung und Belastung der Sorgenden

Werden haupt- oder ehrenamtlich Sorgende oder nahe Angehörige mit dem Wunsch nach vorzeitigem Sterben konfrontiert, kann dies im Verlauf der Begleitung sehr unterschiedliche Reaktionen auslösen – im einen Moment Verständnis und Einverständnis, im anderen möglicherweise auch Erschrecken, Widerstand, Trauer, Schuld- oder Versagensgefühle.

Beruflich Sorgende können sich angesichts eines solchen Wunsches in der Ambivalenz zwischen der Pflicht zur Achtung der Selbstbestimmung und dem lebensfördernden Ethos der eigenen Profession befinden – eine Spannung, die zu schwerem moralischem Stress

³ Eine Analyse der Daten aus 20 regionalen Gerichtsbarkeiten aus den Jahren 1999 bis 2023 zeigt, dass MAID (Medical Assistance in Dying) überwiegend von Personen in Anspruch genommen wird, die an ALS oder einer Krebserkrankung leiden. (Farr/Karl 2025, 232) Not kann auch auf institutioneller Ebene entstehen, die sich individuell auswirkt: „Nicht nur die individuelle Lebenssituation der älteren Menschen kann sich auf Todeswünsche und den Wunsch nach einem assistierten Suizid auswirken, sondern auch die institutionellen Gegebenheiten sowie die Sorge davor, anderen zur Last zu werden. Hier müssen insbesondere die Einrichtungen der stationären Langzeitpflege die Verantwortung dahingehend übernehmen, dass Rahmenbedingungen und Versorgungsdefizite nicht dazu führen, dass das Leben der älteren Menschen ihrerseits als hoffnungs-, nutz- und sinnlos oder gar als wertlos erlebt wird.“ (Riedel/Seidlein/Klotz 2025, 121)

⁴ Im Grundsatz – so der Deutsche Pflegerat – ist „auch die Suizidprävention eine Aufgabe von Pflegefachpersonen, die darin besteht, im interdisziplinären Team bedarfsbezogene, lebensbejahende Alternativen für Menschen mit Todeswunsch zu finden. Eine nationale Suizidstrategie liefert dazu Grundlagen.“ (DPR 2025, 1) „Gemäß dem Prinzip des Wohltuns ist zu prüfen, ob es aus einer professionellen Wohlergehens-Perspektive bessere Handlungsoptionen für die Betroffenen in ihrer existenziellen Notlage gibt als die Suizidassistenz, die ein Weiterleben mit einer besseren Lebensqualität ermöglichen, z. B. eine optimierte palliativmedizinische Versorgung oder eine bessere soziale Betreuung. Auch wenn dies der Fall sein sollte, stellt dies allerdings für sich genommen noch keinen ausreichenden Grund dar, dem Wunsch nach assistiertem Suizid zu widersprechen.“ (Marckmann 2025, 59)

führen kann.⁵ (Tonello 2025, 19) Mitunter werden geäußerte Suizidwünsche von Mitarbeitenden als persönliches oder fachliches Scheitern erlebt. (Ebd.; Riedel/Seidlein/Klotz 2025, 118)

Im Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch sind haupt- und ehrenamtlich Sorgende eingeladen, offen und respektvoll mit dem Menschen, der einen solchen Wunsch äußert und umsetzen möchte, in Beziehung und im Gespräch zu bleiben – damit das Vertrauen, aus dem heraus die Offenheit des Wünschenden entstanden ist, erhalten bleibt und ein tieferes Verständnis des Wunsches oder der Not hinter dem Wunsch möglich wird.⁶ Ob dies gelingt, hängt maßgeblich vom Befinden und der Haltung der Begleitenden angesichts eines solchen lebensbeendenden Wunsches ab. Auch jene, die Sterbewillige begleiten, benötigen ihrerseits eine offene und respektvolle Begleitung und die Möglichkeit zur Gewissensfreiheit – zu begleiten oder nicht zu begleiten; dies stellt Einrichtungen und Dienste freilich vor organisatorische Herausforderungen.

„Die Entscheidung für einen assistierten Suizid kann für Angehörige mit erheblichen emotionalen Belastungen einhergehen.“ (Wagner/Hofmann 2026, 321) Eine seit 2022 eingerichtete spezialisierte „Beratungsstelle für Angehörige im Kontext von assistiertem Suizid“ (Ebd., 320) wird von Angehörigen vor allem vor einem assistierten Suizid in Anspruch genommen. Angehörige erleben sich mitunter in einer Zwickmühle – zwischen dem eigenen Anspruch oder der Erwartung von außen, die betroffene Person zu unterstützen, und Zweifeln, das Richtige zu tun. (Ebd.) Bereits vor dem Versterben erleben Angehörige, die die Beratungsstelle aufsuchen, Trauersymptome angesichts des anstehenden Verlusts. Nach

dem Tod können Stigmatisierungserfahrungen im sozialen Umfeld – verbunden mit der Geheimhaltung des assistierten Suizids aus Angst vor Ablehnung – als belastend erlebt werden. (Ebd., 322 f.) Die Erfahrungen aus der Arbeit der Beratungsstelle weisen auf die Notwendigkeit einer umfassenden Unterstützung von Angehörigen im Prozess des assistierten Suizids hin. (Ebd., 321)

Grundsätzlich gibt es nur wenige Erkenntnisse zu den langfristigen Auswirkungen eines assistierten Suizids auf Angehörige. Studien zeigen, dass die Trauer von Hinterbliebenen vergleichbar oder teilweise weniger intensiv ist wie nach anderen Verlustarten. (Ebd., 319) Gleichwohl ist die Studienlage zur langfristigen psychischen Belastung von Angehörigen noch begrenzt und heterogen, „ob Angehörige im Kontext eines assistierten Suizids psychisch stärker belastet sind als nach anderen Verlustarten (z. B. Suizide, natürliche Todesumstände) oder ob bestimmte Merkmale des assistierten Suizids, wie zum Beispiel die Möglichkeit zur Verabschiedung oder die Vorbereitung auf den Verlust, entlastend wirken können und somit zu einer geringeren psychischen Belastung führen.“ (Ebd.)

Die Konfrontation mit einem Suizidwunsch kann folgende Fragen bei den Beteiligten aufwerfen:

- Wie steht es um die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit bei schwerer Symptomlast oder existenziellem Leid? Wie frei erleben sie die Entscheidung eines Menschen, der unter extremen Schmerzen leidet und keinen anderen Ausweg mehr sieht?
- Wozu fühlen sich Sorgende moralisch dringlicher verpflichtet – dem absoluten Lebensschutz oder dem Beenden des Lei-

⁵ „Zugleich stellen die Begegnung und der Umgang mit Suizidwünschen und suizidalen Krisen die Pflegefachpersonen vor ethisch komplexe Situationen, was u. a. zu moralischer Ungewissheit sowie situativer Überforderung führen kann und mit Konsequenzen wie dem Moral Distress assoziiert wird.“ (Riedel/Klotz/Heidenreich 2024, 266) „Wie können Pflegefachpersonen mit dem ethischen Spannungsfeld umgehen, indem es auf der einen Seite darum geht, den individuellen, freiverantwortlichen und autonomen Wunsch nach einem assistierten Suizid der älteren Menschen zu respektieren (wie es das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26.02.2020 eröffnet) und indem es auf der anderen Seite darum geht, dem nun fokussierten professionellen Auftrag der Suizidprävention gerecht zu werden?“ (Riedel/Seidlein/Klotz 2025, 118) Ehrenamtlich Sorgende sollen an dieser Stelle nicht ausgenommen sein, da auch sie grundsätzlich durch eine entsprechend internalisierte hospizliche Haltung eine solche Ambivalenz erleben können. Das ist bisher kaum im Fokus der Forschung.

⁶ Siehe hierzu den Hintergrundtext „Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch“ oder beispielhaft den Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen der Uniklinik Köln (Uniklinik Köln – Zentrum für Palliativmedizin 2023).

dens durch Unterstützung des Sterbewunsches?

- Welche langfristigen emotionalen Folgen hat die Mitwirkung an einer Selbsttötung für helfende Angehörige oder Ärzte, insbesondere wenn im Nachhinein Zweifel oder Schuldgefühle aufkommen?

Diese Fragen verdeutlichen, dass der assistierte Suizid über die individuelle Entscheidung und Handlung hinaus das soziale Netz um diesen Menschen zutiefst berührt und bewegt.

So kann niemand im Vorfeld die emotionale Tragweite einer Assistenz oder auch nur einer begleitenden Anwesenheit abschätzen. Insbesondere Angehörige können sich durch den verzweiferten Wunsch des Sterbewilligen möglicherweise unter sozialen und emotionalen Druck gesetzt fühlen, eine Assistenz zu leisten, die sie eigentlich ablehnen, um den geliebten Menschen nicht im Stich zu lassen.

Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit und ihre Plausibilisierung⁷

Um die Voraussetzungen für eine verfassungsrechtlich geschützte Selbstbestimmung zu wahren, muss die Freiverantwortlichkeit des Sterbewilligen anhand der vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG 2020) vorgegebenen Kriterien plausibilisiert werden: Fähigkeit zur freien Willensbildung (Einwilligungsfähigkeit), Wohlerwogenheit, Freiheit von unzulässiger Einflussnahme sowie Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Entschlusses. Diese Kriterien dienen dem Schutz vulnerabler Menschen vor der Gefahr, dass eine Entscheidung zur Selbsttötung nicht ihrem tatsächlichen, freien Willen entspricht, sondern durch ex-

terne oder interne Zwänge sowie durch vorübergehende krisenhafte Situationen beeinflusst ist.⁸

Da eine gesetzliche Definition der Einwilligungsfähigkeit in Deutschland fehlt, hat sich in der Fachpraxis ein Konsens etabliert. Eine Person gilt demnach bezogen auf eine konkrete medizinische Maßnahme als einwilligungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende vier Kriterien erfüllt sind (Putz 2025, 30 f.):

- (1) **Informationsverständnis:** Kann die betroffene Person die medizinische Aufklärung über ihre Erkrankung, die Behandlungsalternativen sowie die Risiken und den Ablauf eigenständig wiedergeben?
- (2) **Einsicht:** Stimmt die Person der medizinischen Einschätzung ihrer Erkrankung zu oder verfügt sie über eine realitätsgerechte, eigene Beurteilung ihres Gesundheitszustandes?
- (3) **Urteilsvermögen:** Kann die Person begründet darlegen, was für sie die beste Option darstellt, und ist sie in der Lage, die Konsequenzen der Durchführung oder Nichtdurchführung rational abzuwägen?
- (4) **Kommunikation der Entscheidung:** Kann die Person eine stabile, konsistente und verständliche Entscheidung äußern?

Zur praktischen Begutachtung beim Wunsch nach Suizidassistenz schlagen Norbert Nedopil und Peter Brieger eine weiterführende Operationalisierung vor, die Verständnis, autonome Wertung, Nachhaltigkeit der Entscheidung sowie Handlungskompetenz einschließt. Sie formulieren hierfür fünf diagnostische Leitfragen (Nedopil/Brieger 2026, 338):

- Hat die betroffene Person die Aufklärung vollumfänglich verstanden?

⁷ Selbstbestimmung ist graduier: „Das Maß der Selbstbestimmung muss für eine freiverantwortliche Entscheidung umso höher sein, je schwieriger Handlungsoptionen für die betroffene Person zu übersehen und zu bewerten, und je gravierender die Folgen dieser Entscheidung für grundlegende Güter der Person selbst oder für Dritte sind. Aufgrund der Irreversibilität einer Suizidentscheidung sind an deren Freiverantwortlichkeit besonders hohe Anforderungen zu stellen.“ (DER 2025, 15) Siehe auch den Hintergrundtext „Schutzkonzept der Freiverantwortlichkeit“.

⁸ Matthias Thöns gibt hier zu bedenken, „dass es sich bei Menschen, die Suizidversuche begehen oder brutale Suizidmethoden wählen, um andere Menschen und andere Motive handelt als bei Menschen, die intensiv nach einer Suizidhilfe recherchieren. Aus der Psychiatrie wird angegeben, dass 90–95% der Suizide bei akuter psychiatrischer (behandelbarer) Störung erfolgen, dies muss bei einer Suizidhilfe vorher sicher ausgeschlossen werden. [...] Daher erscheinen die löblichen Anstrengungen zur Suizidprophylaxe für die Patientengruppe im Rahmen der Suizidhilfe ungeeignet, sie suchen ja keinen Arzt oder keine Ärztin wegen psychischer Störungen, da sie diese nicht haben oder glauben, psychisch gesund zu sein.“ (Thöns 2025, 13 f.)

- Wurden Behandlungs- und Betreuungsalternativen – etwa palliative Versorgungsangebote – reflektiert und begründet zurückgewiesen?
- Entspricht der Suizidwunsch einem überdauernden, stabilen Wertgefüge der Person?
- Ist die Person zu einem Perspektivenwechsel in der Lage, insbesondere hinsichtlich der Wirkung ihrer Entscheidung auf Dritte?
- Soll die tatsächliche Handlungskompetenz bis zuletzt selbst ausgeübt oder delegiert werden (wobei Letzteres die Abgrenzung zur verbotenen Tötung auf Verlangen nach § 216 StGB betrifft)?

Diese Kriterien sind zu prüfen und zu dokumentieren, um rechtliche Risiken für alle Beteiligten zu minimieren. (Unger 2025; Schäfer/Graw 2025; vgl. auch den Handlungsleitfaden von Thöns et al. 2021)

Die Rolle der Ermittlungsbehörden

Als ein in der Praxis belastender Aspekt kann das Einschreiten von Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaft nach einem assistierten Suizid erlebt werden, der als nicht natürliche Todesart die Prüfung auf Fremdverschulden oder eine strafbare Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB nach sich zieht. (Wefelscheid 2025)

Für Angehörige und beteiligte Sorgende bedeutet dies die Konfrontation mit polizeilichen Befragungen, die Sicherstellung von Beweismitteln – etwa Abschiedsbriefen, medizinischen Dokumenten und Datenträgern – sowie die vorübergehende Sicherstellung des Leichnams. Diese kriminalpolizeiliche Ermittlung kann eine zusätzliche emotionale und soziale Belastung darstellen, die bei der ethischen Bewertung der Suizidassistenz – sei es im häuslichen oder institutionellen Kontext – zu berücksichtigen ist.

Dabei gilt es, auch die Perspektive der Einsatzkräfte zu würdigen: Polizeibeamte erleben sich angesichts der spezifischen Situation des assistierten Suizids durch ihre Ausbildung möglicherweise nicht hinreichend vorbereitet.

Dabei können ihre persönliche Haltung und professionelle Erfahrungen im Umgang mit einer solchen Grenzsituation die Belastungssituation vor Ort maßgeblich mitbestimmen – dies gilt auch für die Belastung der Beamten selbst.

14.3.2 Interaktions- und Teamebene

Diese Ebene bildet die Schnittstelle zwischen dem Individuum und der Organisation. Sie beschreibt das direkte Arbeitsumfeld, in dem Werte ausgehandelt, gelebt oder auch ignoriert werden. Das Team wird als eigenständige moralische Reflexionsebene aufgefasst, in der sich die Dynamik multiprofessioneller Zusammenarbeit entfaltet. Als sozialer Raum entscheidet sich hier, ob moralischer Stress kollektiv abgefedert oder durch die Teamdynamik möglicherweise weiter verschärft wird.

Zentrale Fragestellungen sind:

- *Wie gehen Teammitglieder – innerhalb der eigenen Berufsgruppe oder berufsgruppenübergreifend – mit abweichenden moralischen Haltungen innerhalb des Kollegiums um?*
- *Welche Kommunikationsbedingungen und Gesprächskulturen sind notwendig, um moralischen Stress und ethische Konflikte gemeinschaftlich zu reflektieren?*
- *Wie verändert die Begleitung eines assistierten Suizids das Arbeitsklima in der jeweiligen Einrichtung oder im jeweiligen Dienst?*

In der Praxis kann die Anfrage nach einem assistierten Suizid zu erheblichen Spannungen führen, wenn unterschiedliche persönliche Werte, berufliche Einstellungen und religiöse Überzeugungen aufeinanderprallen. Ein kritischer Konflikt entsteht beispielsweise dann, wenn einzelne Teammitglieder bereit sind, die Suizidhilfe zu unterstützen, während andere dies ablehnen. Um Risse im Teamgefüge zu vermeiden und die professionelle Zusammenarbeit zu schützen, ist eine Kultur der Gewisstenstoleranz, der wechselseitigen Respektierung und des offenen Dialogs förderlich.

Ethische Fallbesprechungen bieten dem Team einen geschützten Raum, um unterschiedliche Perspektiven zu hören, die moralische Last gemeinsam zu tragen und klare Handlungskorridore festzulegen. Diese Institutionalisierung der Reflexion schützt die Mitarbeitenden vor Isolation und verhindert, dass moralischer Stress in ethische Abstumpfung (Coolout) oder Burnout mündet.

14.3.3 Organisationsebene

Auf dieser Ebene steht der institutionelle Rahmen im Fokus, der das tägliche Handeln vor Ort ermöglicht, reguliert oder einschränkt. Die Organisationsebene umfasst die Leitungen und Träger von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie ambulanten und stationären Hospizdiensten. Sie stehen vor der komplexen Aufgabe, den Schutz der Mitbewohner oder Mitpatienten mit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen sowie der Fürsorgepflicht gegenüber den Mitarbeitenden und dem eigenen Selbstverständnis in Einklang zu bringen.

Zentrale Fragestellungen dieser Ebene sind:

- *Welche ethischen Werte und Prinzipien sind im Leitbild verankert und prägen die Unternehmenskultur?*
- *Existieren verbindliche Leitlinien als Orientierungsrahmen für das Handeln?*
- *Entspricht die Ressourcenallokation der*

Organisation dem ethischen Anspruch an eine gerechte und würdevolle Versorgung?

- *Wie transparent und konsistent agieren die Führungskräfte in der internen und externen Kommunikation?*

Institutioneller Rahmen und individuelle Selbstbestimmung

Einrichtungen der stationären Pflege bewegen sich bei der Frage des Ortes für den assistierten Suizid in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach dem Erhalt des eigenen Selbstverständnisses und dem Selbstbestimmungsrecht der Bewohner, für die die Einrichtung ihr letzter Lebensraum ist. Um eigene Werte und auch vulnerable Mitbewohner zu schützen und für die Mitarbeitenden verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, berufen sie sich mitunter auf das Konzept des „geschützten Raums“.⁹ So beruft sich beispielsweise die Deutsche Bischofskonferenz (DBK) in ihren aktuellen „Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft“ (DBK 2026) auf ihr christliches Menschenbild, das den absoluten Lebensschutz im geschützten Raum der Einrichtungen umfasst. Auf dieser Grundlage lehnt sie Suizidassistenten ab – verbunden mit der Erwartung, dass Bewohner für diesen Schritt die Einrichtungen verlassen.¹⁰ (Ebd., 16) Ob dies – wie

⁹ Vgl. hierzu den Hintergrundtext „Positionen von Verbänden und des Deutschen Ethikrats“.

¹⁰ Suizidassistenten hat für die Deutsche Bischofskonferenz „in Einrichtungen und Diensten in katholischer Trägerschaft keinen Raum.“ (DBK 2026, 15) Die Verantwortlichen der Informationsplattform *Infopunkt.Sterbehilfe* widersprechen dieser Auffassung: Das Heimzimmer stellt die Wohnung der Bewohner dar, woraus folgt: „Sie allein bestimmen, wer es betreten darf.“ (Infopunkt.Sterbehilfe 2025) Dies berechtigt sie, Besuch zu empfangen, was explizit auch externe Sterbehelfer sowie Ärzte einschließt. Pauschale vertragliche Verbote der Suizidassistenten im Bewohnerzimmer sind demnach im Falle eines Rechtsstreits rechtlich unwirksam und pauschale Hausverbote gegen externe Sterbehilfeorganisationen in der Regel unzulässig. (Ebd.) Thomas Gutmann und Pia Dittke stützen diese Argumentation: „Einrichtungen des Medizin- und Pflegebereichs müssen im Rahmen der privatrechtlichen Verträge, die sie mit ihren Patienten, Bewohnern und Klienten schließen, die geschützten Grundrechtspositionen ihrer Vertragspartner beachten.“ (Gutmann/Dittke 2025, 595) Im Rahmen dort begründeter zivilrechtlicher Rechtsverhältnisse dürfen sie ihren Patienten, Bewohnern und Klienten den Zugang zu assistiertem Suizid durch Dritte, die bereit sind, hierzu rechtmäßige Hilfe zu leisten, faktisch nicht verunmöglichen. (ebd., 588) Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben „kann in Krankenhaus-, Hospiz- oder Heimaufnahmeverträgen nicht wirksam beschränkt werden.“ (ebd.) „Geschützte rechtliche Interessen der Heimbetreiber, die stark genug wären, hier ein Gegengewicht zu bilden, sind insoweit nicht ersichtlich. Generelle Hausverbote etwa für ‚alle Mitarbeiter von Sterbehilfeorganisationen‘ oder für ‚Anbieter von Suizidassistenten‘ (bzw. die generalisierte Möglichkeit für die Betreiber, solche Verbote auszusprechen) [...] sind damit unwirksam.“ (ebd., 590) „Die Träger können im Ergebnis die Leistung von erlaubter Suizidassistenten durch Dritte in ihren Häusern nicht per se ausschließen.“ (ebd.) Ein Gebrauchmachen von diesem Recht durch Bewohner kann „keine Verletzung vertraglicher Pflichten darstellen [...]. Eine Kündigungsmöglichkeit vonseiten des Unternehmers/der Einrichtung aufgrund eines geäußerten Suizidwunsches besteht somit grundsätzlich nicht.“ (ebd., 592) „Will eine Klinik oder ein Hospiz keine Hilfe zum Suizid anbieten und ist der mobile Patient oder die mobile Patientin auf zumutbare Weise in der Lage, die Einrichtung zu verlassen, spricht aus rechtlicher Sicht natürlich auch nichts dagegen, ihn oder sie in gegenseitigem Einvernehmen in die Häuslichkeit oder eine andere Einrichtung zu entlassen, um dort Hilfe zum Suizid zu erhalten.“ (ebd.) Haltungsoffener als die Deutsche Bischofskonferenz formuliert etwa der Ethikrat des Caritasverbands der Erzdiözese München und Freising e. V. 2022: siehe im Hintergrundtext „Positionen von Verbänden und des Deutschen Ethikrats“. Vgl. hierzu auch die Lösung in unserer grafischen Erzählung: Ausgehend vom „Schutzraumkonzept“ wird vonseiten der Einrichtung gegenüber Frau Müller der Wunsch geäußert, den assistierten Suizid

von der DBK vorgeschlagen – vertraglich durchsetzbar sein wird, ist jedoch fraglich. So räumt die DBK selbst ein, dass mangels präzedenzbildender gerichtlicher Entscheidungen die Wirksamkeit von entsprechenden Vertragsklauseln juristisch noch nicht final geklärt ist.¹¹ (Ebd., 54) Wolfram Höfling ist skeptisch: Ob eine Auflösung konfligierender Grundrechtspositionen über Heimverträge, die Suizidassistenten in der Einrichtung untersagen, „Bestand vor – sicherlich angerufenen – Gerichten haben wird, ist nicht sicher zu beantworten.“ (Höfling 2025, 168)

Die Herausforderung für Einrichtungsleitungen bleibt deshalb die Gestaltung eines institutionellen Rahmens, der mehreren Anforderungen gerecht werden muss: dem Schutz der Selbstbestimmung der Bewohner im eigenen Zimmer, dem Schutz von Mitbewohnern und Mitarbeitenden sowie der Wahrung des institutionellen Selbstverständnisses.

Verantwortung für Mitpatienten, Bewohner, Gäste und Mitarbeitende

Die Leitungen der Einrichtungen und Dienste sowie deren Träger tragen eine umfassende Systemverantwortung. Dabei sind insbesondere zwei Aspekte zentral:

- **Schutz der Mitbewohner, Gäste und Patienten:** Da schwerkranke oder hochbetagte Menschen in stationären Einrichtungen als besonders vulnerabel gelten, wird in der Debatte die Sorge geäußert, eine normalisierte Praxis des assistierten Suizids in direkter Nachbarschaft könne den Lebenswillen anderer Bewohner verunsichern. Es besteht das Risiko, dass Betroffene das Gefühl entwickeln, der Gesellschaft oder den Angehörigen zur Last zu

fallen, und sich moralisch gedrängt fühlen, ihr Leben ebenfalls vorzeitig zu beenden. Mangelnde Abgrenzung könnte somit das Vertrauen in einen uneingeschränkten Schutz der Würde in Krankheit und Alter untergraben.

- **Fürsorge für Mitarbeitende:** Träger und Leitungen stehen in der Verantwortung für ihr Personal. Eine Organisation darf von Mitarbeitenden nicht erwarten, selbst als Suizidassistenten zu agieren oder die Praxis aktiv zu unterstützen. „Die Begleitung der suizidwilligen Person kann Pflegefachpersonen per se weder trägerseits noch von der Institution vorgeschrieben werden und muss der Freiheit des Gewissens überlassen bleiben.“ (Riedel et al. 2022, 710 f.) Entsprechende Verweigerungsrechte sind einzuräumen. Gleichzeitig ist – aus Fürsorge für jene Mitarbeitende, die aus mitmenschlicher Verbundenheit bei einer extern begleiteten Selbsttötung anwesend sein möchten – sicherzustellen, dass diese professionell psychosozial begleitet und im Nachgang aufgefangen werden.

Ethische Strukturen in Organisationen

Um mit diesen Spannungsfeldern ethisch verantwortbar umzugehen, empfiehlt der Deutsche Ethikrat die Weiterentwicklung von Organisationsleitbildern zu einer transparenten und reflektierten Sterbekultur – da sich durch eine klare und transparente Kommunikation nach innen und außen Leitungen, Mitarbeitende, Angehörige sowie Bewohner wirksam entlasten lassen.¹²

Annette Riedel et al. (2022) fordern dazu auf, „Prozesse, Leitlinien und Standards grundsätzlich partizipativ und transparent mit den Pflegenden zu entwickeln. Zudem bedarf es

außerhalb der Einrichtung umzusetzen – in der Akzeptanz, dass die Einrichtung dies in den Räumlichkeiten von Frau Müller rechtlich nicht grundlegend ablehnen kann. Der Träger darf sich jedoch die Umsetzung außerhalb zum Schutz der Mitbewohner und Mitarbeitenden sowie zur Wahrung des eigenen Selbstverständnisses wünschen. Dies ist das Ergebnis der Arbeitsgruppe und fließt so in die Leitlinie der Einrichtung ein. Im Vorwort weisen wir deshalb darauf hin, dass die in der grafischen Erzählung dargestellte Lösung lediglich eine von mehreren Möglichkeiten darstellt. Einrichtungen und Dienste der Gesundheitsversorgung müssen hier ihren ganz eigenen Weg finden.

¹¹ Die DBK räumt ein, dass gerichtliche „Streitigkeiten um die Wirksamkeit von vertraglichen Ausschlüssen der Suizidassistenten und die Rechtmäßigkeit von Hausverboten“ nicht auszuschließen sind. (DBK 2026, 54) Da die vorliegende Materie juristisches Neuland betreffe und es an geeigneten Präzedenzfällen fehle, könne eine definitive rechtliche Bewertung der Rechtswirksamkeit der empfohlenen Vertragsklauseln nicht vorgenommen werden. Eine endgültige Klärung bleibe gerichtlichen Entscheidungen vorbehalten. (Ebd., 54, Anm. 16)

¹² „Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen der Langzeitversorgung werden jedoch bereits vermehrt mit dem Verlangen nach assistiertem Suizid konfrontiert. Deshalb sollten sie ihr Leitbild explizit um Überlegungen zur Sterbekultur weiterentwickeln, um sowohl potenziellen Bewohnerinnen und Bewohnern, als auch Mitarbeitenden transparent zu machen, ob bzw. ggf. wie im Haus mit der Suizidassistenten umgegangen wird.“ (DER 2025, 25)

konkreter organisationsethischer Strukturen, die eine niederschwellige, zeitnahe systematische Reflexion ethischer und rechtlicher Verunsicherungen, Irritationen und Fragestellungen ermöglichen. Um die moralische Belastung zu verringern, ist ein offener Austausch – bestenfalls unter Einbezug aller Beteiligten und Betroffenen – notwendig.“ (Ebd., 711 f.)¹³

14.3.4 Professions- und Verbandsebene

Diese Ebene dient als Vermittlungsinstanz zwischen den einzelnen Institutionen und der Gesellschaft. Als ethisches und fachliches Fundament bündelt sie das kollektive Selbstverständnis ganzer Berufsgruppen, entwickelt verbindliche Standards und trägt diese normativen Werte aktiv in den gesellschaftlichen Diskurs.

Die Professionsethik – etwa in Form des ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen (ICN 2021) oder des Genfer Gelöbnisses (Weltärztebund 2017) – bildet das verbindende Element, das über alle Ebenen hinweg wirkt: Auf der **Makroebene** ist sie als gesellschaftlich erwarteter Wertekanon präsent, der grundlegende Verpflichtungen wie den Lebensschutz festschreibt. Auf der **Mesoebene** konkretisieren Berufsverbände und Kammern diese Standards und überwachen deren Einhaltung. Für die einzelne Person auf der **Mikroebene** dient die Ethik schließlich als Kompass und Legitimationsbasis, um auch in moralischen Grenzsituationen handlungsfähig zu bleiben.

Zentrale Fragestellungen dieser Ebene sind:

- *Welches Ethos leitet die jeweilige Profession und welche übergeordneten Standards werden für die Praxis definiert?*
- *Wie können berufsständische Kodizes die Mitarbeitenden an der Basis stärken?*
- *Ist die Suizidassistenz eine ärztliche Aufgabe – und inwiefern stehen sich hier die Rolle als „Sterbehelfer“ und die als „Anwalt des Lebens“ gegenüber?*

Ärztliche Haltung zum assistierten Suizid im Wandel

Infolge des Urteils des Bundesverfassungsgerichts von 2020 wurde das ärztliche Berufsrecht angepasst. Der 124. Deutsche Ärztetag strich im Mai 2021 die Formulierung in der Musterberufsordnung, die die ärztliche Mitwirkung am Suizid berufsrechtlich untersagt hatte. (Vgl. aktuell BÄK 2026) Diese Entwicklung führt innerhalb der Ärzteschaft zu anhaltenden Diskussionen, da ein einheitliches ärztlich-ethisches Selbstverständnis in dieser Frage weiterhin fehlt. (Marckmann 2025, 66 f.)

Während die Bundesärztekammer betont, dass die Suizidassistenz keine ärztliche Regelleistung darstellen dürfe und keine ärztliche Aufgabe sei (BÄK 2011), betont Georg Marckmann, dass der Ärzteschaft aufgrund ihrer medizinisch-pharmakologischen und diagnostischen Kompetenz eine tragende Rolle bei der Einschätzung der Entscheidungsfähigkeit sowie der Aufklärung über palliative Alternativen zukomme. Nur so könne eine sichere und fachgerechte Praxis im Sinne des Patientenwohls gewährleistet werden. (Marckmann 2025, 70)

Dies wirft eine kritische Folgefrage für die Zukunft auf: Könnte im Zuge einer zunehmenden Normalisierung der Suizidassistenz ein sozialer Druck auf Ärzte entstehen, der dazu führt, dass eine Weigerung zur Mitwirkung gerechtfertigt werden muss, anstatt sie als legitime Gewissensentscheidung vorzusetzen?

Pflegerisches Selbstverständnis

Pflegende sind in besonderem Maße mit Anfragen zum assistierten Suizid konfrontiert, da sie die engste und kontinuierlichste Beziehung zu den Betroffenen pflegen. (Riedel et al. 2022, 711) Die berufsständische Position fordert nachdrücklich, dass die Pflege primär der Lebensbegleitung verpflichtet bleibt. Sie darf nicht mit Aufgaben der Sterbehilfe belastet werden, die dem inhärenten Ethos der professionellen Sorge widersprechen. (DPR 2025, 6)

¹³ Siehe hierzu die Prozesse einer partizipativen Entwicklung von Leitlinien im Hintergrundtext „Entwicklung von Leitlinien im partizipativen Prozess“. Siehe außerdem den Hintergrundtext „Ethische Leitlinien“.

Hospiz- und Palliativverbände

Die Hospiz- und Palliativverbände¹⁴ vertreten eine dezidiert lebensbejahende Haltung. Sie orientieren sich an der klassischen Definition von Palliative Care durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2002), wonach das Leben bejaht und der Tod weder vorzeitig herbeigeführt noch künstlich hinausgezögert werden soll. Diese Haltung wird maßgeblich durch die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ gestützt. Sie fordert dazu auf, Bestrebungen zur Legalisierung der Sterbehilfe durch eine konsequente Kultur der Fürsorge, von Palliative Care und eines solidarisch sorgenden Miteinanders zu begegnen. (DGP/DHPV/BÄK 2010, 9)

Die Verbände betonen das lebensstärkende Potential palliativer Versorgung: Ein geäußelter Sterbewunsch erweist sich in der klinischen Erfahrung möglicherweise als reversibel, sobald physische Schmerzen effektiv gelindert und soziale Isolation durch eine zugewandte hospizliche Begleitung aufgebrochen werden.

14.3.5 Gesellschafts- und Systemebene

Diese Ebene bildet den Rahmen und beinhaltet die politischen, rechtlichen sowie gesellschaftlichen Spielregeln für das Gesamtsystem. Als Makroebene setzt sie die Leitplanken, innerhalb derer alle weiteren Ebenen (Individuum, Team, Organisation, Profession) agieren müssen.

Zentrale Fragestellungen dieser Ebene sind:

- *Wie werden das Recht auf Selbstbestimmung und die staatliche Schutzpflicht für das Leben rechtlich ausgewogen ausgestaltet?*
- *Wie lässt sich die Suizidhilfe staatlich regulieren, ohne das Selbstbestimmungsrecht unverhältnismäßig einzuschränken?*
- *Welche Mechanismen sind notwendig, um Missbrauch zu verhindern (insbesondere*

den Schutz vulnerabler Gruppen vor sozialem oder ökonomischem Druck)?

- *Welche Auswirkungen haben diese gesellschaftlichen Weichenstellungen auf das Zusammenleben sowie auf das Verständnis von Würde und Sorge in zukünftigen Generationen?*

Verfassungsrechtlicher Rahmen und legislative Situation¹⁵

Das Bundesverfassungsgericht erklärte im Februar 2020 den 2015 eingeführten § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für verfassungswidrig und nichtig. Damit gilt in Deutschland faktisch wieder die Rechtslage von 1871, nach der die Suizidbeihilfe grundsätzlich straffrei bleibt. Das Gericht unterstrich dabei die staatliche Verpflichtung, eine praktische Konkordanz zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und dem Schutz des Lebens vulnerabler, nicht freiverantwortlich entscheidungsfähiger Personen herzustellen. (Putz 2025, 27)

Der Versuch, die verfassungsrechtlichen Vorgaben in ein spezifisches Gesetz zu überführen, scheiterte am 6. Juli 2023: Beide konkurrierenden Gesetzentwürfe verfehlten die erforderliche Mehrheit.¹⁶ Angenommen wurde allerdings der interfraktionelle Antrag zur Stärkung der Suizidprävention (Deutscher Bundestag 2023), der die Bundesregierung verpflichtet, eine nationale Strategie sowie Konzepte für Kriseninterventionsdienste zu etablieren. Infolgedessen bleibt der assistierte Suizid gesetzlich nicht reguliert, was zu Verunsicherung bei Mitarbeitenden in Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsversorgung führt.

Die Dammbrech-These im internationalen Vergleich

Ein zentraler Aspekt der gesellschaftlichen Debatte ist die Sorge vor einem moralischen

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und Deutscher Hospiz- und Palliativverband.

¹⁵ Vgl. den Hintergrundtext „Aktuelle Rechtslage zum assistierten Suizid in Deutschland“.

¹⁶ Die Diskussion der Gesetzentwürfe beispielsweise bei: Eric Hilgendorf 2025.

und praktischen „Dammbruch“. Kritiker warnen vor einer Entwicklung, in der der assistierte Suizid zu einer „normalen“ sozialen Dienstleistung wird¹⁷ und soziale Erwartungshaltungen den Druck auf kranke oder hochbetagte Menschen erhöhen, ihr Leben vorzeitig zu beenden, um etwa Ressourcen zu schonen oder pflegerische Aufwände zu minimieren.¹⁸ So gibt Monika Bobbert zu bedenken: „Eine generelle gesellschaftliche Vorentscheidung, dass sich Menschen bei Einschränkungen durch Alter, Krankheit oder Behinderung fragen, ob sie sich und anderen Belastungen zumuten möchten, verändert die Ausgangslage für individuelle Entscheidungen. Die Lebensführung und das gesellschaftliche Zusammenleben verändern sich, wenn es für Krisen sowie für körperliche und psychische Einschränkungen die Lösungsmöglichkeit professioneller Hilfe zum Tod gibt.“ (Bobbert 2025, 319)

Ob diese theoretisch formulierten Befürchtungen eines „Dammbruchs“ durch die Realität gestützt werden, lässt ein Blick auf den internationalen Vergleich erkennen, bei dem die Praxis je nach rechtlichem Rahmen teils große Unterschiede aufweist.

- In Ländern, die ausschließlich ärztlich assistierte Suizidbeihilfe gestatten – etwa in der Schweiz –, sind die Fallzahlen seit Jahren auf einem niedrigen Niveau stabil; ein breiter „Dammbruch“ ist hier bislang nicht zu verzeichnen. (Sitte/Thöns 2025, 75)
- In Jurisdiktionen, die zudem die Tötung auf Verlangen legalisiert haben – wie in den Niederlanden oder Belgien –, zeigt sich hingegen eine signifikante Zunahme der

Todesfälle sowie eine sukzessive Ausweitung der Indikationen auf nicht-terminale Erkrankungen (ebd.; Farr/Karl 2025, 231). Vor diesem Hintergrund fordern deutsche Fachgesellschaften nachdrücklich, das Verbot der Tötung auf Verlangen gemäß § 216 StGB strikt beizubehalten.

Jenseits der gesetzlichen Ebene ist zudem das Risiko eines „persönlichen und institutionellen Dammbruchs“ zu beachten. Sobald in einer Einrichtung Suizidhilfe zum Angebot wird bzw. eine Einrichtung, ein Dienst oder eine Person aktiv an der Assistenz beteiligt ist, verschieben sich moralische Grenzziehungen möglicherweise¹⁹: Die Hemmschwelle für künftige Anfragen droht zu sinken, ohne dass die langfristigen Auswirkungen auf das professionelle Selbstverständnis im Vorfeld vollständig absehbar wären, noch die psychische Stabilität der Beteiligten abzusichern wäre.

14.4 Fazit

Die systemorientierte ethische Analyse auf Basis des Mehr-Ebenen-Modells verdeutlicht, dass die Debatte um den assistierten Suizid im deutschen Gesundheitssystem nicht auf das duale Verhältnis von individueller Selbstbestimmung und dem Handeln sorgender Dritter reduziert werden kann. Vielmehr handelt es sich um eine hochgradig vernetzte Multiakteursverantwortung, die alle Systemebenen simultan beansprucht.²⁰ (DER 2025, 32 f.; 115 ff.)

Eine tragfähige, ethisch verantwortbare Praxis kann gelingen, wenn die einzelnen Ebenen funktional ineinandergreifen: Während die

¹⁷ Vgl. hierzu den „Exkurs: Die Debatte über ‚Normalität‘ und ‚Normalisierung‘ als Kern vernetzter Multiakteursverantwortung“ in der Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“ des Deutschen Ethikrats. (DER 2025, 115 ff.) Vgl. außerdem den Hintergrundtext „Vom Einzelfall zur Normalität? Das Dammbruchargument“.

¹⁸ Vgl. zu dieser Argumentation beispielsweise: BVerfG 2020, Rn. 229.

¹⁹ Gregor Sattelberger beschreibt dies so: „Die Wahrnehmung des Arbeitsplatzes in einem Pflegeheim oder in einem Hospiz verändert sich, wenn dort der assistierte Suizid Teil des Angebots wird. Viele Pflegenden haben das Ziel, den Patient(inn)en zu vermitteln, dass sie so angenommen werden wie sie sind, auch und gerade mit ihren Bedürfnissen und in ihrer Bedürftigkeit. Es geht darum, einen lebensbejahenden Schutzraum aufzubauen. Was passiert mit einem Arbeitsplatz, an dem beides – palliative Versorgung und assistierter Suizid – angeboten werden? Geht dann ein Schutzraum verloren, den die Pflege unterstützen möchte? Wie werden sich Bewohner/-innen verhalten und fühlen, wenn sie sich als Belastung wahrnehmen?“ (Sattelberger 2025, 73)

²⁰ „Den verantwortungsethischen Reflexionen der Stellungnahme liegt die Annahme zugrunde, dass die Entscheidungen für einen assistierten Suizid und für die Hilfe dabei sowie deren Durchführung nicht nur eine Privatangelegenheit von suizidalen Personen sind. Es besteht auch eine Mitverantwortung des sozialen Umfeldes, verschiedener organisationaler Arrangements sowie gesamtgesellschaftlicher und staatlicher Institutionen. Sie konstituieren eine *Multiakteursverantwortung*. Dabei ist zwischen der (Mikro-)Ebene individuellen Handelns (das heißt der Perspektive der suizidalen Person selbst und außenstehender Dritter wie zum Beispiel An- und Zugehöriger sowie professioneller Begleiterinnen und Begleiter), der (Meso-)Ebene der Organisationen (insbesondere Träger von Einrichtungen der Gesundheitspflege und Bildung) und der gesamtgesellschaftlichen (Makro-)Ebene zu unterscheiden.“ (DER 2025, 32 f.)

Makroebene des Staates für ein verlässliches, prozedurales Schutzkonzept und eine flächen-deckende Infrastruktur zur Suizidprävention sorgt²¹, stehen die Träger und Leitungen der Einrichtungen und Dienste auf der Mesebene in der Verantwortung, verbindliche und transparente Leitlinien zu entwickeln. (Riedel et al. 2022, 711 f.; Baumann 2023)

Eine wichtige Entlastung für das Handeln an der Basis vollzieht sich auf den Scharnierebenen: Professionsethische Empfehlungen, Handlungsrichtlinien der Kammern und Verbände sowie eine lebendige, von regelmäßigen ethischen Fallbesprechungen geprägte Teamkultur tragen maßgeblich zur Bewältigung von moralischem Stress bei Haupt- und Ehrenamtlichen bei. Eine kollektive Reflexion nimmt die existenzielle Not der einzelnen Person wahr und ernst und fördert eine gestaltbare und ethisch verantwortete Begleitung am Lebensende.

Literaturverzeichnis

- Baumann, M.** (2023). Ethische Grundhaltungen im HOSPIZ STUTTGART. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 24(03)/2023, S. 105-107.
- Baumann, M./Fromm, C.** (2023). Ethik-Cafés im Sozial- und Gesundheitswesen. Springer: Berlin.
- Bobbert, M.** (2025). Reglements zum assistierten Suizid in Langzeitpflegeeinrichtungen der Schweiz: ethische Fragen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 301-321.
- Bozzaro, C.** (2024). Der assistierte Suizid als sozialer Akt. In: Bozzaro, C./Richter, G./Rehmann-Sutter, C. (Hrsg.) (2024). Ethik des assistierten Suizids. Autonomien, Vulnerabilitäten, Ambivalenzen. Reihe Bioethik/Medizinethik Band 5. transcript Verlag: Bielefeld, S. 213-222.
- Bundesärztekammer (BÄK)** (2011). Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt 108(07)/2011, S. A 346-A 348. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf (Zugriff: 10.05.2026)
- Bundesärztekammer (BÄK)** (2026). (Muster)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 130. Deutschen Ärztetages vom 13. Mai 2026 in Hannover. Bekanntmachung vom 18.06.2026. In: Deutsches Ärzteblatt 2026, S. A 1-A 9. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/2026-06-18_Bek_BAEK_MBO-AE.pdf (Zugriff: 22.09.2026)
- Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz/Bundesamt für Justiz (BMJV/BfJ)** (2026). Strafgesetzbuch (StGB) § 216 Tötung auf Verlangen. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_216.html (Zugriff: 10.05.2026)
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG)** (2020). Urteil vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 10.05.2026)

²¹ „Suizidprävention erfolgt auf allen Ebenen der Gesellschaft. Ihre Strategien können universell, selektiv und indiziert erfolgen. Das heißt, sie können sich an die gesamte Gesellschaft, an spezifische Risikogruppen und an suizidale Menschen direkt wenden. Dabei sind auf allen Ebenen der Suizidprävention nicht nur das Gesundheitswesen, sondern die ganze Gesellschaft gefordert, Tabuisierung und Stigmatisierung entgegenzuwirken. [...] Als besonders wirksame Methoden gelten die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln, psychosoziale Hilfen bei Suizidalität und eine verantwortungsvolle Medienberichterstattung über Suizide und Suizidprävention.“ (Lindner 2025, 25) Die Praxis der Suizidprävention soll aber nicht dazu führen, dass der assistierte Suizid gänzlich unmöglich wird: „Es gilt einen abgewogenen Ausgleich zu finden zwischen der realen Gewährleistung des Persönlichkeitsrechts auf humanes und selbstbestimmtes Sterben mit Hilfe Dritter einerseits und einer gebotenen Suizidprävention andererseits. Letztere hat unfreie und meist eher brutale Selbsttötungen im Affekt oder in vorübergehender Krisensituation zu vermeiden sowie akute Suizidversuche bei schwerer psychischer Störung zu verhindern. Unter den Aspekt einer lebens- und autonomieschützenden Verhütung kann auch fallen, Menschen mit Suizidvorhaben entlastende Gespräche anzubieten oder den Raum für noch mögliche alternative Optionen zu eröffnen. Wird der Präventionsbegriff jedoch missbraucht zur Verhütung von verzweifelt freiverantwortlichen und wohlüberdachten Suiziden sowie Versuchen und Hilfen dazu, würde er ins Negative, Autonomieverletzende und Bedrohliche umkippen. Er verlöre damit seine ursprünglich so wohlklingende und rein menschenfreundliche Bedeutung.“ (Neumann 2025, 110)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. (DGP)/Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e. V. (DHPV)/Bundesärztekammer (BÄK) (Hrsg.) (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. Berlin. <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> (Zugriff: 13.06.2026)

Deutscher Bundestag (2023). Antrag der Abgeordneten Kappert-Gonthier, K. et al. Suizidprävention stärken. Drucksache 20/7630. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/076/2007630.pdf> (Zugriff: 18.06.2026)

Deutscher Ethikrat (DER) (Hrsg.) (2025). Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. 3. Aufl. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (Zugriff: 13.06.2026)

Deutscher Pflegerat e.V. (DPR) (2025). Positionspapier „Die pflegerische Begleitung von Personen mit Todeswunsch“. https://deutscher-pflegerat.de/download/2025-01-06_positionspapier_pflegerische_begleitung_bei_personen_mit_todeswunsch_final.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

Ethikrat Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e. V. (2022). Assistierter Suizid. Eine Handreichung für Einrichtungen und Dienste zur Auseinandersetzung mit der Thematik auf der Basis einer lebensbejahenden Grundhaltung. <https://www.caritas.de/magazin/schwerpunkt/sterben-und-tod/sterbehilfe-in-deutschland--orientierung> (Zugriff: 05.04.2026)

Farr, L./Karl, I. (2025). Wer fragt nach Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen? Ein internationaler Vergleich zum Zusammenhang von Rechtsrahmen, Diagnosen und Sterbewunsch. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 101(05)/2025, S. 231-232.

Gutmann, T./Dittke, P. (2025). Der rechtliche Rahmen für den Umgang mit Wünschen nach assistiertem Suizid in den Institutionen des Medizin- und Pflegebereichs. In: Medizinrecht 43/2025, S. 584-595.

Hilgendorf, E. (2025). Zur rechtlichen Regulierung der Suizidassistenz nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 41-54.

Höfling, W. (2025). Private Regulierung der Suizidassistenz? Überlegungen zu den Gestaltungsspielräumen kirchlicher Einrichtungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe: Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit. Hrsg. von der Katholischen Stiftungshochschule München. Band 22. De Gruyter: Oldenbourg, S. 163-169.

Infopunkt.Sterbehilfe (2025). Selbstbestimmt bis zum Schluss: Recht auf Suizidassistenz im Pflegeheim. <https://infopunkt-sterbehilfe.de/selbstbestimmung-im-pflegeheim-recht-auf-suizidassistenz/> (Zugriff: 13.06.2026)

International Council of Nurses (ICN) (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021. https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2021/11/ICN_Ethikkodex_2021.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (Hrsg.) (2020). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2 – September 2020. AWMF-Registernummer: 128/001 OL. Berlin. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

Lindner, R. (2025). Suizidprävention und assistierter Suizid – unvereinbar? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 58(01)/2025, S. 23-27.

Marckmann, G. (2025). Assistierter Suizid: Perspektiven für eine ethisch verantwortete Praxis. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 55-71.

Nedopil, N./Brieger, P. (2026). Assistierter Suizid: Begutachtung und Beurteilung der Fähigkeit zur freiverantwortlichen Entscheidung. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 69(03)/2026, S. 334-339.

Neumann, G. (2025). Ergebnisoffene Konfliktberatung bei Sterbewunsch – Prävention, Freiverantwortlichkeit und Suizidhilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 91-112.

Putz, W. (2025). Assistierter Suizid – eine legale Form der Sterbehilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 22-40.

Riedel, A./Klotz, K./Heidenreich, T. (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. In: Ethik in der Medizin 36/2024, S. 263–281.

Riedel, A./Seidlein, A.-H./Klotz, K. (2025). Gerontologische Pflege und Ethik als Grundlage für den professionellen Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach einem assistierten Suizid älterer Menschen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 105-132.

Riedel, A. et al. (2022). Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und

ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft (15. August 2022). Konsentiert und gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik I“ und „Pflege und Ethik II“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) e. V. In: Ethik in der Medizin 34/2022, S. 709-714.

Sattelberger, G. (2025). Praktiken und Interventionen in der Palliativpflege. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 65-77.

Schäffer, B./Graw, M. (2025). Rechtsreport: Ärztlich assistierter Suizid – Strafbarkeit bei fehlender Freiverantwortlichkeit. In: Rechtsmedizin 35(05)/2025, S. 385-389.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_11117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Sitte, T./Thöns, M. (2025). Assistierter Suizid – Pro und Kontra [Thöns S. 73-79; Sitte, S. 79-87]. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 72-90.

Thöns, M. (2025). Einführung in die Thematik. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 9-21.

Thöns, M. et al. (2021). Handreichung – Umgang mit nachhaltigen Suizidwünschen bei schwerer Krankheit. In: Schmerzmedizin 37(04)/ 2021, S. 12-15.

Tonello, L. (2025). Assistierter Suizid – Verbände in ethischer Handlungsverantwortung.

In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 58(01)/2025, S. 17-22.

Unger, T. (2025). Rechtliche Anmerkungen zu der von Dr. M. Thöns vorgestellten Kasuistik. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 187-190.

Uniklinik Köln – Zentrum für Palliativmedizin (Hrsg.) (2023). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Köln. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/> (Zugriff: 27.01.2026)

Wagner, B./Hofmann, L. (2026). Die Rolle der Angehörigen im Kontext des assistierten Suizids: Herausforderungen und Unterstützungsbedarf. In: Bundesgesundheitsblatt 69(03)/

2026, S. 319-325. <https://www.springermedizin.de/content/pdfid/52040626/10.1007/s00103-026-04194-x> (Zugriff: 14.06.2026)

Wefelscheid, R. (2025). Polizei und Sterbehilfe. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Münchner Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 149-158.

Weltärztebund (2017). Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

World Health Organization (WHO) (2002). WHO Definition of Palliative Care 2002. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf (Zugriff: 13.06.2026)

15 Vom Einzelfall zur Normalität? Das Dambruchargument

Manfred Baumann

15.1 Einführung

Dieser Hintergrundtext befasst sich mit dem Dambruchargument (auch „Argument der schiefen Ebene“ oder „Slippery Slope-Argument“) im Kontext der ethischen Debatte um den assistierten Suizid. Ziel ist es, die theoretischen Grundlagen dieser Argumentationsfigur zu erläutern, ihre spezifische Bedeutung sowie die damit verbundenen Befürchtungen für die gesellschaftliche Praxis in Deutschland aufzuzeigen. Darüber hinaus weitert der Text den Blick auf bislang kaum beachtete institutionelle, persönliche und kausale Lesarten des Dambruchs.

Zu diesem Zweck definiert der Text zunächst die Argumentationsfigur und wendet sie auf die aktuellen Befürchtungen in der Sterbehilfedebatte an. Nach einer kritischen Betrachtung der empirischen Entwicklungen und der Grenze zur Tötung auf Verlangen werden alternative Dimensionen des Dambruchs diskutiert, bevor der Text mit konkreten Handlungsempfehlungen zum Schutz vulnerabler Gruppen schließt.

15.2 Definition und Bedeutung des Dambrucharguments

Das Dambruchargument ist eine Argumentationsfigur, die der Sorge Ausdruck verleiht, dass eine erste Handlung eine unkontrollierbare Kette weiterer Schritte nach sich zieht, die letztlich in einem unerwünschten Ergebnis münden. Nach der Definition des Deutschen

Referenzzentrums für Ethik (drze 2025) wird dabei eine Maßnahme, die für sich genommen eigentlich moralisch akzeptabel wäre, letztlich als unzulässig bewertet, weil sie langfristig inakzeptable Konsequenzen befürchten lässt.

Das prognostizierte Ergebnis liegt in der Zukunft und bleibt eine hypothetische Annahme.¹ In ethischen Debatten wird diese oft emotional aufgeladene Figur genutzt, um vor den Risiken einer Praxis zu warnen und die Verantwortung zu betonen, eine solche Eigendynamik frühzeitig zu unterbinden. Das Dambruchargument basiert somit auf zwei Säulen: der Annahme einer unaufhaltsamen Dynamik und deren negativer moralischer Bewertung.

15.3 Das Dambruchargument in der Debatte um den assistierten Suizid

In der Debatte um den assistierten Suizid verleiht das Dambruchargument der Sorge Ausdruck, dass die Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung zu einer schleichenden Normalisierung führt.² Es wird befürchtet, dass sich die assistierte Lebensbeendigung dadurch zu einer allgemein akzeptierten, alltäglichen Dienstleistung entwickelt.

Damit einhergehend wird befürchtet, dass

- der gesellschaftliche und soziale Druck auf besonders schutzbedürftige Menschen steigt. Dies betrifft insbesondere Menschen, die chronisch krank, behindert, alt

¹ Ausführung und Kritik des Dambrucharguments bei Alena Buyx 2025; außerdem bei Klaus Peter Rippe 2016 und David Benatar 2011.

² Dass die Zahl assistierter Suizide auch in Deutschland steigen wird, lässt sich für Thomas Pollmächer aus dem Vergleich mit den Zahlen aus der Schweiz schließen: „Vergleiche mit der Schweiz, in der seit Jahrzehnten assistierter Suizid von sog. Sterbehilfeorganisationen praktiziert wird, [sind] am ehesten geeignet, in etwa die zukünftige Entwicklung in Deutschland abzuschätzen. [...] Die Zahl assistierter Suizide in der Schweiz nimmt stetig zu. [...] Gleichzeitig ist die Zahl nicht assistierter Suizide bei etwa 1000 pro Jahr konstant geblieben (Pollmächer 2023), was verdeutlicht, dass das Angebot des assistierten Suizids nicht dazu führt, dass sich weniger Menschen ohne Unterstützung das Leben nehmen.“ (Pollmächer 2025, 83)

oder sterbend sind. Durch entwertende Menschenbilder könnten Betroffene das Gefühl entwickeln, ihrem Umfeld zur Last zu fallen. Die befürchtete Folge wäre, dass ein Nachdenken über den assistierten Suizid dann nicht mehr dem freien Willen, sondern einem gefühlten gesellschaftlichen oder sozialen Erwartungsdruck entspringt. (DHPV 2021)

- das Leben als solches weniger wertgeschätzt wird, was zu einer Erosion des Lebensschutzes führt. Kritiker befürchten eine Ökonomisierung des Menschen, bei der Individuen nach ihrem gesellschaftlichen „Nutzen“ bewertet werden. Dabei verschiebt sich das moralische Koordinatensystem: Die fundamentale Pflicht zum Lebensschutz und der Auftrag zur Leidensbeendigung werden nicht mehr sorgsam miteinander ausbalanciert. Stattdessen wird der Lebensschutz vorschnell aufgegeben, wodurch die Gefahr steigt, sich vorzeitig für den assistierten Suizid zu entscheiden, anstatt palliativ-medizinische und -pflegerische Alternativen voll auszuschnöpfen. (DBK 2026)
- die Gesellschaft ihren inneren Zusammenhalt verliert (Entsolidarisierung). Im Extremfall müssten Sterbende ihren Wunsch weiterzuleben rechtfertigen, anstatt bedingungslose Unterstützung zu erfahren. (Vgl. Diskussion bei Rippe 2016)

Diese Dynamik lässt sich mit Klaus Peter Rippe als ein schleichender Gewöhnungsprozess beschreiben: „Dambruchargumente gehen davon aus, dass auf Grund der Liberalisierung der Sterbehilfe in der Praxis eine Desensibilisierung eintritt, in der am Ende ethisch zu verurteilende Handlungen durchgeführt und geduldet, ja akzeptiert werden.“ (Rippe 2016, 371)

15.4 Ein weiterer Dambruch? Aufhebung des Verbots der „Tötung auf Verlangen“

Infolge der Aufhebung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung wird in der Sterbehilfedebatte vor einem fundamentalen Folgeschritt gewarnt: der Freigabe der aktiven Tötung auf Verlangen.³ Mit Sorge richtet sich der Blick auf die Niederlande, wo assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen möglich sind. Die dortigen Daten zeigen:

- einen kontinuierlichen Anstieg der Sterbehilfe-Fälle: von 2,7 % aller Todesfälle im Jahr 2011 auf 5,8 % in 2024 (RTE 2025)
- eine eindeutige Präferenz für die aktive Tötung: „In 9.753 Fällen (97,94 %) ging es um Lebensbeendigung auf Verlangen, in 187 Fällen (1,88 %) um Hilfe bei der Selbsttötung und in 18 Fällen (0,2 %) um

³ Beispielsweise Thomas Pollmächer: Es „steht zu befürchten, dass auch bei uns langfristig die Tötung auf Verlangen die ‚Zukunft der Sterbehilfe‘ sein könnte.“ (Pollmächer 2023, 629) Auch Wolfgang Sitte äußert sich besorgt: „Ich erwarte, dass es nach und nach [...] dazu kommen wird, dass der § 216 StGB ausgeweitet und schließlich ersetzt werden wird. Einen ersten fundamentalen Schritt dazu ging 2022 der Bundesgerichtshof ohne jede rechtliche Notwendigkeit.“ (Sitte/Thöns 2025, 86) Sitte bezieht sich damit auf das wegweisende Insulinspritzenurteil des Bundesgerichtshofs (BGH 2022), das die Trennschärfe zwischen beiden Sterbehilfeformen neu bestimmt, sowie die Resonanz auf dieses Urteil. Zur Neubestimmung siehe die Begründung des Urteils: „Täter einer Tötung auf Verlangen ist, wer das zum Tode führende Geschehen tatsächlich beherrscht, auch wenn er sich damit einem fremden Selbsttötungswillen unterordnet. Entscheidend ist, wer den lebensbeendenden Akt eigenhändig ausführt. Gibt sich der Suizident nach dem Gesamtplan in die Hand des anderen, um duldend von ihm den Tod entgegenzunehmen, dann hat dieser die Tatherrschaft. Behält der Sterbewillige dagegen bis zuletzt die freie Entscheidung über sein Schicksal, dann tötet er sich selbst, wenn auch mit fremder Hilfe. Dies gilt nicht nur, wenn die Ursachenreihe von ihm selbst, sondern auch, wenn sie vom anderen bewirkt worden war. Solange nach Vollzug des Tatbeitrags des anderen dem Sterbewilligen noch die volle Freiheit verbleibt, sich den Auswirkungen zu entziehen oder sie zu beenden, liegt nur Beihilfe zur Selbsttötung vor.“ (Ebd., 1/6). „Danach beherrscht nicht die Angeklagte das zum Tode führende Geschehen, sondern ihr Ehemann. Dem steht nicht entgegen, dass die Angeklagte ihm das todesursächliche Insulin durch aktives Tun verabreichte. Eine isolierte Bewertung dieses Verhaltens trägt dem auf die Herbeiführung des Todes gerichteten Gesamtplan nicht hinreichend Rechnung. [...] Bei wertender Betrachtung bildeten die [selbstständige] Einnahme der Tabletten und die Injektion des Insulins [durch die Ehefrau] nach dem Gesamtplan einen einheitlichen lebensbeendenden Akt, über dessen Ausführung allein [...] der Ehemann] bestimmte. [...] Nach dem Gesamtplan war es letztlich dem Zufall geschuldet, dass das Insulin seinen Tod verursachte, während die Medikamente ihre tödliche Wirkung erst zu einem späteren Zeitpunkt entfaltet hätten.“ (Ebd., 3/6) Der BGH geht noch einen Schritt weiter: Der Senat „hält es für naheliegend, dass § 216 Abs. 1 StGB [Verbot der Tötung auf Verlangen] einer verfassungskonformen Auslegung bedarf, wonach jedenfalls diejenigen Fälle vom Anwendungsbereich der Norm ausgenommen werden, in denen es einer sterbewilligen Person faktisch unmöglich ist, ihre frei von Willensmängeln getroffene Entscheidung selbst umzusetzen, aus dem Leben zu scheiden, sie vielmehr darauf angewiesen ist, dass eine andere Person die unmittelbar zum Tod führende Handlung ausführt.“ (Ebd., 4/6) Kritiker sehen im Urteil eine Aufweichung des Schutzes des Lebens. Befürworter begrüßen die Entscheidung als Anerkennung der Selbstbestimmung am Lebensende. Eine ausführliche juristische Reflexion des Urteils findet sich bei Ofterdinger/Kuhl 2023.

eine Kombination aus beiden.“ (RTE 2025, 11)

Ob es zu dieser Entwicklung auch in Deutschland kommen wird, bleibt spekulativ.⁴ Allerdings zeigt die aktuelle juristische Debatte ausgehend vom sogenannten „Insulinspritzenurteil“ des Bundesgerichtshofs aus dem Jahr 2022 (BGH 2022; vgl. Fußnote 2), dass die theoretische Trennlinie auch hierzulande bereits unter Druck gerät: „So folgert der 6. Strafsenat aus dem vom BVerfG anerkannten Recht auf selbstbestimmtes Sterben [...], dass § 216 StGB in solchen Fällen nicht eingreift, in denen der Sterbewillige für die Umsetzung seines Sterbewunsches darauf angewiesen ist, dass eine andere Person die Tötungshandlung vornimmt, zu der er selbst aus tatsächlichen Gründen nicht mehr in der Lage ist. Manche sehen in dieser Ankündigung den Anfang vom Ende des § 216 StGB [...]. Es bleibt festzuhalten, dass die nunmehr genauer in den Blick zu nehmende Entscheidung des BVerfG den BGH dazu ermuntert hat, die Grenzen zwischen erlaubter Suizidbeihilfe und verbotener Fremdtötung neu zu vermessen und über Einschränkungen des § 216 StGB nachzudenken, die bisher nur Gegenstand akademischer Überlegungen waren.“ (Verrel 2025, 155 f.)

Ein solcher Dammbbruch wird indes ambivalent bewertet: Was für die einen ein Hinweis auf einen unerwünschten Dammbbruch ist, bewerten andere als wünschenswerte, konsequente und kontrollierbare Liberalisierung im Dienste der Selbstbestimmung und der Leidensminimierung.⁵ Für Letztere schließt die Würde des Menschen das Recht ein, über Art, Ort und Zeitpunkt des eigenen Todes frei zu entscheiden – um ein erlebtes oder befürchtetes Leid abzukürzen oder zu vermeiden.⁶

15.5 Weitere Lesarten von Dammbbrüchen in der Sterbehilfedebatte

In der Diskussion verdienen zwei weitere, bislang kaum beachtete Dimensionen des Dammbbruchs Erwähnung:

Die kausale Umkehrung: Diese Lesart stellt die klassische Ursache-Wirkung-Logik auf den Kopf. Sie gibt zu bedenken, dass der beklagte Dammbbruch nicht das Resultat der neuen Rechtspraxis ist, sondern deren Voraussetzung. Demnach hat der eigentliche Dammbbruch – ein tiefgreifender gesellschaftlicher Haltungswandel – bereits im Vorfeld stattgefunden und das Urteil des Bundesverfassungsgerichts überhaupt erst ermöglicht. (Baumann 2020)

Die institutionelle und persönliche Ebene: Während das klassische Dammbbruchargument meist makrosoziologisch (gesellschaftlich) argumentiert, vernachlässigt die Literatur oft institutionelle Dammbbrüche (Haltungsveränderungen innerhalb von Kliniken oder Pflegeheimen) sowie persönliche Dammbbrüche der beteiligten Akteure (die psychologische Schwellenüberschreitung bei der Begleitung; vgl. Student 2013). Für die Entwicklung ethischer Leitlinien in Institutionen ist diese Perspektive unverzichtbar.

15.6 Fazit

Unabhängig von der Bewertung des Dammbbrucharguments bleibt der gesellschaftliche Auftrag klar: Vulnerable Gruppen müssen durch eine verlässliche Regulierung der Sterbehilfepraxis und den konsequenten Ausbau der Suizidprävention geschützt werden. Sozialer oder ökonomischer Druck darf niemals der Grund dafür sein, dass Menschen den vor-

⁴ Eine Analyse von Daten aus 20 regionalen Jurisdiktionen für den Zeitraum 1999 bis 2023 zeigt nach Luise Farr und Ilja Karl 2025 allerdings, dass die Raten für medizinisch assistierte Sterbehilfe (MAID) in Regionen mit erlaubter Tötung auf Verlangen höher ausfallen als dort, wo lediglich der ärztlich assistierte Suizid gestattet ist. (Farr/Karl 2025, 231) Daraus leiten die Autoren die Prognose ab: „Wo aktive Sterbehilfe erlaubt ist, ist mit einer Zunahme der Inanspruchnahme über die Zeit zu rechnen.“ (Ebd., 232 f.)

⁵ Vgl. Beate Winkler: „Wir sollten wahrnehmen, dass beim Wunsch nach Hilfe zum Sterben die meisten Menschen die weniger autonome Methode einer Tötung auf Verlangen vorziehen, dass angesichts sehr schwerer Erkrankungen und ausgeprägten Leidens, Patient/-innen sich Hilfe von ihren Ärzt/-innen wünschen, die über das Ausstellen eines Rezepts hinausgeht. [...] In bestimmten Situationen scheint es, dass die Patient/-innen von uns erwarten, dass wir ihnen zur Seite stehen bis zu so extremen Maßnahmen wie der Tötung auf Verlangen.“ (Winkler 2025, 144)

⁶ Vgl. Kunze 2022 zur historischen und aktuellen Reformdiskussionen um die Tötung auf Verlangen.

zeitigen Tod wählen. Ein überlastetes Gesundheitssystem darf Pflegebedürftige und Kranke nicht in eine Lage bringen, in der sie sich – wie es der Deutsche Ethikrat formuliert – „genötigt sehen, den Tod als vermeintlich kleineres Übel dem Leben vorzuziehen.“ (DER 2022)⁷

Literaturverzeichnis

Baumann, M. (2020). „Ich will sterben“. Reflexionen über Todeswünsche und assistierten Suizid im Kontext hospizlicher Praxis. In: die hospiz zeitschrift palliative care 03/2020, S. 43-47.

Benatar, D. (2011). A legal right to die: responding to slippery slope and abuse arguments. In: Current Oncology 18(05)/2011, S. 206-207.

Bundesgerichtshof (BGH) (2022). BGH 6 StR 68/21 - Beschluss vom 28. Juni 2022 (LG Stendal). <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/6/21/6-68-21.pdf> (Zugriff: 31.01.2026)

Buyx, A. (2025). Leben und Sterben. Die großen Fragen ethisch entscheiden. 2. Aufl. S. Fischer Verlag: Frankfurt am Main.

Deutscher Ethikrat (DER) (2022). Ethikrat: Stärkung von Suizidprävention und Selbstbestimmung. Pressemitteilung 04/2022. <https://www.ethikrat.org/presse/mitteilungen/ethikrat-staerkung-von-suizidpraevention-und-selbstbestimmung/> (Zugriff: 31.01.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (Hrsg.) (2021). Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. 3., überarbeitete Aufl. <https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen> (Zugriff: 11.02.2026)

Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (drze) (2025). Dambruchargument im Fall von aktiver Sterbehilfe. <https://www.drze.de/de/forschung-pub>

[likationen/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/dambruchargument-sterbehilfe](#) (Zugriff: 31.01.2026)

Farr, L./Karl, Ilja (2025). Wer fragt nach Suizidassistenz oder Tötung auf Verlangen? Ein internationaler Vergleich zum Zusammenhang von Rechtsrahmen, Diagnosen und Sterbewunsch. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 101(05)/2025, S. 231-232.

Kunze, S. (2022). 150 Jahre § 216 StGB – das letzte Jubiläum eines umstrittenen Paragraphen? Historische und aktuelle Reformdiskussionen um die Tötung auf Verlangen. In: Zeitschrift für Medizinstrafrecht 08(02)/2022, S. 88-93.

Ofterdinger, H./Kuhl, M. (2023). Entscheidungsbesprechung. In: ZJS – Zeitschrift für das Juristische Studium (www.zjs-online.com) 01/2023, S. 170-176.

Pollmächer, T. (2023). Der assistierte Suizid aus psychiatrischer Sicht. In: Der Nervenarzt 94(07)/2023, S. 625-630.

Pollmächer, T. (2025). Grundlagen und Herausforderungen im Kontext psychischer Erkrankungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 79-88.

Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe (RTE) (Hrsg.) (2025). Jahresbericht 2024. <https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2024/03/24/index/rte-jahresbericht-2024.pdf> (Zugriff: 31.01.2026)

Riedel, A. et al. (2022). Pflege und assistierter Suizid: gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft (15. August 2022). Konsenterte und gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik I“ und „Pflege und Ethik II“ in der Akademie für

⁷ Vgl. hierzu auch Riedel et al. 2022, 713: „Unter den aktuellen Bedingungen eines gesamtgesellschaftlichen Care-Mangels, der die pflegerische Versorgung mit voller Härte trifft, sind Diskurse über ein selbstbestimmtes Sterben im Sinne eines assistierten Suizids mit besonderer Sensibilität zu führen. Die zu erwartende Versorgungsqualität im Fall der Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit hat durchaus Einfluss auf das Aufkommen von Sterbe- und Suizidwünschen und auf das Verständnis, das diesen Wünschen in der Gesellschaft entgegengebracht wird.“

Ethik in der Medizin (AEM) e. V. In: Ethik in der Medizin 34/2022, S. 709-714.

Rippe, K. P. (2016). Suizidhilfe, Selbstbestimmung und Slippery Slopes. Rechtsphilosophische Überlegungen zur Geltung und zur Relevanz von Dambruchargumenten. In: Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie 102(03)/2016, S. 363-379.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_111_17.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

Sitte, T./Thöns, M. (2025). Assistierter Suizid – Pro und Kontra [Thöns S. 73-79; Sitte, S. 79-87]. In: Thöns, M. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. München

Reihe Palliative Care. Palliativmedizin – Palliativpflege – Hospizarbeit Band 19. Kohlhammer: Stuttgart, S. 72-90.

Student, J. C. (2013). Palliative Care versus aktive Sterbehilfe. 10 Thesen zur aktiven Sterbehilfe. In: Praxis Palliative Care 19/2013, S. 35-36.

Verrel, T. (2025). Rechtliche Grundlagen des assistierten Suizids und mögliche Entwicklungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 149-162.

Winkler, B. (2025). Ärztlich assistierter Suizid – spezielle Herausforderungen und Erfahrungen in der Kinderonkologie. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 133-145.

16 Rote Linien im Umgang mit Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid

Manfred Baumann

16.1 Einführung

Angesichts der rechtlichen Neuausrichtung durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 (BVerfG 2020) befasst sich dieser Hintergrundtext mit der Identifizierung „roter Linien“ im Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in stationären, teilstationären und ambulanten Diensten. Der Aufbau des Textes gliedert sich wie folgt: Zunächst werden Sinn und Hintergrund einer Rote-Linien-Diskussion betrachtet. Im Anschluss werden neuralgische Punkte für konkrete Grenzfragen benannt, bevor der Text in einem Fazit zusammengeführt wird.

16.2 Sinn und Hintergrund der Rote-Linien-Diskussion

Die rechtliche Neuausrichtung des begleiteten Suizids durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 fordert Dienste sowie deren Mitarbeitende heraus, den Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid transparent zu regeln, um einen verbindlichen Rahmen für das Handeln zu bieten. Dabei gilt es, das Spannungsfeld zwischen drei Polen auszuleuchten:

- der Achtung der individuellen Selbstbestimmung,
- der Wahrung eigener und institutioneller Werte,
- der Wahrnehmung und Berücksichtigung der jeweiligen Verantwortlichkeiten.

Hierbei ist eine Rote-Linien-Diskussion hilfreich, um klare Grenzen für das Handeln zu definieren. Rote Linien markieren die Grenzen des institutionellen Selbstverständnisses, an denen Dienste ihren Auftrag gefährdet sehen, einen Schutzraum für schwerstkranke und

sterbende Menschen zu bewahren. Handlungen jenseits dieser Linien sind mit dem Kernauftrag unvereinbar: Menschen in ihrer Not – die sich im Wunsch nach einem vorzeitigen Tod ausdrücken kann – nicht allein zu lassen und zugleich eine aktive Mitwirkung an der absichtlichen Lebensverkürzung auszuschließen.

Durch die Auseinandersetzung mit diesen Grenzen können neuralgische Punkte in Begleitung und Versorgung identifiziert und klare Handlungsanweisungen für die Praxis formuliert werden. Die Diskussion über „die roten Linien“ sowie die Analyse nach dem „Mehr-Ebenen-Modell“ bereiten so die Formulierung verbindlicher Grundsätze in einer Leitlinie vor. Ziel ist es, aus dem offenen Dialog konkrete Vorgaben abzuleiten, die als „Muss-“, „Soll-“ oder „Kann-Bestimmungen“ Handlungssicherheit im Alltag geben.

Als Arbeitshilfe kann das Dialogpapier des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV) von 2021 verwendet werden, um intern eine gemeinsame Haltung zu entwickeln. Es bietet konkrete Fallbeispiele, deren vorgeschlagene Handlungsoptionen mithilfe einer Farbskala von Grün (Zustimmung) bis Rot (Grenzüberschreitung) bewertet und gegeneinander abgewogen werden können.

16.3 Themenfelder und Grenzfragen

Im Rahmen der Rote-Linien-Diskussion werden neuralgische Punkte in Begleitung und Versorgung („Themen“) identifiziert und entsprechende „Grenzfragen“ formuliert. Die Antworten bilden die Grundlage für die konkrete Beschreibung des Vorgehens in den Einrichtungen und Diensten. Die folgende Übersicht

fasst wesentliche Themen und Fragestellungen zusammen.

Themen	Grenzfragen
Beginn einer Begleitung/Versorgung (Aufnahme) Beenden einer Begleitung/Versorgung (Entlassung)	→ Wird eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Begleitung bzw. Versorgung bei Personen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid begonnen (Aufnahme) oder aufgrund eines geplanten assistierten Suizids beendet (Entlassung)? → Dürfen/sollen/müssen Menschen mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod durch assistierten Suizid ehrenamtlich begleitet bzw. hauptamtlich begleitet und behandelt werden? Gibt es notwendige (körperpflegerische, medizinische, psychosoziale, spirituelle) Gründe?
Assistenz	→ Was dürfen Mitarbeitende, was nicht? → Wo endet neutrale Information und wo beginnt Beihilfe durch Beratung? Wie können Information und Beratung voneinander abgegrenzt werden? → Dürfen Organisation und Durchführung des assistierten Suizids Aufgabe des Dienstes sein oder nicht?
Ort der Umsetzung	→ Findet der Suizid in den Räumen der Einrichtung statt? → Wie können die Spielräume der Dienste zwischen Wahrung des Schutzraumkonzepts und Duldung des assistierten Suizids in den Räumlichkeiten des Dienstes ¹ ausgestaltet werden? → Werden externe Anbieter in einer Einrichtung geduldet?
Sicherung der Freiwilligkeit der Begleitung oder Versorgung	→ Werden Freiwilligkeit und Gewissensfreiheit gewährleistet? → Wie wird sichergestellt und besprochen, dass die Mitarbeitenden freiwillig agieren?
Verantwortung und Fürsorge	→ Wie werden Mitarbeitende, Mitpatienten/-bewohner/-gäste und Angehörige vor, während und nach einem assistierten Suizid begleitet?
Anwesenheit während der Suizidhandlung	→ Dürfen Mitarbeitende während der Durchführung anwesend sein? Was kann die Anwesenheit erforderlich machen? Wie kann sie begründet werden? → Welches Gewicht haben Gewissensfragen hierbei?
Meldewege	→ Wer muss/soll/darf innerhalb der Einrichtung informiert werden?
Interne und externe Kommunikation	→ Wie wird transparent nach innen und nach außen kommuniziert?

¹ Höfling hierzu: Ob eine „Auflösung der konfligierenden Grundrechtspositionen [über Heimverträge, die Suizidassistenten in der Einrichtung untersagen.] auch Bestand vor – sicherlich angerufenen – Gerichten haben wird, ist nicht sicher zu beantworten.“ (Höfling 2025, 168) Siehe außerdem den Hintergrundtext zu den Verbandspositionen und wie diese die Praxis regeln; vgl. hier v. a. die Leitlinie der Deutschen Bischofskonferenz mit einer ausführlichen Diskussion der rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen. (DBK 2026).

16.4 Fazit

Die Diskussion über rote Linien überführt ethische Reflexion in praktisches Handeln und bildet das Fundament für eine verbindliche institutionelle Haltung. Wie das DHPV-Dialogpapier betont, ist der gemeinsame Prozess des Reflektierens ebenso wichtig wie die Definition der Grenze, um das eigene Handeln tragfähig zu begründen. (DHPV 2021, 14) Eine solche in einem Dienst geführte Diskussion orientiert sich stets am Schutz

- von Personen mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod sowie ihren An- und Zugehörigen,
- der haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden,
- der Mitpatienten, Mitbewohner und Mitgäste
- sowie der Werte des Dienstes selbst.

Letztlich gilt: Rote Linien geben Orientierung, Haltung gibt Halt. Nur wer weiß, wo er steht, kann anderen die Hand reichen, ohne selbst den Halt zu verlieren.

Literaturverzeichnis

Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2020). Urteil des 2. Senats vom 26. Februar 2020. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html (Zugriff: 29.01.2026)

Deutscher Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) (Hrsg.) (2021). Dialogpapier Hospizliche Haltung in Grenzsituationen. 3., überarbeitete Aufl. <https://www.yumpu.com/de/document/read/65767930/dialogpapier-hospizliche-haltung-in-grenzsituationen> (Zugriff: 25.04.2026)

Höfling, W. (2025). Private Regulierung der Suizidassistenz? Überlegungen zu den Gestaltungsspielräumen kirchlicher Einrichtungen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe: Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit. Hrsg. von der Katholischen Stiftungshochschule München. Band 22. De Gruyter: Oldenbourg, S. 163-169.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (DBK) (Hrsg.) (2026). „Den Weg des Lebens gehen“. Leitlinien zur Prävention von Suiziden und zum Umgang mit Suizidwünschen in Einrichtungen katholischer Trägerschaft. Die deutschen Bischöfe Band 117. https://www.dbk-shop.de/media/files_public/4090be25f7194b7805ecad9ecb704951/DBK_11117.pdf (Zugriff: 23.05.2026)

17 Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch

Manfred Baumann

17.1 Einführung

Dieser Hintergrundtext bietet Hinweise für den Umgang mit Menschen, die einen Todeswunsch äußern. Um allerdings der Komplexität und Mehrdimensionalität dieses Phänomens „gerecht zu werden, ist es wichtig, das Leid eines Patienten als übergeordneten Nenner für die Gründe, Bedeutungen und Funktionen von Todeswünschen und das konkrete Erleben der eigenen Endlichkeit zu sehen.“ (Leitlinienprogramm 2020, 414 f.) Auf Basis dieses Verständnisses führt der Text durch wesentliche Schritte für die Praxis:

- Zunächst wird der Begriff des Todeswunsches definiert, um Missverständnissen vorzubeugen.
- Darauf aufbauend werden die Voraussetzungen für ein gelingendes Gespräch betrachtet. Hierzu gehören die Reflexion der eigenen Haltung und die Annahme des Beziehungsangebots.
- Der nächste Schritt widmet sich dem Verstehen der Not hinter dem Wunsch, bei dem die spezifischen Gründe, Bedeutungen und Funktionen eines Todeswunsches in den Blick genommen werden.
- Der Text schließt mit Hinweisen auf lebensstützende Angebote und einem zusammenfassenden Fazit.

17.2 Definition Todeswunsch

„Bei schwerer Erkrankung, bei Pflegebedürftigkeit und intensiven Leiderfahrungen sind Sterbewünsche der Patienten und Patientinnen keineswegs selten, selbst bei bester Palliativversorgung.“ (Feichtner 2022, 3) Nicht immer allerdings ist ein Todeswunsch gleichbedeutend mit dem Wunsch, vorzeitig zu ster-

ben. Der S3-Leitlinie Palliativmedizin folgend (Leitlinienprogramm 2020, 413) kann ein Todeswunsch Ausdruck sein für:

- Lebensmüdigkeit: „Ich mag nicht mehr“,
- die Akzeptanz des Sterbens, ohne das Versterben aktiv beschleunigen zu wollen,
- den Wunsch, das Sterben abzukürzen, was auch das Verlangen nach einem assistierten Suizid beinhalten kann.

So kann in der Praxis zwischen einem akuten, drängenden und einem latenten, eher defensiven Sterbewunsch unterschieden werden. Solche Wünsche können sehr dynamisch, ambivalent und wechselhaft sein – abhängig von der aktuellen Situation, dem Kontext und der jeweiligen Gesprächsperson. Beispielsweise kann ein Mensch morgens den Wunsch zu sterben äußern und nachmittags, nach dem Besuch der Enkelkinder, wieder Lebensfreude zeigen.

17.3 Gestaltung des Gesprächs mit Menschen mit einem Todeswunsch¹

„Da die Äußerung eines Sterbewunsches meist mehrdeutig ist, gilt es, Näheres über das momentane Leid zu erfahren, um zu erkennen, welche Form der Unterstützung erforderlich ist.

- ‚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?‘

Weiters ist es wichtig, zu verstehen, ob es bei einem geäußerten Sterbewunsch vor allem

¹ In Orientierung an Diakonie Deutschland 2023; Uniklinik Köln 2023; Baumann 2020.

darum geht, die aktuelle Not sichtbar zu machen, oder ob dieser Wunsch auch in Verbindung mit Überlegungen steht, das Sterben zu beschleunigen.“ (Feichtner 2022, 9)

Folgende Aspekte zur eigenen Vorbereitung und zum Führen eines Gesprächs über einen Todeswunsch finden sich in der Literatur und sollen im Folgenden näher betrachtet werden. Basis für ein solches Gespräch sind:

- die Reflexion der eigenen Haltung,
- das Erkennen und Annehmen des Beziehungsangebots,
- das Verstehen der Not hinter dem Wunsch, wobei die spezifischen Gründe, Bedeutungen und Funktionen in den Blick genommen werden,
- das Wissen um lebensstützende und suizidpräventive Angebote, um Betroffenen Halt zu bieten.

17.3.1 Die eigene Haltung reflektieren und klären

Unter „Haltung“ verstehen wir die persönliche Einstellung (Werte, Überzeugungen), die in Sozialisations- und Reflexionsprozessen erworben und geformt wird. Gemeinsam mit unserem Wissen, unseren Fähigkeiten sowie Fertigkeiten hat sie Einfluss auf unser Denken, Fühlen und Handeln. (Baumann 2013, 29 ff.)

Unsere eigene Haltung zum Todeswunsch (der auch ein Wunsch nach einem vorzeitigen Tod sein kann) wirkt sich auf die Beziehung zu anderen und auf das Gespräch mit ihnen aus. Es ist daher hilfreich, sich der eigenen Haltung in der Reflexion von Werten und Überzeugungen bewusster zu werden. Folgende Fragen können zu einer Klärung beitragen.

(1) Die eigenen Werte reflektieren

- Wie stehen wir zum Wunsch nach einem vorzeitigen Sterben? Sind wir uns dieser Einstellung bewusst? Ist unsere Haltung grundsätzlich und situationsunabhängig (z. B. orientiert an der Unverfügbarkeit des Lebens) oder richtet sie sich primär an der

individuellen Lage der Person, die ihr Leben vorzeitig beenden möchte, aus?

- Können wir akzeptieren, dass jeder Mensch individuell mit seinem erlebten Leid umgeht – oder neigen wir dazu, dem anderen den Todeswunsch ausreden und ihn umstimmen zu wollen?

(2) Die eigene emotionale Betroffenheit wahrnehmen

- Sind wir achtsam gegenüber unserer eigenen Not und möglichen Ängsten angesichts dieser Frage? Was fühlen wir und wo liegen unsere persönlichen Triggerpunkte?
- Spüren wir einen Erwartungs- oder Handlungsdruck?

(3) Das eigene Auftreten im Gespräch bewusst machen

- Wie verhalten wir uns in Sprache und Gesten? Treten wir respektvoll und wertschätzend auf, wenn wir unsere eigene Haltung darlegen? Sind wir achtsam für den Einfluss, den unsere Haltung auf die Reaktion unseres Gegenübers und den Gesprächsverlauf haben kann?

(4) Die eigenen fachlichen und die rechtlichen Grenzen klären

- Haben wir für uns geklärt, was wir leisten können – und wo unsere Grenzen liegen?
- Kennen wir die aktuelle Rechtslage (z. B. zum assistierten Suizid)?
- Können wir unsere persönliche und professionelle Eignung für ein solches Gespräch realistisch einschätzen? Sind wir an dieser Stelle die Richtigen oder braucht es weitere Personen oder Professionen für ein solches Gespräch?

Ein zentraler Belastungsfaktor in Teams ist zudem das Phänomen des Moral Distress². Es entsteht, wenn die eigene Haltung (z. B. die Ablehnung eines assistierten Suizids) mit dem Wunsch des Patienten oder den Vorgaben der

² Moral Distress: „Erleben von psychischem Stress, dessen Ursache auf ein moralisches Ereignis zurückzuführen ist.“ (Riedel et al. 2024, 273) Vgl. auch Giese 2025, 9; Dörmann/Stanze 2025, 47.

Institution kollidiert.³ Für die Praxis im Team sind daher auch folgende Fragen wichtig:

- Wie gehen wir im Team mit Gewissenskonflikten um?
- Was kann uns entlasten? Kann uns das Team oder können uns Vorgesetzte unterstützen?

17.3.2 In Beziehung sein und bleiben – das Beziehungsangebot annehmen

Ein Mensch, den wir begleiten, vertraut sich uns an. Er spricht mit uns über den Wunsch, das Sterben abkürzen bzw. den Tod vorziehen zu wollen. Das heißt, wir sind im Rahmen einer Sorge-Beziehung zu einem Gespräch eingeladen worden. Wie kann es uns gelingen, in Beziehung zu bleiben und dem entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen, so dass sich unser Gegenüber wahr- und ernstgenommen fühlen darf?

Dies ist möglich durch:

(1) Innere Offenheit und Annahme des Gegenübers

- Den Wunsch als Einladung sehen: Einen Todeswunsch betrachten wir als Einladung zu einem Gespräch über Sorgen, Ängste sowie Befürchtungen und lassen Raum für Emotionen.
- Respekt entgegenbringen: Wir begegnen unserem Gegenüber mit echtem Interesse, Offenheit und Respekt.
- Die Not anerkennen: Wir erkennen die Not der anderen Person an, ohne den Wunsch wegdiskutieren oder das Gegenüber umstimmen zu wollen.⁴

(2) Zuhören und Begleiten

- Präsent sein und aushalten: Wir sind da, hören aufmerksam zu, unterbrechen nicht, lassen Stille zu, halten das gemeinsame

Schweigen aus und reagieren in Sprache und Gesten einfühlsam.

(3) Das aktive und transparente Gestalten des Gesprächs

- Themen proaktiv ansprechen: Wir sprechen die Furcht vor dem Sterben und dem Tod sowie den Gedanken, das Leben vorzeitig beenden zu wollen, von uns aus proaktiv an – im Bewusstsein, dass es entlastend sein kann, einen Todeswunsch überhaupt erst einmal aussprechen zu dürfen (Klie/Student 2007).
- Den zeitlichen Rahmen klären: Wir signalisieren ehrlich und transparent, ob, wann und wie viel Zeit uns für dieses Gespräch zur Verfügung steht.

17.3.3 Den Wunsch in seiner Tiefe verstehen

Äußert eine von uns begleitete Person den Wunsch zu sterben oder das Leben zu verkürzen, erfordert dies eine einfühlsame und unterstützende Haltung. Um der Not hinter diesem Wunsch wirklich gerecht zu werden, gilt es zu verstehen, was den Menschen bewegt, welche Bedeutung dieser Wunsch für ihn hat und wonach er in seiner Situation sucht.

(1) Die Ursachen ergründen: Welche Gründe liegen vor?

Ein Todeswunsch ist meist multifaktoriell bedingt und kann verursacht sein durch:

- **Aktuelles Erleben von Leid:** körperlich (belastende, schwer beherrschbare Symptome), sozial (Isolation, ungelöste Konflikte), psychisch (Depressivität, lähmende Angst), spirituell-existenziell (Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, tiefer Sinnverlust).
- **Gefühl von Kontrollverlust:** eine existenzielle Not, möglicherweise verbunden mit

³ Vgl. Anette Riedel et al. 2024 für die ambulante und stationäre Pflege älterer Menschen: Angesichts der Vielschichtigkeit, von möglichen Bedeutungen, der Volatilität sowie der ethischen Komplexität von Todes- und Suizidwünschen stehen Pflegenden in einem Spannungsfeld, „das zwischen den zwei parallel bedeutsamen und parallel wirkenden Prämissen erfahrbar wird: Einerseits angesichts der Prämisse des empathischen Aufgreifens der vertrauensvoll formulierten Todes- und Suizidwünsche (mit all den damit verbundenen Hoffnungen, Erwartungen in einer höchst existenziellen Krise). Andererseits angesichts der Prämisse der Suizidprävention und der damit intendierten Reduktion von assistierten Suiziden (die ihrerseits die Perspektive auf das (Weiter-)Leben ausrichtet und möglicherweise den Blick auf die reduzierte Lebensqualität, das subjektive Leiden einschränkt).“ (Riedel et al. 2024, 275)

⁴ So ist „auf die Gefahr zu achten, eigene Vorstellungen eines (noch) lebenswerten Lebens in die Pflegebeziehung hineinzuiinterpretieren.“ (Giese 2025, 26)

der Furcht, im medizinischen System kein gestaltendes Subjekt mehr zu sein, sondern nur noch passives Objekt der Behandlung.

- **Antizipation von zukünftigem Leid:** die Furcht vor körperlichem Leiden, einem schwierigen Krankheitsverlauf, vor fortschreitender Abhängigkeit, Einsamkeit, dem Verlust der eigenen Würde oder vor Lücken im Versorgungssystem sowie die Sorge, anderen Menschen zur Last zu fallen.⁵

(2) Das innere Erleben entschlüsseln: Welche Bedeutung hat der Wunsch?

Der geäußerte Wunsch kann Unterschiedliches zum Ausdruck bringen:

- **Ambivalenz:** Der Wunsch bedeutet oft nicht: „Ich will sterben“, sondern: „Ich möchte leben, aber nicht unter diesen Bedingungen!“ Bzw.: „Ich möchte leben, aber nicht so!“
- **Wunsch nach Sterbenlassen:** Er kann bedeuten, dass der Betroffene fordert, dass keine weiteren medizinischen Maßnahmen unternommen werden, um das Sterben künstlich aufzuhalten (Behandlungsbegrenzung; früher sog. „passive“ Sterbehilfe).
- **Bereitschaft und Lebenssättigung:** Der Wunsch kann schlicht der Ausdruck dafür sein, dass ein Mensch auf sein Leben zurückblickt, es als ausreichend gelebt ansieht und nun bereit ist zu gehen.
- **Der hypothetische Fluchtplan:** Wenn Betroffene sich vor der Zukunft fürchten, kann das Wissen um einen möglichen Ausweg (wie den assistierten Suizid) paradoxerweise beruhigend wirken. Dieser „hypothetische Fluchtplan in der Hinterhand“ kann suizidpräventiv wirken, da er Druck von den Betroffenen nimmt.

(3) Die Dynamik im Außen erkennen: Welche Funktion erfüllt der Wunsch?

Manchmal ist die Äußerung des Wunsches ein interaktionelles Werkzeug des Betroffenen. Wir müssen uns fragen:

- **Dient der Wunsch als akuter Hilferuf,** um auf die aktuelle, unaussprechliche Not aufmerksam zu machen?
- **Wird er als Brücke genutzt,** um überhaupt ein Gespräch über die Tabuthemen Sterben und Tod zu initiieren?
- **Ist er ein Versuch des Autonomieerhalts,** um im Angesicht der Erkrankung die Kontrolle und Selbstbestimmung zurückzugewinnen oder zu behalten?
- **Soll damit Einfluss genommen werden** auf das Verhalten der Familie, der Zugehörigen oder des Behandlungsteams?
- **Ist er der Wunsch nach Bindung,** also der direkte Ausdruck für das Sehnen nach einer intensiv zugewandten, verlässlichen Begleitung?
- **Beinhaltet er die konkrete Bitte** um Hilfe bei der praktischen Umsetzung des Sterbewunsches?

17.3.4 Auf lebensstützende, suizidpräventive Angebote verweisen

Durch eine Haltung der Offenheit, des Respekts, der Verbundenheit, des Da-Seins, Zuhörens, Aushaltens und des Verstehenwollens schützen wir die Integrität und damit die Würde der Menschen, die wir begleiten. Um Betroffenen wieder Halt zu geben, können wir im Gespräch auf verschiedene lebensstützende und suizidpräventive Angebote verweisen.

(1) Das Leben stützende Kontexte entdecken und stärken

Wir können gemeinsam mit den Betroffenen Ressourcen entdecken und stärken, die es ihnen ermöglichen, sich bis zuletzt als selbstwirksam und bedeutsam zu erleben:

⁵ Nicht zur Last fallen zu wollen, „kann Todeswünsche provozieren und/oder den Wunsch nach einem assistierten Suizid auslösen [...]“. Jeglicher Gedanke oder gar der Wunsch nach einem Suizid älterer Menschen gründet auf einem Aufbegehren angesichts aktueller, erwartbar belastender, leidvoller Situationen oder Lebensbedingungen.“ (Riedel/Seidlein/Klotz 2025, 110)

- Orte der Geborgenheit: Räume schaffen, die von Zuwendung und Sicherheit geprägt sind.
- Verlässliche Beziehungen: Menschen aktivieren, die dem Betroffenen verbindlich zur Seite stehen.
- Tagesstruktur: Haltgebende Rituale und einen überschaubaren Tagesablauf etablieren.
- Zugehörigkeit: Die Einbindung in spirituelle oder kulturelle Kontexte fördern.
- Grenzen anerkennen: Das bewusste und respektvolle Annehmen von Leid und Grenzen im Team spürbar machen.

(2) Palliative und würdezentrierte Interventionen nutzen

- Palliative Netzwerke erschließen: Allgemeine und spezialisierte palliative Unterstützungsmöglichkeiten (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Hospizdienste) im Gespräch transparent machen.
- Würdebewahrende Pflege, Therapie und Begleitung: Gezielte, die Würde eines Menschen schützende und bewahrende Interventionen anwenden (beispielsweise unter Anwendung des „Rahmenmodells der Würde“ nach Harvey Max Chochinov oder seiner Dignity Therapy).⁶

(3) Professionelle Kriseninterventionsdienste hinzuziehen

- Psychiatrisch-psychologische Unterstützung: Insbesondere bei einer zugrundeliegenden Depression oder akuter Suizidalität muss konsequent auf entsprechende professionelle Unterstützungsangebote verwiesen werden. Diese Verweismöglichkeiten geben sowohl den Begleitenden als auch den Begleiteten Sicherheit.

17.4 Fazit

Der Umgang mit Menschen, die einen Todeswunsch äußern, ist eine anspruchsvolle Aufgabe in der Begleitung am Lebensende. Er

fordert von den Begleitenden nicht nur fachliche und menschliche Kompetenz, sondern vor allem die Bereitschaft zur existenziellen Begegnung – einer Begegnung, in der ein geäußelter Sterbewunsch weder vorschnell bewertet, weggedrängt noch unreflektiert akzeptiert wird. Denn in den meisten Fällen ist er kein starrer, unveränderlicher Entschluss, sondern ein dynamisches Phänomen und eine tiefgreifende Einladung zum Beziehungsaufbau.

Indem Begleitende ihre eigene Haltung klären, die oft vielschichtige Not (Gründe, Bedeutung, Funktion) hinter dem Wunsch gemeinsam mit dem Betroffenen ergründen und die Integrität des Gegenübers wahren, schaffen sie den Raum für ein Gespräch: darüber, was Würde im Leben des anderen bedeutet, was diese verletzt, was sie schützt und wie das Erleben von Würde gestärkt werden kann. Suizidprävention bedeutet in diesem Sinne nicht das Tabuisieren des Todeswunsches, sondern das verlässliche Mit-Aushalten der Endlichkeit und das proaktive Anbieten lebensstützender Perspektiven.

Literaturverzeichnis

Baumann, M. (2020). „Ich will sterben“. Reflexionen über Todeswünsche und assistierten Suizid im Kontext hospizlicher Praxis. In: die hospiz zeitschrift palliative care 03/2020, S. 43-47.

Baumann, M. (2013). Palliative Haltung. Masterarbeit. Vallendar. https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/deliver/index/docId/403/file/Masterarbeit_Vallendar_25.08.2014.pdf (Zugriff: 27.01.2026)

Chochinov, H. M. (2017). Würdezentrierte Therapie. Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen.

Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. (2026). Würdezentrierte Therapie. <https://www.patientenwuerde.de/ich-arbeite->

⁶ Vgl. Chochinov 2017; Mehnert et al. 2006; Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e. V. 2026.

[in-gesundheitswesen/werkzeugkiste/wuerde-zentrierte-therapie/](#) (Zugriff: 27.01.2026)

Diakonie Deutschland – Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (Hrsg.) (2023). „Ich bin ein Gast auf Erden.“ Psalm 119, 19. Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie. Diakonie Texte. Orientierungshilfe 02/2022. 2. Aufl. Berlin. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_Web.pdf (Zugriff: 27.01.2026)

Dörmann, L./Stanze, H. (2025). Assistierter Suizid – Information, Einstellungen und Erfahrungen der Pflegenden. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 43-53.

Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu sterben. In: Feichtner, A. et al. (2022). Assistierter Suizid. Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen. Springer-Verlag: Berlin, S. 3-10.

Giese, C. (2025). Pflegeethik: Assistierter Suizid – pflegeethische Perspektiven. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 3-30.

Klie, T./Student, J. C. (2007). Sterben in Würde. Auswege aus dem Dilemma Sterbehilfe. Herder: Freiburg im Breisgau.

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.

(AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH) (Hrsg.) (2020). Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung. Langversion 2.2 – September 2020. AWMF-Registernummer: 128/001 OL. Berlin. https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Palliativmedizin/Version_2/LL_Palliativmedizin_Langversion_2.2.pdf (Zugriff: 27.01.2026)

Mehnert, A. et al. (2006). Würde in der Begleitung schwer kranker und sterbender Patienten. Begriffsbestimmung und supportive Interventionen in der palliativen Versorgung. In: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 11/2006, S. 1087-1096.

Riedel, A. et al. (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. In: Ethik in der Medizin 36/2024, S. 263-281.

Riedel, A./Seidlein, A.-H./Klotz, K. (2025). Gerontologische Pflege und Ethik als Grundlage für den professionellen Umgang mit Todeswünschen und dem Wunsch nach einem assistierten Suizid älterer Menschen. In: Giese, C./Rabe, M./Salomon, F. (Hrsg.) (2025). Assistierter Suizid. Ein Thema in der Pflege? Reihe Bildung – Soziale Arbeit – Gesundheit Band 22. De Gruyter: Berlin/Boston, S. 105-132.

Uniklinik Köln – Zentrum für Palliativmedizin (Hrsg.) (2023). Leitfaden zum Umgang mit Todeswünschen. Köln. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/letzte-lebenszeit/umgang-mit-todeswuenschen-dedipom/> (Zugriff: 27.01.2026)

18 Schulungskonzepte zum Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch

Manfred Baumann

18.1 Einführung

Existenzielles Leid kann bei Menschen, die palliativ erkrankt sind, mit dem Wunsch nach einem beschleunigten Sterben bzw. einem vorzeitigen Tod verbunden sein. Für die Sorgenden – worunter sowohl beruflich und ehrenamtlich Tätige als auch die An- und Zugehörigen gefasst werden – ist eine solche Situation oft mit Fragen und Verunsicherung verbunden.¹ Um dieser Unsicherheit zu begegnen und eine Haltung der Offenheit im Gespräch zu fördern, bedarf es einer gezielten Befähigung. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie durch die Reflexion der eigenen Haltung, den Zuwachs an Fachwissen sowie den Erwerb praktischer Kommunikationsfertigkeiten die Handlungssicherheit gestärkt werden kann. Hierzu werden konkrete Schulungsziele und -inhalte benannt, Schulungsformate vorgestellt und Beispiele für Schulungsangebote gegeben.

18.2 Ziele von Schulungen

Schulungen in diesem Bereich verfolgen eine Strategie, die sowohl die persönliche Reflexion als auch die fachliche Stärkung der Sorgenden umfasst.

(1) Die eigene Haltung reflektieren

Sorgende erhalten den Raum und die Anleitung, um eigene Werte, Einstellungen und die persönliche Position zum Thema Todeswunsch zu identifizieren, zu reflektieren und sich mit anderen Haltungen auseinanderzusetzen.

(2) Sicherheit gewinnen

Sorgende erlangen durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Position sowie der des Teams und der Institution spürbare Sicherheit und Orientierung. Eine transparente Kommunikationskultur und eine klare Haltung der Institution begünstigen diese Sicherheit für alle Beteiligten.

(3) Wissen und Kompetenzen erweitern

Sorgende gewinnen die fachliche Sicherheit, um Gespräche über Todeswünsche sensibel, sachgerecht sowie in großer Offenheit und Klarheit führen zu können. Gleichzeitig werden Möglichkeiten der Selbstsorge entdeckt und reflektiert.

18.3 Schulungsinhalte

Die konkrete Ausgestaltung der Schulungsinhalte richtet sich nach dem gewählten Format, den Zielen sowie den Bedürfnissen der Teilnehmenden. Wesentliche Schwerpunkte bilden dabei folgende Themen.

(1) Wissen um Ausdrucksformen, Bedeutungen, Gründe und Funktionen eines Todeswunsches²

- Kommunikative Sensibilisierung: Vermittlung von Wissen darüber, wie facettenreich und unterschiedlich sich Todeswünsche in der Praxis äußern können.
- Risikoeinschätzung: Identifikation und Einordnung von Warnsignalen für eine akute Suizidalität.

¹ „So besteht etwa die Angst, ein Gespräch über Todeswünsche könne zu emotional werden, zu viel Zeit in Anspruch nehmen oder in Forderungen der Patientinnen oder Patienten münden, denen Versorgende nicht nachkommen können oder wollen. Dabei kann das Sprechen über diese Wünsche in den überwiegenden Fällen entlastend wirken.“ (Kremeike et al. 2019, 323)

² Siehe Hintergrundtext „Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch“.

- Abgrenzungskompetenz: Sensibilisierung für den Unterschied zwischen einem palliativen Wunsch nach beschleunigtem Sterben und einer akuten Suizidalität.
- Dynamikverständnis: Analyse physischer, psychischer, sozialer und existenzieller Notlagen, die hinter einem Todeswunsch stehen können.
- Fallbezogene Reflexion: Erarbeitung von Kriterien, um die bisherige Behandlung und Begleitung daraufhin zu prüfen, ob alle Möglichkeiten zur Linderung bedacht und genutzt wurden.

(2) Rechtliche und ethische Orientierung

- Rechtliche Einordnung: Vermittlung der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen zur Klärung der eigenen Rolle und des zulässigen Handlungsspielraums.
- Orientierung an Fachinstitutionen: Einbezug der aktuellen Empfehlungen, Leitlinien und Stellungnahmen relevanter Fachgesellschaften (wie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Akademie für Ethik in der Medizin), von Dachverbänden (wie dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband) sowie des Deutschen Ethikrats als fundierter Orientierungsrahmen für die Praxis.
- Ethische Urteilsfähigkeit: Auseinandersetzung mit Werten, Normen, Prinzipien und individuellen Vorstellungen von einem „guten Leben und Sterben“ in Grenzsituationen.
- Werte-Dialog: Entwicklung der Fähigkeit, über unterschiedliche moralische Auffassungen wertschätzend und konstruktiv zu diskutieren.

(3) Entdecken und Reflektieren der eigenen Haltung

- Persönliche Einstellung: Reflexion der eigenen Position zum vorzeitigen Tod und zum selbstbestimmten Sterben.
- Wahrnehmung und Handeln: Auseinandersetzung mit der Frage, wie die eigene innere Haltung das Erleben und das konkrete Handeln in der Begleitung beeinflusst.

(4) Erwerb praktischer Kommunikationsfertigkeiten

- Gesprächsführung: Kennenlernen und Einüben hilfreicher Techniken wie aktives Zuhören und empathisches Reagieren.
- Validierung von Gefühlen: Entwicklung der Fähigkeit, Emotionen und die Not des Gegenübers anzuerkennen, ohne den Todeswunsch zu bewerten oder sofort „lösen“ zu müssen.
- Sicherheit im Dialog: Erwerb von Strategien, um auch in emotional belastenden Gesprächssituationen sprachfähig und präsent zu bleiben.

(5) Prävention, Intervention und Hilfsysteme

- Handlungsleitfaden: Erarbeitung und Festlegung konkreter Schritte für die unmittelbare Reaktion auf einen geäußerten Todeswunsch.
- Präventive Unterstützung: Aufzeigen von Möglichkeiten zur frühzeitigen Stärkung der Lebensqualität, um existenzielles Leid abzufedern.
- Hilfsangebote für Betroffene: Vermittlung spezialisierter Unterstützungsstrukturen (z. B. Suizidpräventionsdienste, psychologische Beratung, Seelsorge, spezialisierte palliative Beratung).
- Entlastung für Sorgende: Identifikation von Fachberatung und unterstützenden Angeboten in hochbelastenden Situationen.

(6) Umgang mit eigenen Belastungen

- Belastungsfaktoren: Identifikation und Benennung eigener Ängste, Überforderungsgefühle und ethischer Dilemmata im Kontakt mit sterbewilligen Personen.
- Selbstfürsorge: Kennenlernen und Einüben von Methoden zur Psychohygiene und zum Stressmanagement zum langfristigen Erhalt der eigenen Gesundheit.
- Ressourcenorientierung: Erarbeitung individueller und teambezogener Kraftquellen sowie Aufzeigen von Möglichkeiten zur kollegialen Beratung und Supervision.

18.4 Schulungsformate

Welches Schulungsformat am besten geeignet ist, entscheidet sich entlang dreier Einflussfaktoren:

- Zielgruppe und Kontext: Ob haupt- oder ehrenamtlich Tätige, An- und Zugehörige – sowohl die Vorkenntnisse und Bedürfnisse der Teilnehmenden als auch der jeweilige Rahmen (z. B. Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder ambulanter Dienst) bestimmen maßgeblich den konkreten Bedarf und das passende Format.
- Rahmenbedingungen: Der verfügbare Zeitrahmen sowie der spezifische Bildungsauftrag und das Profil der Anbieter (z. B. Universitätskliniken, Wohlfahrtsverbände oder Bildungsakademien) prägen die didaktische und methodische Gestaltung.
- Zielsetzung: Je nach Fokus reicht das Spektrum von punktueller Wissensvermittlung bis hin zu langfristigen, prozessbegleitenden Formaten.

Um diesem breiten Spektrum in der Versorgungspraxis gerecht zu werden, haben sich im Umgang mit dem Thema Todeswunsch im Wesentlichen drei unterschiedliche Schulungsformate bewährt, die von stark strukturierten Curricula bis hin zu offenen Reflexionsräumen reichen.

(1) Strukturierte Schulungen

Diese werden als Präsenzveranstaltungen, reine Online-Kurse (etwa im Selbststudium) oder als Hybrid- bzw. Blended-Learning-Formate angeboten. Je nach Bedarf finden sie als externe Veranstaltungen oder als Inhouse-Schulungen direkt in der Einrichtung statt. Methodisch zeichnen sich moderne Kurse oft durch einen modularen Aufbau aus, der von der theoretischen Wissensvermittlung bis hin zu praktischen Übungen reicht. Dies zeigen die Praxisbeispiele des Kölner Modells sowie des spanischen WeCare Chair-Programms,

die Haltung, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten durch gezielte Trainingseinheiten miteinander verknüpfen.

(2) Ethik-Cafés als offene Diskussionsforen

Als niederschwelliges Format bieten sie einen geschützten Raum, um in Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Hospizen oder ambulanten Diensten gemeinsam Erfahrungen zu teilen und Lösungsansätze zu entwickeln. Begleitet von einer Moderation können sich alle Interessierten – unabhängig von ihrer beruflichen Rolle – über komplexe ethische Fragen des Gesundheitswesens austauschen. Im Fokus steht nicht die formale Wissensvermittlung, sondern die gemeinsame Reflexion. Dieser Austausch hilft den Sorgenden, Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen Themen wie dem Todeswunsch zu begegnen und neue Perspektiven zu gewinnen. (Baumann/Fromm 2023, 9 ff.)

(3) Partizipative Leitlinienentwicklung³

Ergänzend zu Schulungsformaten kann die Befähigung der Sorgenden auch im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung und Implementierung einer Leitlinie erfolgen. Wenn dieser Prozess partizipativ, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend unter Einbeziehung von haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden gestaltet wird⁴, erhöht dies die Praxistauglichkeit und Nachhaltigkeit erheblich. Unter Anleitung einer ethisch versierten Moderation haben sich in der Praxis drei aufeinander aufbauende Phasen bewährt:

- Konstituierung und Bedarfsermittlung: Erhebung der drängenden ethischen Fragen in der Breite der Institution und Gründung einer paritätisch besetzten Arbeitsgruppe.
- Inhaltliche Erarbeitung und Konsensfindung – diese Phase vollzieht sich idealerweise in drei Schritten: (1) *Klärung des Rahmens*: Schaffung einer gemeinsamen Wissensbasis über die ethisch-rechtlichen Grundlagen. (2) *Definition von Grenzen*:

³ Siehe Hintergrundtext „Entwicklung von Leitlinien im partizipativen Prozess“.

⁴ Das Portfolio der Beteiligten kann je nach Kontext und Zielsetzung auch Patientenvertreter und Kooperationspartner umfassen.

Identifizierung und Formulierung von „roten Linien“ für das eigene und gemeinsame Handeln. (3) *Konsensbildung*: Schrittweise Formulierung und Abstimmung des Leitlinienentwurfs.

- Verabschiedung und institutionelle Verankerung: Formeller Beschluss der Leitlinie durch den Träger und anschließende systematische Implementierung und Diskussion in allen Teams und Ehrenamtsgruppen.

18.5 Beispiele für Schulungsangebote

Verschiedene akademische Institutionen, Wohlfahrtsverbände und spezialisierte Bildungseinrichtungen bieten etablierte Schulungen zum Umgang mit Menschen mit einem Todeswunsch sowie dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Sterben an. Zu den maßgeblichen Anbietern gehören unter anderem:

- Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln: Schulungen in Kooperation mit dem Bildungswerk Aachen und der Dr. Mildred Scheel Akademie (Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2025a).
- Christophorus Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit am LMU Klinikum München. (Christophorus Akademie 2026)
- Konfessionelle und freie Träger: Hierzu zählen renommierte Einrichtungen wie die Caritas-Akademie (Caritas 2026) sowie weitere trägereigene Bildungsstätten im gesamten Bundesgebiet.

Das Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln hat zudem ein umfangreiches digitales Angebot entwickelt: Auf einer eigens konzipierten Plattform besteht die Möglichkeit, sich im Selbststudium anhand von acht praxisnahen Lerneinheiten fortzubilden. (Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2025b)

Zur vertieften Veranschaulichung konkreter Curricula wird diesem Kölner Modell ein spanisches Schulungsprogramm als europäisches bzw. internationales Praxisbeispiel gegenübergestellt.

(1) Das „Kölner Modell“ (Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln)

Die Schulungsangebote richten sich an alle, die schwerstkranke oder hochaltrige Menschen behandeln und begleiten: Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen, ehrenamtlich Tätige sowie betroffene An- und Zugehörige. Ziel ist es, durch die Vermittlung von Fachwissen, praktischen Fertigkeiten und einer reflektierten Haltung mehr Sicherheit im Umgang mit Todeswünschen zu gewinnen. Die Inhalte verknüpfen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse mit interaktiven Übungen. (Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2025a)

Je nach den Bedürfnissen der Teilnehmenden wird das Curriculum in zwei unterschiedlichen Formaten angeboten:

Das zweitägige Basiscurriculum (Präsenz- oder Hybridform): Dieser Kurs zeichnet sich durch einen modularen Aufbau aus und führt von der theoretischen Wissensvermittlung bis hin zu praktischen Übungen. Er umfasst sechs thematische Schwerpunkte:

- (1) Todeswünsche in der Praxis: Phänomenologie und klinischer Alltag.
- (2) Haltung, Normen und Werte: Ethische Reflexion einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen.
- (3) Wissenschaftliche Perspektive: Evidenzbasierte Erkenntnisse und konkrete Handlungsleitfäden.
- (4) Fallarbeit: Reflexion zum eigenen Umgang anhand konkreter Praxisbeispiele.
- (5) Kommunikationstraining: Praktische Übungen zur Gesprächsführung bei geäußerten Todeswünschen.
- (6) Selbstschutz: Psychohygiene und Resilienzförderung für die Begleitenden.

Das digitale Selbststudium (Online-Plattform): Als besonders niedrigschwelliger Zugang wurden die Inhalte des Präsenzkurses für eine digitale Lernplattform aufbereitet. In acht flexibel abrufbaren Lerneinheiten werden aktuelle Erkenntnisse der nationalen und internationalen Forschung vermittelt. (Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln 2025b)

Jede Einheit widmet sich einer spezifischen Kernfrage:

- (1) bis (3) Grundlagen und Handeln: Hintergründe, Bedeutungen und Funktionen von Todeswünschen; adäquate Reaktionsweisen sowie konkrete Handlungsoptionen für alle Beteiligten.
- (4) Rahmenbedingungen: Rechtlicher Kontext, Abgrenzungen und medizinisch-ethische Begriffsdefinitionen.
- (5) Gesprächsführung: Definition von Zielen in Gesprächen über den Todeswunsch.
- (6) und (7) Zielgruppenspezifische Vertiefung: Besondere Bedarfe von Angehörigen sowie von ehrenamtlich Mitarbeitenden in der hospizlichen Begleitung.
- (8) Implementierung: Strategien zur Verankerung und Ansprache des Themas „Umgang mit Todeswünschen“ in der eigenen Organisation.

(2) Das „WeCare-Programm“ (Universität Internacional de Catalunya)

Als internationales und europäisches Praxisbeispiel bietet der WeCare Chair an der Facultat de Medicina i Ciències de la Salut der Universität Internacional de Catalunya (Barcelona) ein Schulungsprogramm zum Umgang mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod an. Unter dem Titel „Assessment and Response to the Wish to Hasten Death in Patients with Advanced Disease“ (ERDAM)⁵ richtet sich das Angebot gezielt an beruflich Sorgende.

Das Programm zielt darauf ab, die Kompetenzen im Erkennen, Beurteilen und Begleiten

von Menschen mit einem vorzeitigen Todeswunsch strukturiert zu erweitern. Die Schulung verbindet aktuelle theoretische und epidemiologische Grundlagen eng mit praxisorientierten, klinischen Ansätzen. Das Curriculum ist modular aufgebaut und gliedert sich in folgende Einheiten⁶ (Universität Internacional de Catalunya 2026):

- (0) Vorstellung und Einführung in den Kurs.
- (1) Der Wunsch, den Tod vorzeitig herbeizuführen (WTHD)⁷: Konzeptuelle und epidemiologische Aspekte.
- (2) Klinische Einschätzung des Wunsches, den Tod vorzeitig herbeizuführen: Klinischer Kontext, Indikationen und Kontraindikationen, Leitlinien und Instrumente (SAHD⁸, DDRS⁹, AFEDD¹⁰). Klinische Fallbeispiele (was getan werden kann und was nicht).
- (3.1) Klinischer Umgang mit dem Wunsch, den Tod vorzeitig herbeizuführen (Teil 1).
- (3.2) Klinischer Umgang mit dem Wunsch, den Tod vorzeitig herbeizuführen (Teil 2).
- (4) Die Familie angesichts des Wunsches, den Tod vorzeitig herbeizuführen. Rolle der Familie (Verpflichtungen und Grenzen), Gespräche mit der Familie. Klinische Fallbeispiele (was getan werden kann und was nicht).
- (5) Ethische, anthropologische und rechtliche Aspekte hinsichtlich der Äußerung des Wunsches, den Tod vorzeitig herbeizuführen, für Spanien.
- (6) Virtuelle strukturierte objektive klinische Prüfung (OSCE/ECOE)¹¹ zur Entscheidungsfindung und zum Situationsmanagement auf der Grundlage von realen Fallvideos.

⁵ Eigene Übersetzung: Assessment und Umgang mit dem Wunsch, den Tod vorzeitig herbeizuführen bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung. ERDAM: Evaluación y respuesta del deseo de adelantar la muerte en personas con enfermedad avanzada; eigene Übersetzung: Einschätzung und Umgang mit dem Wunsch nach einem vorzeitigen Tod bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Erkrankung.

⁶ Nummerierung der Einheiten entsprechend dem Curriculum.

⁷ WTHD: Wish To Hasten Death. Eigene Übersetzung: Wunsch nach einem vorzeitigen Tod.

⁸ SAHD: Schedule of Attitudes toward Hastening Death. Eigene Übersetzung: Fragebogen zu Einstellungen bezüglich eines beschleunigten Sterbens. Dieses Instrument misst die Ausprägung und Intensität eines Sterbewunsches bei schwerkranken Patienten.

⁹ DDRS: Desire for Death Rating Scale. Eigene Übersetzung: Skala zur Einstufung des Wunsches nach dem Tod. Instrument, um Ausprägung, Häufigkeit und Intensität eines geäußerten Sterbewunsches bei palliativen Patienten einzuschätzen.

¹⁰ AFEDD: Assessment of the Frequency and Extent Desire to Die. Eigene Übersetzung: Einschätzung der Häufigkeit und des Ausmaßes des Sterbewunsches. Instrument, um bei Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen zu bewerten, ob und in welchem Ausmaß der Patient den Wunsch äußert, sein Leben zu verkürzen.

¹¹ OSCE: Objective Structured Clinical Examination/ECOE: Evaluación Clínica Objetiva Estructurada. Dieses Instrument testet praktische, klinische und kommunikative Kompetenzen unter realitätsnahen Bedingungen.

18.6 Fazit und Ausblick

Die Begleitung von Menschen mit einem Todeswunsch ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Wie die vorgestellten Ansätze zeigen, lässt sich der damit verbundenen Unsicherheit durch eine gezielte, multidimensionale Befähigung der Sorgenden begegnen.

Sowohl etablierte nationale Angebote wie das „Kölner Modell“ als auch internationale Curricula wie das spanische „WeCare-Programm“ verdeutlichen, dass eine kompetente Begleitung weit über reine Wissensvermittlung hinausgeht: Sie erfordert die kontinuierliche Reflexion der eigenen Haltung, den Erwerb fundierter rechtlicher und ethischer Orientierung sowie ein intensives Training praktischer Kommunikationsfertigkeiten.

Für die Praxis bedeutet dies, dass entsprechende Schulungsangebote implementiert und an die jeweiligen Zielgruppen angepasst werden müssen. Ob durch strukturierte Fortbildungen, niedrigschwellige Reflexionsräume wie Ethik-Cafés oder die partizipative Entwicklung trügereigener Leitlinien – das übergeordnete Ziel bleibt gleich: eine Kultur der Offenheit und des sensiblen Dialogs zu etablieren. Die gewonnene Handlungssicherheit stärkt Sorgende darin, existenzielles Leid frühzeitig wahrzunehmen, Betroffenen offen zu begegnen und sie auf dem Weg zu einem in ihrem Verständnis würdevollen Leben und Sterben verlässlich zu begleiten.

Literaturverzeichnis

Baumann, M./Fromm, C. (2023). Ethik-Cafés im Sozial- und Gesundheitswesen. Springer: Berlin.

Caritas (2026). Fort- und Weiterbildung beim Diözesan-Caritasverband Bamberg. <https://www.caritas-fobi.de/> (Zugriff: 25.05.2026)

Christophorus Akademie (2026). Umgang mit Todeswünschen. Zweitägige Kompetenz- und Kommunikationsschulung. https://www.lmu-klinikum.de/christophorus-akademie/courses/1568?appointment_id=1689 (Zugriff: 25.05.2026)

Kremeike, K. et al. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. Zeitschrift für Palliativmedizin 20(06)/2019, S. 323-335.

Universitat Internacional de Catalunya – Faculty of Medicine and Health Sciences (2026). Assessment and Response to the Wish to Hasten Death in Patients with Advanced Disease (9th Edition). <https://www.uic.es/en/estudis-uic/medicine-and-health-sciences/assessment-and-response-wish-hasten-death-patients-1> (Zugriff: 25.05.2026)

Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln (2025a). Schulungen zum Umgang mit Todeswünschen. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/informationen/umgang-mit-todeswuenschen/schulungen-zum-umgang-mit-todeswuenschen/> (Zugriff: 06.04.2026)

Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln (2025b). Selbststudium. <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/informationen/umgang-mit-todeswuenschen/selbststudium/> (Zugriff: 06.04.2026)