

Suizidprävention und Suizidassistenz im gesellschaftlichen Wandel

Orientierungsangebot für die ärztliche Praxis
(November 2025)

Ute Lewitzka & Christian Petzold

1. Einleitung

In Deutschland nehmen wir einen tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit Sterben, Tod und Selbstbestimmung wahr. So berührt der Diskurs über Suizidassistenz zum einen ethische und rechtliche Fragestellungen, zum anderen werden Fragen an das Selbstverständnis der Medizin als Beziehungsberuf befördert. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2020 ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts anerkannt worden. Damit wird eine Perspektive offenbar, die einerseits die Autonomie des Einzelnen stärkt, andererseits aber auch gesellschaftlich bedeutsame Herausforderungen in sich birgt. Das „Bezugsgewebe menschlicher Angelegenheiten“ (Hannah Arendt) erfährt weitere Veränderungen.

Diese Handreichung möchte Ärztinnen und Ärzten einige orientierende Aspekte im Hinblick auf Suizidprävention und assistierten Suizid aufzeigen. Sie fasst den aktuellen Stand der Diskussion zusammen, beschreibt die rechtlichen Rahmenbedingungen, reflektiert die gesellschaftlichen Entwicklungen und bietet praktische Hinweise zum ärztlichen Umgang mit Todeswünschen und Suizidassistenz. Zudem soll die Handreichung als Stimulus dienen, was ärztliche Verantwortung im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge bedeutsam macht. Die Prinzipien der Suizidprävention und ein leichter Zugang zum assistierten Suizid sind nicht miteinander vereinbar. Wir respektieren die Suizidassistenz als Ausdruck individueller Freiheit, sehen jedoch eine kulturelle Dynamik, in der Verletzlichkeit und Abhängigkeit jedes einzelnen Menschen zunehmend ausgebündet werden und mit einer Verschiebung gesellschaftlicher Solidaritätsstrukturen einhergehen.

2. Gesellschaftlicher Wandel und aktuelle Zahlen

Suizid ist in Deutschland ein bedeutendes, oft verdrängtes Gesundheitsproblem. Jährlich sterben über 10.000 Menschen durch Suizid – mehr als durch Verkehrs-

unfälle, Drogen oder Gewalttaten zusammen. Auf jeden vollendeten Suizid kommen zwischen zehn und 50 Suizidversuche. Besonders betroffen sind ältere Männer sowie junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren, bei denen Suizid zu den häufigsten Todesursachen zählt (Statistisches Bundesamt, 2025).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont, dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Neben medizinischen Interventionen spielen Aufklärung, Entstigmatisierung, soziale Unterstützung und ein offener Umgang mit psychischer Krise eine entscheidende Rolle (WHO, 2014).

Gleichzeitig verändert sich der gesellschaftliche Blick auf Sterben und Tod. Insbesondere in westlichen Gesellschaften wächst der Wunsch, den eigenen Lebensverlauf bis zuletzt aktiv zu gestalten. Der assistierte Suizid wird dabei zunehmend als Ausdruck von Autonomie und Selbstbestimmung verstanden. Medienberichte, Filme und öffentliche Debatten verstärken häufig das Bild eines „kontrollierten“ und „würdevollen“ Sterbens.

In Ländern, in denen Suizidassistenz legal ist – etwa in der Schweiz, den Benelux-Staaten oder Kanada – zeigen sich deutliche Zuwächse von assistierten Suiziden. So stieg in Kanada die Zahl der assistierten Suizide von rund 7.500 im Jahr 2020 auf über 15.000 im Jahr 2023, was etwa 4,1 % aller Todesfälle entspricht (Health Canada, 2025). In den Niederlanden hat sich die Zahl der Fälle in den letzten zehn Jahren nahezu verdoppelt. Diese Entwicklung spiegelt nicht nur rechtliche Liberalisierung, sondern auch kulturelle Veränderungen wider: Sterben wird immer stärker als individuell zu planender Akt verstanden – weniger als gemeinschaftlicher oder spiritueller Prozess.

Für die ärztliche Praxis stellt sich daher zunehmend die Frage, wie sich dieses Verständnis von Selbstbestimmung mit dem medizinisch-ethischen Auftrag verbinden lässt, Leben zu schützen, Leiden zu lindern und Beziehungsräume aufrechtzuerhalten.



3. Rechtlicher Rahmen in Deutschland

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15) markiert eine Zäsur. Es stellte fest, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG) auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Dieses schließt die Freiheit ein, hierfür die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts sieht keine Reichweitenbeschränkung vor, also zum Beispiel Suizidhilfe nur für Schwerstkranke. Die Verfassungsrichterinnen und Verfassungsrichter bestätigen ein Grundrecht der Menschen zum selbstbestimmten Sterben, das auch ein Recht einschließt, sich das Leben zu nehmen, und dafür auch das Recht auf Inanspruchnahme von Hilfe beim Suizid beinhaltet. Zugleich ist mit diesem Recht auf Suizidassistenz keine Pflicht zu einer solchen verbunden.

Der Staat darf dieses Recht nicht grundsätzlich beschränken, wohl aber durch Verfahrensregeln schützen, etwa zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit.

Damit wurde § 217 StGB („geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“) aufgehoben. Das bedeutet:

- Die Beihilfe zum Suizid ist nicht strafbar, sofern sie auf einem freien, wohl erwogenen Entschluss beruht.
- Ärztinnen und Ärzte dürfen unter bestimmten Bedingungen begleiten oder unterstützen – sie müssen es aber nicht.
- Eine ärztliche Pflicht zur Mitwirkung besteht ausdrücklich nicht.
- Allerdings kann sich, insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, eine Strafbarkeit aus dem Betäubungsmittelrecht (BtMG) ergeben. Die Durchführung eines assistierten Suizids erfolgt oft unter Verwendung von Betäubungsmitteln, deren Erwerb und Weitergabe gemäß den Bestimmungen des BtMG grundsätzlich untersagt ist (BÄK, 2021).

Gleichzeitig bleibt die Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) straf-



bar. Die Abgabe von tödlichen Substanzen über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird weiterhin abgelehnt (Bundesverwaltungsgericht, 2023).

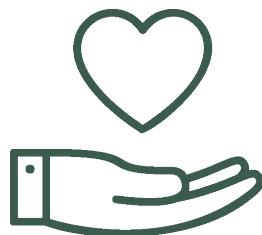
Im ärztlichen Berufsrecht ist die Hilfe zum Suizid nicht untersagt. Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2021 die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer geändert, indem die Aussage in § 16 „Ärztinnen und Ärzte (...) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ gestrichen wurde. Diese Formulierung ist zwar noch in der Berufsordnung der Ärztekammer Nordrhein enthalten, jedoch ist dieser Paragraf nach Auskunft der Ärztekammer durch Beschluss ausgesetzt, sodass die ärztliche Suizidassistenz von der Ärztekammer nicht berufsrechtlich verfolgt wird. Ein neues Bundesgesetz zur Regelung der Suizidassistenz ist bislang nicht verabschiedet. Im Bundestag scheiterten 2023 zwei konkurrierende Entwürfe. Bis zu einer neuen gesetzlichen Regelung bleibt also eine rechtliche Unsicherheit bestehen, in der individuelle Haltung und ärztliche Gewissensentscheidung zentrale Bedeutung gewinnen.

4. Ärztliche Haltung zwischen Autonomie und Fürsorge

Ärztliches Handeln bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen Respekt vor der Selbstbestimmung und dem Schutz des Lebens. Die moderne Medizin betont zurecht die Autonomie der Patientin oder des Patienten. Gleichzeitig ist Fürsorge – *beneficence* – ein zentraler Bestandteil des ärztlichen Ethos.

Das Bundesverfassungsgericht hat die Selbstbestimmung in den Mittelpunkt gestellt. Doch Autonomie ist kein isoliertes Prinzip. Sie ist eingebettet in Beziehung, Vertrauen und Abhängigkeit. Der Mensch ist ein soziales Wesen – seine Entscheidungen entstehen nicht im Vakuum, sondern in Resonanz mit anderen.

Wir sprechen daher von relationaler Autonomie: einer Autonomie, die nicht die Unabhängigkeit idealisiert,



sondern die Verbundenheit in den Blick nimmt. Wenn Ärztinnen und Ärzte einem Todeswunsch begegnen, ist es entscheidend, die Autonomie des Gegenübers zu respektieren, ohne die eigene Verantwortung für Fürsorge, Begleitung und Schutz preiszugeben. Menschen mit Suizidgedanken befinden sich nicht auf einer Insel souveräner Autonomie. Sie durchleben zumeist eine Phase intensiver Verletzlichkeit.

Ärztliche Haltung lässt sich daher wie folgt beschreiben:

- den Todeswunsch ernst nehmen, ohne ihn zu bewerten,
- den Menschen in seiner Not wahrzunehmen, nicht nur die Entscheidung,
- und das Gespräch als medizinisch-menschliche Intervention zu verstehen.

Der Deutsche Ethikrat betont in seiner Stellungnahme zur Suizidprävention (2022), dass ärztliche Unterstützung beim Sterben nicht automatisch Suizidassistenz bedeuten muss. Vielmehr bestehe die Aufgabe darin, den Raum zu öffnen, in dem Menschen über ihre Ängste, ihren Schmerz und ihre Sehnsucht nach Kontrolle sprechen können.

5. Gesellschaftliche Dynamiken und Verantwortung

Der Diskurs um Suizidassistenz spiegelt tiefgreifende kulturelle Veränderungen wider. In einer Gesellschaft, die Unabhängigkeit, Leistungsfähigkeit und Selbstoptimierung hochhält, geraten Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Sterblichkeit leicht in den Hintergrund. Das Ideal des „souveränen Sterbens“ kann dazu führen, dass Abhängigkeit oder Hilfsbedürftigkeit als Verlust von Würde interpretiert werden.

Wir sehen hier eine Ambivalenz: Die rechtlich verbriegte Freiheit kann zu sozialem Druck werden – insbesondere für alte, kranke oder behinderte Menschen.

Internationale Daten, u. a. aus Kanada, weisen darauf hin, dass sich bei liberalen Regelungen nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die Indikationen ausweiten und dass soziale Belastungen wie Einsamkeit oder wahrgenommene Last gegenüber Angehörigen als Gründe benannt werden. Diese Entwicklungen sind Gegenstand intensiver fachlicher und ethischer Diskussion (Health Canada, 2023; Cheng, 2024).

Auch die Rolle von Sterbehilfeorganisationen verändert die Wahrnehmung in unserer Gesellschaft. Sie argumentieren mit Selbstbestimmung und Würde, verfolgen aber überwiegend eigene Interessen, etwa eine Normalisierung des assistierten Suizids als „Lebenshilfe“. Öffentlichkeitsarbeit und Marketing bedienen emotionale Narrative, die Leid mit Kontrollverlust gleichsetzen (Deutschlandfunk, 2025; v. Lewinski, 2019).

Wir sehen unsere Verantwortung darin, diesen Diskurs kritisch zu begleiten. Eine Medizin, die sich am Menschen orientiert, darf die Verletzlichkeit nicht ausblenden. Autonomie darf nicht zum Maßstab dafür werden, ob ein Leben als lebenswert gilt. Ärztinnen und Ärzte sind – im besten Sinne – Anwälte des Lebens, gerade dort, wo es zerbrechlich ist.

6. Prävention und ärztliche Verantwortung

Suizidprävention ist eine interdisziplinäre Aufgabe, an der insbesondere Medizin, Psychologie, Pflege, Soziale Arbeit, aber auch Seelsorge gemeinsam beteiligt sind (Fiedler et al, 2021). Ärztinnen und Ärzte spielen dabei eine Schlüsselrolle – nicht nur in der akuten Krisenintervention, sondern auch im Aufbau einer Kultur der Offenheit und Entstigmatisierung.

In der ärztlichen Praxis begegnen uns im Kontext von Suizidalität und Todeswünschen unterschiedliche Patientengruppen, deren Bedürfnisse und Motivlagen differenziert betrachtet werden müssen. Zum einen sind dies Menschen, die sich

aufgrund psychischer Erkrankungen, akuter Lebenskrisen oder kumulativer psychosozialer Belastungen suizidal äußern – also „so nicht mehr leben wollen“. Hier stehen suizidale Krisen, Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und häufig eine zeitlich begrenzte Überforderungssituation im Vordergrund. Zum anderen begreifen uns schwer erkrankte Patientinnen und Patienten mit infauster Prognose, die im Rahmen eines fortgeschrittenen somatischen Leidens sterben möchten und – häufig aus Angst vor Kontrollverlust, Pflegebedürftigkeit oder Leidenszunahme – einen Wunsch nach Suizidassistenz äußern. Hier findet sich häufig eher die Motivation, den Sterbeprozess zu kontrollieren, nicht zwingend Leben „beenden zu wollen“ im Sinne einer psychischen Krise. Zwischen diesen Polen bestehen zahlreiche Überschneidungen und fließende Übergänge: soziale Faktoren, Einsamkeit, Erschöpfung, Verlust von Autonomie oder Sinnkrisen können beide Gruppen verbinden.

In der akuten suizidalen Krise stehen Risikoabschätzung, Stabilisierung und das rasche Einleiten psychosozial-psychiatrischer Unterstützungsstrukturen im Vordergrund. Bei unheilbar Erkrankten geht es häufig darum, Informationen über palliative und hospizliche Versorgungsangebote bereitzustellen, Belastungen zu lindern und gemeinsam Wege der Begleitung zu eröffnen. Das ärztliche Handeln ist in beiden Situationen durch Empathie, Präsenz, Ambiguitätstoleranz und das Aushalten existenzieller Not geprägt.

Dabei ist nicht die schnelle Lösung entscheidend, sondern das Signal: „Ich sehe Ihr Leid. Sie sind nicht allein. Wir gehen diesen Weg gemeinsam.“

6.1 Früherkennung und Gesprächseröffnung

Viele Menschen mit Suizidgeudenken sprechen nicht von sich aus darüber. Ärztinnen und Ärzte sind daher in einer Schlüsselrolle, suizidale Krisen offen, ruhig und vorurteilsfrei anzusprechen. Evidenzbasierte Studien zeigen, dass direktes Nachfragen nach Suizidalität das Risiko nicht erhöht, sondern Vertrauen, Entlastung und ein Gefühl von Sicherheit fördert (Dazzi et al., 2014).



Zentral ist eine empathische, nicht-wertende Haltung. Die Gründe für Suizidge-danken sind vielfältig und individuell; sie reichen von somatischen und psychischen Belastungen bis hin zu sozialen, existenziellen oder spirituellen Dimensio-nen. Es ist nicht Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, diese Gründe zu bewerten. Entscheidend ist, anzuerkennen, dass die Belastung real ist und dass die Patientin oder der Patient ernst genommen wird.

Der Kern der ärztlichen Begegnung in diesem Moment besteht zunächst darin, Zugewandtheit, Präsenz und Verlässlichkeit zu vermitteln. Das bedeutet auch, nicht sofort nach „Lösungen“ zu suchen, sondern erst zu verstehen, bevor inter-veniert wird. Suizidale Krisen sind nicht primär durch schnelle Maßnahmen zu „beheben“; vielmehr braucht es häufig die Fähigkeit, die Schwere des Erlebens auszuhalten, Ambivalenz zu erlauben und Raum für narrative Selbstexploration zu geben. Das ist für Ärztinnen und Ärzte herausfordernd, da unser professionel-les Selbstverständnis oft auf unmittelbare Problemlösung ausgerichtet ist.

Einfache, klar formulierte und respektvolle Fragen können einen entscheidenden Unterschied machen.

- „Haben Sie in letzter Zeit daran gedacht, nicht mehr leben zu wollen?“
- „Gibt es Momente, in denen Sie sich wünschen, nicht mehr aufzuwachen?“
- „Was hält Sie im Moment noch hier?“
- „Was gibt Ihnen manchmal noch ein kleines Stück Hoffnung?“

Diese Fragen signalisieren: Der Gedanke darf ausgesprochen werden, ohne dass er automatisch pathologisiert oder bewertet wird.

6.2 Einschätzung und Handlungsschritte

Wenn eine Person Suizidgebete bejaht, gilt es, ruhig und strukturiert vorzu-gehen:

1. Ruhe bewahren, Präsenz zeigen

- „Danke, dass Sie mir das sagen. Es ist gut, dass wir darüber sprechen können.“
- Nicht schockiert reagieren; Interesse und Verständnis signalisieren.

2. Einschätzen

- Gibt es einen konkreten Plan, ein Mittel, einen Zeitpunkt?
- Wie stark ist die Entschlossenheit, wie hoch die Ambivalenz?
- Gibt es Schutzfaktoren (z. B. Familie, Glaube, Haustier, Verantwortung)?
- Beispiel: „Haben Sie schon etwas Konkretes vorbereitet?“ – „Was hält Sie derzeit davon ab?“

3. Sichern und einbinden

- Akute Gefahr: Wenn ein klarer Plan oder Mittel besteht ☐ nicht allein lassen, Krisendienst / Notarzt / Psychiatrie einbeziehen.
- Keine akute Gefahr: engmaschige ärztliche Begleitung, ggf. Rücksprache mit Psychiatrie oder Hausarzt, Angehörige einbeziehen (nach Einwilligung).
- Beispiel: „Ich möchte, dass Sie heute Abend nicht allein bleiben. Können wir gemeinsam überlegen, wer bei Ihnen sein kann?“
- Weiterführen und Nachhalten
- Folgekontakt innerhalb weniger Tage, ggf. am nächsten Tag vereinbaren.
- Ggf. Kontakt zu psychosozialen Diensten, Krisentelefonen, Seelsorge herstellen.
- Dokumentation: Gesprächsinhalt, Risikoeinschätzung, vereinbarte Schritte.

Wichtig

Nicht jeder Todeswunsch ist ein Suizidwunsch. Oft steckt dahinter der Wunsch nach Entlastung, Kontrolle oder Linderung. Erst im Gespräch kann deutlich werden, welche Bedeutung der Wunsch für die betroffene Person hat.

6.3 Netzwerke und Verantwortung

Gute Suizidprävention ist Teamarbeit. Sie gelingt nur, wenn medizinische, psychosoziale, seelsorgerische u.a. Akteure miteinander vernetzt sind. Ärztinnen und Ärzte – hier insbesondere die Hausärzte – nehmen dabei eine Schlüsselfunktion

ein: Sie sind oft die erste Anlaufstelle, die Suizidgedanken erkennt und den weiteren Weg eröffnet.

Regionale Strukturen

In vielen Bundesländern existieren Suizidpräventionsnetzwerke oder -bündnisse, die vor allem Informationen und Vernetzung, z.T. auch Fortbildungen anbieten (z.B. FRANS in Frankfurt, Netzwerk für Suizidprävention Sachsen; Berlin etc.) Diese Einrichtungen leisten selbst keine akute Krisenintervention, bieten aber Fachinformationen, Schulungen und lokale Ansprechpartner, die im Praxisalltag sehr hilfreich sind.

Überregionale Hilfsfinder

Ein bundesweiter Überblick über Unterstützungsangebote findet sich im Hilfefinder der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) unter www.suizid-praevention.de/hilfefinder.

Dort sind bundesweit und regional Krisendienste, Beratungsstellen, Hospiz- und Palliativangebote, psychiatrische Ambulanzen und Telefonseelsorge verzeichnet – geordnet nach Postleitzahl.

Es empfiehlt sich, diese Anlaufstellen in der eigenen Praxis griffbereit zu halten (z. B. in der elektronischen Patientenakte oder im Praxis-Handout).

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Effektive Suizidprävention entsteht durch Zusammenarbeit – zwischen

- Hausärzt:innen und Fachärzt:innen (gemeinsame Einschätzung, Weiterverweis, Begleitung),
- psychiatrischen Diensten und Krisenteams (akute Versorgung, Krisenintervention),
- Beratungsstellen (Begleitung, Entlastung, Angehörigenarbeit),
- Palliativ- und Hospizteams (Schmerz- und Symptomkontrolle, existenzielle Unterstützung).

Wo solche Netzwerke funktionieren, sinken Fehlversorgungen und Brüche zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Ärztinnen und Ärzte können durch aktives Einbinden dieser Partner wesentlich dazu beitragen, Krisen frühzeitig abzufangen.

7. Gesprächsführung bei Todeswunsch oder Bitte um Suizidassistenz

Ein Satz wie „Ich will nicht mehr leben“ oder „Ich möchte Sterbehilfe“ ist immer ein Beziehungsangebot – und niemals „nur“ eine medizinische oder juristische Frage. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin betont in ihrer Handreichung zum Umgang mit Todeswünschen (2023), dass zuallererst ein verstehendes Gespräch und Beziehungsarbeit stehen sollten. Die folgende Struktur bündelt zentrale Elemente für die ärztliche Praxis außerhalb hochspezialisierter Settings.

Die folgenden Inhalte sind in Struktur und Formulierungen eng an die Handreichung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Umgang mit Todeswünschen und Suizidassistenz in der Praxis“ (2021a), den „Empfehlungen der DGP zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospiz- und Palliativversorgung“ (2021b) angelehnt und teilweise wörtlich daraus übernommen. Darüber hinaus empfehlen wir das Kapitel Kommunikation der Erweiterten S3 Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebskrankung (Deutsche Krebsgesellschaft, 2020).

7.1 Haltung & Rahmen

- Offenheit und Respekt: Wir signalisieren, dass der Wunsch ausgesprochen werden darf und ernst genommen wird.
- Tempo drosseln: Kein vorschnelles „Lösungsangebot“. Erst verstehen, dann entscheiden.
- Sicherheit & Präsenz: Ruhige Umgebung, genügend Zeit einplanen, ggf. Folgetermin anbieten.
- Rollenklarheit: Ärztliche Verantwortung benennen: Leiden lindern, Schutz gewährleisten, Optionen aufzeigen – ohne vorschnelle Festlegung auf Assistenz.

Haltung

Prävention bedeutet auch, einem gesellschaftlichen Signal entgegenzuwirken, dass der Tod eine Option zur Entlastung sei.

Ärztliches Handeln vermittelt: „Sie sind nicht allein – wir gehen diesen Weg gemeinsam.“

Beispiel für einen Gesprächseinstieg:

„Danke, dass Sie mir das so offen sagen. Ich würde gern verstehen, was Sie gerade am meisten belastet. Womit sollen wir anfangen?“

7.2 Struktur des Gesprächs (vier Schritte)

1. Ansprechen – die Tür öffnen

- „Sie sagen, Sie möchten nicht mehr leben. Was ist im Moment am schwersten zu tragen?“
- Ziel: Einladung und Entlastung durch Benennen.



2. Verstehen – Bedeutung und Funktion des Wunsches klären

- „Wenn Sie ‚nicht mehr leben wollen‘ sagen: Geht es um ein Ende des Leidens, um Angst vor Kontrollverlust – oder tatsächlich um den Wunsch zu sterben?“
- „Gab es Momente, in denen der Wunsch weniger stark war? Was war da anders?“
- Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hebt hervor, dass sich Todeswünsche häufig verändern, wenn Zugehörigkeit, Symptomlinderung oder Sinnbezug wieder erlebbar werden.

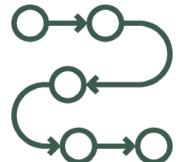


3. Halten – gemeinsame Gegenwart sichern



- „Es ist nachvollziehbar, dass Sie so empfinden. Ich bleibe an Ihrer Seite, und wir schauen gemeinsam, was jetzt gut tut.“
- Halten heißt: Aushalten statt wegmachen. Pausen zulassen, Gefühle spiegeln, nicht argumentativ „überstimmen“.

4. Weiterführen – Optionen gemeinsam entwickeln



- „Was würde Ihnen schon heute etwas Luft verschaffen?“
- Konkrete nächste Schritte (Symptomkontrolle, Schmerztherapie, Sozialarbeit, Seelsorge, Krisendienst, Angehörige einbeziehen).
- Vereinbarung von Follow-up (Zeit, Ort, Ziel).

Screening-Fragen (einfach, klar)

- „Haben Sie aktuell konkrete Gedanken, sich das Leben zu nehmen?“
- „Gibt es einen Plan oder etwas, das Sie vorbereitet haben?“
- „Was hält Sie im Moment (noch) hier?“

7.3 Differenzieren: Todeswunsch, Suizidgedanken, akute Gefährdung

- Todeswunsch (Wunsch nach Ruhe/Ende des Leidens): oft ambivalent, veränderbar.
- Suizidgedanken (Ideen/Erwägungen): offen ansprechen; Studien zeigen, dass dies nicht triggernd wirkt, sondern Vertrauen schafft.
- Akute Suizidalität (Plan, Mittel, Zeitpunkt, Entschluss): hier steht Schutz im Vordergrund (Krisenplan, stationäre Aufnahme, Notfallpsychiatrie).

7.4 Wenn explizit Suizidassistenz angesprochen wird

Wenn Patientinnen oder Patienten Suizidassistenz ansprechen, steht am Anfang das Verstehen: Was bedeutet dieser Wunsch für die Person, welche Bedürfnisse oder Ängste drücken sich darin aus? Erst wenn das gemeinsame Verstehen gewachsen ist, kann über nächste Schritte gesprochen werden – falls das Thema dann noch im Raum steht. Transparenz: „Wir können offen über alle Optionen sprechen. Ich möchte aber zuerst verstehen, worum es Ihnen geht.“

Der rechtliche Kurzrahmen wurde bereits in Kapitel 3 dargestellt. Assistenz ist in Deutschland derzeit nicht strafbar, die Tötung auf Verlangen bleibt verboten; keine Verpflichtung zur ärztlichen Mitwirkung; keine staatliche Abgabe eines Suizidmittels (Medikament).

Das Beziehungsangebot sollte bekräftigt werden: „Unabhängig von rechtlichen Fragen: Ich bleibe verlässlich ansprechbar und sorge für Linderung.“

Konkrete Formulierungsbeispiele



- Empathisches Spiegeln: „Ich höre, wie müde Sie sind. Es klingt, als ob Sie sehr lange gekämpft haben.“
- Ambivalenz würdigen: „Ein Teil möchte, dass es aufhört; ein anderer Teil zögert noch. Dürfen wir beide Anteile zu Wort kommen lassen?“
- Ressourcen aktivieren: „Wer oder was war Ihnen in ähnlichen Zeiten eine Stütze?“
- Perspektive öffnen: „Wenn wir zwei Dinge verändern könnten – welche wären das?“
- Verbindlichkeit: „Ich möchte, dass wir das gemeinsam weiter im Blick behalten. Ich rufe Sie morgen an und wir vereinbaren den nächsten Termin.“

Dokumentation, Team, Selbstschutz

- Dokumentieren: Inhalt, Risikoeinschätzung, vereinbarte Schritte, ggf. Einbindung Dritter.

- Teamreflexion: Komplexe Fälle im Team besprechen (Hausärzt:in, Pflegedienst, Palliativdienst, Psychiatrie/SpDi, Seelsorge).
- Selbstfürsorge: Eigene Betroffenheit ernst nehmen; Supervision/kollegiale Beratung nutzen. Die DGP weist darauf hin, dass Teamkultur und regelmäßige Fallbesprechungen Burnout vorbeugen und Versorgungsqualität steigern.

8. Ressourcen und Hilfsangebote (Auswahl, DE)

- Akutgefahr: Notruf 112
- Ärztlicher Bereitschaftsdienst: 116 117 (24/7)
- TelefonSeelsorge: 0800 111 0 111 | 0800 111 0 222
(kostenfrei, anonym, rund um die Uhr)
- Nummer gegen Kummer (für Kinder und Jugendliche):
116 111
- Krisendienste (regional): In vielen Bundesländern rund um die Uhr erreichbar – regionale Nummern in der Praxismappe bereithalten.
- DGS – Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention: www.suizidpraevention.de – Materialien, Fortbildungsangebote und Hilfefinder zur Suche nach regionalen Unterstützungsangeboten.
- DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Materialien zur Gesprächsführung, Begleitung am Lebensende und Umgang mit Todeswünschen.
- Bundesärztekammer: Informationen zu Berufsrecht, Gewissensfreiheit und Fortbildungsangeboten.
- Deutscher Ethikrat: Stellungnahmen und Empfehlungen zu Autonomie, Suizidprävention und Schutz vulnerabler Gruppen.



9. Literatur

- Arendt, H. (1960). Vita activa oder Vom tätigen Leben. Kohlhammer.
- Bundesärztekammer. (2021). Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. Deutsches Ärzteblatt International, 29–30.
- Bundesverwaltungsgericht. (2023). Pressemitteilung Nr. 81/2023—Keine Erlaubnis für den Erwerb des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital zum Zweck der Selbsttötung. <https://www.bverwg.de/pm/2023/81>
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? Psychological Medicine, 44(16), 3361–3363. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2021). Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230509_Broschu%CC%88re_Suizidassistenz_v2.pdf
- Deutsche Kresbgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, & AWMF (Hrsg.). (2020). Leitlinienprogramm Onkologie: Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL. https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OL_S3_Palliativ-medizin_2025-03-abgelaufen.pdf
- Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. (2023, Mai 23). Sterbewünsche und Suizidprävention bei Menschen mit intellektueller und komplexer Beeinträchtigung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/230609_Handreichung_Sterbew%C3%BCnsche_und_Suizidpr%C3%A4vention_bei_Menschen_mit_intellektueller_und_und_komplexer_Beeintr%C3%A4chtigung_003.pdf
- Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (2021). Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Empfehlungen_zum_Umgang_mit_Wu%CC%88nschen_nach_Suizidassistenz_20210916.pdf

- Deutscher Ethikrat. (2022). Suizid-Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. www.ethikrat.org
- Deutschlandfunk. (2025, August 13). Assistierter Suizid—Angehörige werden von Sterbehilfeorganisationen meist allein gelassen. Deutschlandfunk. <https://www.deutschlandfunk.de/assistierter-suizid-an gehoerige-sterbehilfeorganisationen-100.html>
- Fiedler, G., Schneider, B., Giegling, I., Rujescu, D., Lindner, R., Müller, S., Hegerl, U., Bennefeld-Kersten, K., Meischner-Al-Mousawi, M., Glasow, N., Reisch, T., Rademacher, K., Mend, H. K., Schmidtke, A., Adler, D. C., Müller-Pein, H., Rauchfuß, K., Schäfer, M., Schwab, F., ... Wagner, B. (2021). Aktueller Stand und Perspektiven Suizidprävention Deutschland. <https://doi.org/10.17170/KOB-RA-202107014195>
- Health Canada. (2025). Fifth Annual Report on Medical Assistance in Dying in Canada, 2023. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/annual-report-medical-assistance-dying-2023.html>
- v. Lewinski, M. (2019). Selbstbestimmt sterben können: Ersehnt – geboten – ge meinverträglich (No. 15; DGHS-Schriftenreihe). https://www.dghs.de/fileadmin/content/01_service/eigene_publikationen/Nr_15_selbstbestimmt_sterben_koennen_Lewinski.pdf
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2014). Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization.

Impressum

Konzept und Idee

Prof. Dr. med. Ute Lewitzka und Dipl. Pflegewirt Christian Petzold

Geschäftsstelle DGS

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V. (DGS)

Universität Jena

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Philosophenweg 3

D-07743 Jena

dgs.gf@suizidprophylaxe.de

<https://www.suizidprophylaxe.de>

Zusammenfassung

Unser Grundsatz:

Wir akzeptieren die Möglichkeit der Suizidassistenz als Ausdruck individueller Freiheit – und mahnen angesichts gesellschaftlicher Dynamiken zur kritischen Reflexion und zum Schutz vulnerabler Menschen.

Zahlen & Kontext (DE)

- über 10.000 Suizide/Jahr; deutlich mehr als Verkehrstote.
- Auf jeden Suizid kommen geschätzt 10–20 Versuche.
- Besondere Risikogruppen: ältere Männer; junge Menschen 15–25 Jahre

Recht (Kurzüberblick)

BVerfG 2020: Recht auf selbstbestimmtes Sterben; Inanspruchnahme Dritter grundsätzlich geschützt.

- § 217 StGB aufgehoben; aktive Tötung auf Verlangen bleibt verboten (§ 216 StGB).
- Keine staatliche Abgabe von Natrium-Pentobarbital; keine Pflicht zur ärztlichen Mitwirkung.
- Berufsrecht: BÄK empfiehlt Beistand und Linderung, keine Hilfe zur Selbsttötung; Landesrecht teils unterschiedlich.

Ärztlich-ethische Haltung

- Autonomie und Fürsorge zusammendenken (Beziehungsautonomie).
- Keine Romantisierung des „kontrollierten Sterbens“; gesellschaftliche Signale beachten (Druck, „niemandem zur Last fallen wollen“).
- Medizin als Beziehungsberuf: Präsenz, Linderung, Begleitung

Praxis – Gesprächsführung (Kurzleitfaden)

1. Ansprechen: „Danke, dass Sie das sagen. Was belastet Sie am meisten?“
2. Verstehen: Bedeutung, Ambivalenz, Funktion (Kontrolle, Angst, Schmerz).
3. Halten: Aushalten, validieren, Sicherheit vermitteln.
4. Weiterführen: Konkrete Entlastungen jetzt; Follow-up fixieren.
 - Akutrisiko immer prüfen (Plan, Mittel, Zeitpunkt) □ Schutz/Krisenwege.
 - Dokumentation, Team, Supervision.

Ressourcen (DE):

- 112 (Notfall), 116 117 (ÄBD), TelefonSeelsorge 0800 111 0 111 / 0800 111 0 222, Nummer gegen Kummer 116 111.
- DGP, BÄK, Ethikrat, NaSPro; regionale Krisendienste ergänzen.

Merksatz:

Zuerst Beziehung – dann Entscheidung. Verstehen vor Verordnen. Präsenz vor Prozedur.

