



# Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit

STELLUNGNAHME • **KURZFASSUNG**

22. September 2022

Der vollständige Text der Stellungnahme sowie alle öffentlich verfügbaren begleitenden Informationen und Dokumentationen des Deutschen Ethikrates zum Thema „Sterbebegleitung/Suizidprävention“ sind unter <https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/sterbebegleitungsuizidpraevention> abrufbar.

## Herausgegeben vom Deutschen Ethikrat

Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin  
Telefon: +49/30/20370-242 · Telefax: +49/30/20370-252  
E-Mail: [kontakt@ethikrat.org](mailto:kontakt@ethikrat.org)  
[www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)

© 2022 Deutscher Ethikrat, Berlin  
Alle Rechte vorbehalten.  
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt.  
Layout: Torsten Kulick  
Titelillustration: Sabphoto/Shutterstock.com

## >> ZUSAMMENFASSUNG

### Einleitung

- 1) Die zahl- und umfangreichen Debatten zum angemessenen Umgang mit den vielschichtigen Phänomenen von Suizid und dem umstrittenen Thema der Suizidassistentz und seiner Regulierung wurden durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 (Az. 2 BvR 2347/15 u. a.) nochmals verstärkt. Mit dieser wurde der Straftatbestand der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Innerhalb des Deutschen Ethikrates werden zur moralischen Bewertung von Suizidhandlungen, zur Suizidassistentz und zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts verschiedene Auffassungen vertreten.
- 2) Nachdem der Deutsche Ethikrat sich in der Vergangenheit bereits mehrfach – insbesondere in seinen Ad-hoc-Empfehlungen vom 18. Dezember 2014 und vom 1. Juni 2017 – mit Fragen der Suizidassistentz beschäftigt hat, nimmt er dieses Urteil zum Anlass, die

Thematik noch einmal umfassend aufzugreifen. In dieser Stellungnahme geht es nicht um die Auseinandersetzung mit dem Urteil selbst bzw. mit konkreten Gesetzesentwürfen. Vielmehr verfolgt der Deutsche Ethikrat eine grundsätzlichere Zielsetzung und zwar in dreifacher Hinsicht.

- 3) Dabei will er erstens ein angemessenes Bewusstsein für die Weite und Vielschichtigkeit des Phänomenbereichs der Suizidalität schaffen, zweitens die inneren und äußeren Voraussetzungen freiverantwortlicher Suizidentscheidungen näher bestimmen und drittens die je unterschiedlich gelagerte Verantwortung verschiedener Akteurinnen und Akteure im Kontext von Suizidentscheidungen und Suizidprävention genauer herausarbeiten.

#### Dynamik von Suizidgedanken und deren breites Spektrum an Kontexten

- 4) „Suizidalität“ steht für ein breites Spektrum an personalen, sozialen und gesellschaftlichen Phänomenen. Neben individuellen Faktoren nehmen auch die soziale Nah- und die gesellschaftliche Umwelt Einfluss darauf, ob und wie Suizidgedanken entstehen, verstärkt oder abgeschwächt werden. Die in der Stellungnahme skizzierten Fallvignetten veranschaulichen diese Breite der Phänomene von „Suizidalität“ und „Suizid“ und verdeutlichen die Dynamik der Entstehung und Umsetzung von Suizidgedanken wie auch die unterschiedlichen Haltungen gegenüber dem eigenen Leben, aus denen sie hervorgehen.
- 5) Suizidgedanken geht in aller Regel ein längerer Prozess innerer und äußerer Einengungen und Belastungen voraus. Sie sind in einer Vielzahl von Kontexten erkennbar und können auf ganz unterschiedliche Motive zurückgehen, die vielfach auf ein generelles Motiv verweisen: nämlich die Überzeugung der Person, das Leben in der Art und Weise, wie es sich aktuell darstellt und wie es sich – antizipiert – in Zukunft darstellen wird, nicht mehr ertragen zu können. Diese Überzeugung

äußert sich häufig zunächst in Todeswünschen, welche zwar oft volatil sind, jedoch auch den Beginn einer Dynamik darstellen können, in deren Verlauf sich nach und nach Suizidgedanken ausbilden.

- 6) Das generelle Motiv – unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr weiterleben zu wollen – lässt sich in interindividuell hoch variable situationsspezifische Motive aufgliedern, von denen einige beispielhaft in der Stellungnahme anhand von anschaulichen Fallvignetten dargestellt werden. Sie reichen von tiefgreifenden Selbstwertkrisen aufgrund erlebter Demütigungen im Kindes- und Jugendalter über kumulierte familiäre, berufliche und ökonomische Krisensituationen im jungen und mittleren Erwachsenenalter bis hin zu Isolation und erlebter Einsamkeit sowie Ängsten vor zunehmenden Krankheits-, oft Demenzsymptomen und vor steigender Pflegebedürftigkeit im höheren und hohen Alter.
- 7) Suizidgedanken müssen jedoch weder notwendigerweise auf den erloschenen Wunsch zu leben hindeuten noch unmittelbar zu Suizidhandlungen führen. Sie dürfen nicht losgelöst von der je individuellen Ressourcen-Risiko-Konstellation einer Person betrachtet werden, die in vergleichbaren Krisen- und Konfliktsituationen zu ganz unterschiedlichen Möglichkeiten der Krisen- und Konfliktbewältigung führen kann.

### Psychische Störungen sowie Belastungs- und Krisensituationen

- 8) Einschränkungen und Belastungen können allerdings so stark dominieren, dass Suizidgedanken sich verfestigen und kein Lebenswunsch mehr empfunden wird. Besondere Bedeutung für das Suizidrisiko haben psychische und insbesondere tiefgreifende depressive Störungen. Weitere Risikofaktoren für Suizidalität sind Alkoholintoxikation und Drogenkonsum, Persönlichkeitsstörungen, akute schizophrene Krankheitsepisoden und biografische Risikofaktoren wie

traumatische Erlebnisse in der Kindheit und Jugend als auch eine Familienanamnese mit Suizidversuchen bzw. Suiziden. Eigene frühere Suizidversuche erhöhen das Risiko eines weiteren Versuchs ebenfalls deutlich.

- 9) Auch bei psychischen Störungen ist jedoch von einem dynamischen Prozess auszugehen, in dessen Verlauf sich nach und nach Suizidgedanken einstellen, die sich ihrerseits zu Suizidimpulsen verdichten und schließlich in Suizidversuche münden können. Psychische Störungen erhöhen die besondere Vulnerabilität eines Individuums, das heißt die Wahrscheinlichkeit, dass in schweren Belastungs- und Krisensituationen nicht lösungsorientiert, sondern in hohem Maße emotional reagiert wird. Aufgrund seiner spezifischen Disposition ist das Individuum in einer Belastungs- oder Krisensituation deutlich erhöhten Risiken im Hinblick auf schwere innere Versagenszustände ausgesetzt, die ihrerseits zu Suizidgedanken, -impulsen und -versuchen führen können.
- 10) Die Entwicklung und Umsetzung von Suizidgedanken ist im Kontext der Beziehungen zur sozialen Umwelt zu betrachten. Isolation und Einsamkeit sowie die Überzeugung, nicht mehr dazuzugehören, bilden ebenfalls Risikofaktoren für Suizidalität. Auch Erschöpfung, Lebensmüdigkeit und Lebensattheit können dem Wunsch nach einem assistierten Suizid zugrunde liegen. In diesen Haltungen manifestieren sich innere und äußere Problemlagen, in denen Lebensbindungen zurückgehen. Sie betreffen vor allem Menschen im höheren Alter, Menschen mit chronisch-fortschreitenden, symptomreichen oder sogar zum Tode führenden Erkrankungen, und sind umso wahrscheinlicher, wenn ein Individuum zahlreiche Verluste verarbeiten muss, die seiner Existenz das Lebensfundament genommen haben.
- 11) Die Dynamik von Suizidgedanken und suizidalen Handlungen macht deutlich, wie wichtig Suizidprävention ist, die ausdrücklich auch mögliche Risikofaktoren für Suizidalität in den Blick nimmt und diese zu

vermeiden oder substanziell zu lindern versucht. Eine angemessene medizinisch-pflegerische Begleitung kann vielfach eine Linderung von Symptomen und damit verbundener seelischer Belastung bewirken; ebenso eine frühzeitige Diagnostik und Intervention, die stets im Dienste der Betroffenen stehen sollte. Derartige suizidpräventive Strategien setzen allerdings psychiatrisch-psychotherapeutische und psychologische Versorgungsstrukturen voraus, die nicht im ganzen Land gegeben sind.

### Entscheidungsdruck und äußere Beeinflussung

- 12) Es gibt jedoch auch Situationen, in denen auftretende Suizidgedanken nicht das Ergebnis einer monate- oder jahrelangen Entwicklung sind, sondern sich mehr oder minder abrupt einstellen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn eine Person völlig unvorbereitet mit einer absehbar zum Tode führenden Erkrankung konfrontiert ist, die einen raschen Verlauf nimmt und bereits aktuell mit starken Symptomen verbunden ist. Unter derartigem Zeitdruck ist eine fachlich ausreichend qualifizierte Begleitung in einer suizidalen Krise deutlich erschwert. In dieser Grenzsituation stellt die Begleitung besonders hohe moralische und psychische Anforderungen an die Mitglieder des Versorgungssystems, die nach der gemeinsamen Erörterung aller verfügbaren Handlungsoptionen Respekt vor der getroffenen Entscheidung der erkrankten Person für den assistierten Suizid zeigen und sie ggf. dabei unterstützen, die benötigte Assistenz zu finden.
- 13) In persönlichen Grenzsituationen, in denen eine Person zutiefst verunsichert und (auch) psychisch in hohem Maße belastet ist sowie – zumindest aktuell – keine tragfähige Zukunftsperspektive hat, nimmt das Risiko einer wachsenden äußeren Beeinflussung allerdings erheblich zu. Nahestehende Personen bestimmen möglicherweise immer mehr die Deutung der eingetretenen Situation und werden vielleicht darin von Angehörigen des Versorgungssystems

sogar bestärkt. Entsprechend wird in der Suizidprävention eine zentrale Aufgabe darin gesehen, die Selbstbestimmungsfähigkeit zutiefst verunsicherter und psychisch hoch belasteter Personen zu bewahren oder wiederherzustellen. Daneben ist die suizidgefährdete Person auch in ihren Beziehungen zum sozialen Umfeld zu betrachten. Dabei muss stets geprüft werden, in welcher Weise das Umfeld auf Reflexions-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse Einfluss nimmt bzw. zu nehmen versucht.

### Selbstbestimmung und Freiverantwortlichkeit

- 14) In der Debatte um Suizid und Suizidassistenz besteht ungeachtet der Unterscheidung zwischen einer moralischen und einer rechtlichen Perspektive Einigkeit darüber, dass eine als Ausübung des vom Bundesverfassungsgericht formulierten Rechts auf ein selbstbestimmtes Sterben zu respektierende Suizidentscheidung bestimmten, gesellschaftlich ausgehandelten Anforderungen an die Selbstbestimmtheit genügen muss.
- 15) Der Deutsche Ethikrat geht von einem relationalen Verständnis der Selbstbestimmung aus, das die Sozialität des Menschen nicht als Bedrohung, sondern als Bedingung der Möglichkeit von Selbstbestimmung begreift. Auf dieser Grundlage fasst er Selbstbestimmung als konkret-individuelle Realisierung sowohl von innerer wie äußerer als auch von negativer wie positiver Freiheit auf.
- 16) Selbstbestimmung hat kognitive, emotionale wie auch voluntative Komponenten und ist darüber hinaus an bestimmte soziale Bedingungen gebunden. Die für die zu treffende Entscheidung relevanten Umstände müssen als Teil der für das eigene Erleben maßgeblichen Welt begriffen, bewertet und verarbeitet werden. Ohne diesen Bezug auf die eigene, stets auch emotional getönte und sozial bestimmte



Lebenswelt hat theoretische Erkenntnis keine praktische Bedeutung und kann daher nicht handlungswirksam werden.

- 17) Die kognitiven, emotionalen und voluntativen Faktoren der Selbstbestimmung sind in bestimmten Lebensphasen und -bereichen je nach äußerer Lage oder innerer Verfassung in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden. Aufgrund der Variabilität dieser Faktoren ist Selbstbestimmung immer graduiert. Eine in hinreichendem Maße selbstbestimmte und deshalb moralisch vor sich selbst sowie auch den Anderen, die von der Entscheidung unausweichlich (mit-)betroffen sind, zu verantwortende Entscheidung kann als freiverantwortlich bezeichnet werden. 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.
- 18) Aufgrund der Irreversibilität einer Suizidentscheidung 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.

### Hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte

- 19) Eine freiverantwortliche Suizidentscheidung setzt voraus, dass die suizidwillige Person über den Gegenstand der von ihr zu treffenden Entscheidung hinreichend informiert ist, sie also hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte hat. Ohne eine solche Kenntnis kann eine Suizidentscheidung – unabhängig von den Gründen für die Unkenntnis – nicht als freiverantwortlich gelten.

- 20) Bei der Bestimmung der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte sind die entscheidungsrelevanten Sachverhalte von ihrer subjektiven Bewertung zu unterscheiden. Für die Freiverantwortlichkeit sind nur die den Sachverhalt konstituierenden Umstände bedeutsam, die als solche einer Dritte-Person-Perspektive und damit einer intersubjektiven Überprüfung zugänglich sein müssen. Da die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung strikt von der moralischen Richtigkeit des Entscheidungsergebnisses zu unterscheiden ist, sind Wertvorstellungen der betroffenen Person bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit uneingeschränkt zu respektieren – selbst dann, wenn sie von den allgemein in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen erheblich abweichen und die auf ihnen beruhende Suizidentscheidung deshalb im Ergebnis nicht nachvollziehbar erscheinen mag.
- 21) Weil Suizidwünsche aus ganz unterschiedlichen Gründen entstehen können, ist für die informationellen Mindestvoraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung die subjektive Perspektive des jeweiligen Individuums maßgeblich. Welche Gesichtspunkte und Informationen als entscheidungserheblich zu qualifizieren sind, hängt von den Gründen ab, aus denen Betroffene ihr Leben beenden wollen. Je nach Fallkonstellation können zu den entscheidungserheblichen Informationen bei belastenden Lebenslagen etwa Art und Ausmaß der Belastungen gehören oder bei körperlichen und psychischen Erkrankungen etwa der erwartbare Krankheitsverlauf und die Möglichkeiten der Behandlung. Je konkreter die Gründe sind, desto leichter dürfte feststellbar sein, ob die diesbezüglichen Annahmen der Person auf realitätsgerechten Urteilen oder aber auf relevanten Irrtümern oder Wissenslücken beruhen.
- 22) Dementsprechend ist auch allein auf der Grundlage der individuellen Suizidmotivation sowie der persönlichen Einstellungen und Wertoptionen der Betroffenen zu beurteilen, ob und inwieweit Hilfsangebote geeignet sind, eine zum Suizid motivierende Belastung abzuwenden bzw. zu vermindern.

## Aufklärung

- 23) Die Reichweite der Aufklärungspflichten Dritter – insbesondere professioneller Akteurinnen und Akteure (z. B. in Medizin, Psychologie, psychosozialer Beratung, Seelsorge), ist in bestimmten Konstellationen umstritten. Einerseits wird – auch im Deutschen Ethikrat – argumentiert, dass bereits hier ein individueller Maßstab zugrunde zu legen sei, sich die Pflicht zur Aufklärung also nach dem konkreten Wissensbedarf und dem Willen der Betroffenen bestimme. Letzte hätten damit die Möglichkeit, im Aufklärungsgespräch auf nähere Informationen über bestimmte Möglichkeiten zur Abwendung der sie zum Suizid motivierenden Belastungen zu verzichten, wenn die Wahrnehmung dieser Möglichkeiten für sie aufgrund ihrer stets zu respektierenden persönlichen Wertvorstellungen nicht in Betracht kommt.
- 24) Demgegenüber wird andererseits – auch im Deutschen Ethikrat – argumentiert, dass der Umfang der als erheblich zu qualifizierenden Informationen nicht von der im Vorfeld einer Aufklärung noch gar nicht antizipierbaren subjektiven Bewertung des Suizidwilligen abhängig gemacht werden dürfe und in diesem Sinne umfassend sein müsse. Erst auf der Grundlage einer erfolgten umfassenden Aufklärung und Pflichtberatung stehe es einer suizidwilligen Person im Rahmen ihrer persönlichen Wertüberzeugungen dann frei, die ihr eröffneten alternativen Handlungsmöglichkeiten abzulehnen und sich freiverantwortlich für den Suizid zu entscheiden.

## Hinreichende Selbstbestimmungsfähigkeit

- 25) Zusätzlich zur Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte setzt eine freiverantwortliche Suizidentscheidung die Fähigkeit voraus, diese Gesichtspunkte auf der Grundlage eines hinreichend weiten und differenzierten Erlebenshorizonts zu bewerten und

die sich aus dieser Bewertung ergebenden Präferenzen realitätsbezogen gegeneinander abzuwägen.

- 26) Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Menschen über diese Fähigkeit in einem für eine freiverantwortliche Selbstbestimmung hinreichenden Maße verfügen. Dies setzt jedoch voraus, dass der individuelle Erlebenshorizont für die zu treffende Entscheidung bereits hinreichend ausgeprägt ist und erfordert deshalb bei einer Suizidentcheidung ein hohes Maß an geistiger Reife, das in der Regel nicht vor dem Eintritt der Volljährigkeit erreicht wird. Ob in Ausnahmefällen auch bestimmte prozedurale Absicherungen die Voraussetzung der Volljährigkeit ersetzen können ist – auch im Deutschen Ethikrat – umstritten.
- 27) Zudem können psychische Störungen die Selbstbestimmungsfähigkeit so erheblich beeinträchtigen, dass das für eine freiverantwortliche Suizidentcheidung erforderliche hohe Maß nicht erreicht wird. Eine psychische Erkrankung als solche schließt die Freiverantwortlichkeit der Suizidentcheidung jedoch nicht aus. Ohne eine einzel-fallbezogene substantiierte Begründung für eine normativ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist auch die Entscheidungsfreiheit psychisch erkrankter Personen zu respektieren.
- 28) Der Stellenwert von Vorausverfügungen, mit denen eine hinreichend selbstbestimmungsfähige Person darum bittet, sie in einer zukünftigen Situation, in der sie nicht mehr freiverantwortlich handeln kann, bei einem Suizid zu assistieren, wird – auch im Deutschen Ethikrat – unterschiedlich beurteilt. Die einen sind der Auffassung, dass ein vorausverfügtes Suizidhilfebegehren als Grundlage für eine Suizidassistenz generell ausscheide, weil diese in jedem Fall einen freiverantwortlichen Vollzug des Suizids voraussetze. Die anderen halten es dagegen unter dem Aspekt des Autonomieschutzes für geboten, auch einen vorausverfügten Suizidwunsch prinzipiell zu akzeptieren. Allerdings müsse die betroffene Person dafür im Zustand

nicht hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit erneut beständig und dauerhaft Suizidassistenten verlangen, was aufgrund der oft sehr unstillen „natürlichen Willensbekundungen“ nur selten gegeben sein dürfte.

### Hinreichend überlegte, ernsthafte und eigenständige Entscheidung

- 29) Aufgrund der hohen Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung muss diese zunächst hinreichend überlegt und hinreichend ernsthaft sein. Als überlegt lässt sich eine Suizidentscheidung bezeichnen, wenn eine Person ihre Selbstbestimmungsfähigkeit zu einer gründlichen Abwägung aller aus ihrer Sicht entscheidungserheblichen Gesichtspunkte gebraucht und auf dieser Grundlage ihre Entscheidung trifft. Das Erfordernis einer hinreichend ernsthaften Entscheidung trägt der unhintergehbaren Volatilität von Suizidwünschen Rechnung. Für die Ernsthaftigkeit einer Suizidentscheidung ist es erforderlich, dass die Entscheidung beständig ist und eine gewisse Dauerhaftigkeit aufweist, um das Risiko einer unüberlegten Entscheidung auszuschließen bzw. zu vermindern. Obwohl intensive und ggf. auch kontroverse Gespräche über die eigenen suizidalen Wünsche oft erst eine eigenständige und damit freiverantwortliche Entscheidung ermöglichen, kann der Einfluss anderer Personen die freiverantwortliche Entscheidung der suizidwilligen Person auch gefährden oder gar ausschließen. Dies ist dann der Fall, wenn eine Suizidentscheidung lediglich dem beherrschenden Einfluss anderer Personen folgt. In dieser Weise fremdbestimmte Entscheidungen sind keine hinreichend eigenständigen und damit auch keine freiverantwortlichen Suizidentscheidungen.
- 30) Zur Beurteilung der für die Freiverantwortlichkeit hinreichenden Eigenständigkeit von Suizidentscheidungen sind verschiedene Formen und Grade der Beeinflussung voneinander zu unterscheiden. Offenkundige Mittel der Freiverantwortlichkeit ausschließenden

Fremdbestimmung sind Zwang, Drohung und Täuschung. Aber auch subtilere Formen der Beeinflussung können im Einzelfall zu einer weitgehenden Fremdbestimmung führen und damit die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung ausschließen. Weniger intensive Formen der Beeinflussung wie Anstiftung oder Werbung beeinträchtigen zwar unter Umständen ebenfalls die Selbstbestimmung, schließen die Freiverantwortlichkeit aber noch nicht aus. In der Praxis gibt es häufig Grenzfälle, die sich einer begrifflich präzisen Distinktion entziehen.

### Freiverantwortlichkeit in Notlagen

- 31) Auch hinreichend überlegte und ernsthafte Suizidentscheidungen, die in Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte, mit hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit und ohne unzulässige Einflussnahme Dritter getroffen wurden, resultieren zu einem wahrscheinlich weit überwiegenden Teil aus einschränkenden Lebenslagen, in denen die Verwirklichung basaler Bedürfnisse – zu denen auch Teilhabebedürfnisse gehören – objektiv oder subjektiv erheblich erschwert ist.
- 32) Die Motivation durch derartige Notlagen rechtfertigt es als solche nicht, eine Suizidentscheidung als nicht mehr freiverantwortlich zu qualifizieren. Wenn zur Selbstbestimmung fähige Menschen mit der sie stark belastenden Lebenslage hinreichend eigenständig umgehen und sie sich in Kenntnis der entscheidungserheblichen Umstände nach einer gründlichen Abwägung des Für und Widers dafür entscheiden, die Belastung nicht länger ertragen zu wollen, ist auch eine durch eine Notlage motivierte Entscheidung als freiverantwortlich anzuerkennen.
- 33) Die Anerkennung des Rechts der Menschen, sich auch und gerade aus existenzieller Not gegen eine Fortsetzung ihres Lebens zu

entscheiden, entlastet Staat und Gesellschaft jedoch nicht von der Verantwortung, solchen Notlagen entgegenzuwirken. Schon aufgrund der Verpflichtung zum Integritäts- und Lebensschutz müssen sie sich so weit wie möglich darum bemühen, dass Menschen nicht in Situationen geraten und verbleiben, in denen sie sich den Tod als vermeintlich kleineres Übel dem Leben vorzuziehen genötigt sehen.

### Suizidprävention

- 34) Bei der Suizidprävention geht es dementsprechend vor allem um die Vermeidung solcher Lebenslagen, in denen sich Menschen genötigt fühlen, einer zumindest subjektiv als unerträglich erlebten Lebenssituation durch Suizid ein Ende zu setzen. Sie umfasst vielfältige Interventionen und Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Handlungsebenen („Multiakteursverantwortung“).
- 35) Dabei interagieren drei Grundtypen miteinander: Die *allgemeine* Prävention zielt auf die Gesamtbevölkerung und beabsichtigt über Aufklärungskampagnen, niedrigschwellige Beratungs- und Kontaktangebote oder allgemeine Strategien einem suizidalen Verlangen vorzubeugen. Die *selektive* Prävention konzentriert ihre Angebote auf Gruppen mit einem typischerweise signifikant erhöhten Suizidrisiko. Die *indizierte* Prävention fokussiert einzelne Personen, bei denen in Folge unterschiedlicher Begebenheiten oder Ereignisse eine unmittelbare Suizidgefährdung offenkundig ist.

### Vernetzte Multiakteursverantwortung

- 36) Für die unterschiedlichen Präventionsstrategien sind gesamtgesellschaftliche und staatliche Institutionen auf der Makroebene ebenso wie Einrichtungen auf der Mesoebene und professionelle und/oder

alltagsweltliche Einzelpersonen auf der Mikroebene verantwortlich. Eine nachhaltig erfolgreiche Suizidprävention ist abhängig von der Vernetzung dieser Ebenen und dem Ineinandergreifen der Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure im Sinne einer Multiakteursverantwortung. Die Vernetzung der Verantwortlichkeiten aller drei Ebenen und ihrer Akteurinnen und Akteure verfolgt das Ziel, Person inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen.

### Normalisierungsentwicklungen

- 37) In der öffentlichen Debatte um die Zulässigkeit von Suizidassistenz wird auf die Gefahr einer Normalisierung und damit einhergehenden schleichenden Ausweitung von Suiziden hingewiesen. Die Rede von Normalisierung changiert dabei zwischen der deskriptiven Feststellung eines statistischen Durchschnitts, der präskriptiven Bezeichnung eines gesollten oder wünschenswerten Standards und dem Gefühl eines für selbstverständlich erachteten Zustands, der keiner besonderen Begründung bedarf.
- 38) Während eine Normalisierung des Respekts vor der Letztverantwortung einer Person sowohl deskriptiv, präskriptiv als auch emotiv positiv einzuschätzen ist, werden Normalisierungsentwicklungen aus ethischer und juristischer Perspektive problematisch, wenn mit ihnen Risiken für die individuelle Freiheitsausübung verbunden sind. Eine solche Gefährdung der individuellen Selbstbestimmung im Hinblick auf den eigenen Tod kann ein Gegensteuern rechtfertigen oder gar gebieten.



## Verantwortlichkeiten auf der Mikroebene

- 39) Auf der Mikroebene gibt es drei Gruppen von Akteurinnen und Akteuren, die bei der Suizidprävention eng miteinander interagieren und dabei jeweils in einer moralischen Verantwortung stehen: die An- und Zugehörigen, die professionellen Bezugspersonen und die suizidalen Personen selbst.
- 40) Die grundlegende moralische Verantwortung der Person besteht in der suizidalen Krise zunächst in Bezug auf sich selbst, erstreckt sich aber darüber hinaus auf diejenigen, die von der eigenen Entscheidung unweigerlich mitbetroffen und deshalb bestenfalls in den Klärungs- und Entscheidungsprozess soweit möglich und zumutbar einzubeziehen sind.
- 41) Die An- und Zugehörigen stehen gegenüber der suizidalen Person ihrerseits in der moralischen Verantwortung, soweit möglich und zumutbar den sozialen Kontakt aufrechtzuerhalten und durch ihre (leibliche) Anwesenheit und Zuwendung gewisse „Sichtachsen auf das Leben“ offenzuhalten.
- 42) Die Beratung unmittelbar Betroffener wie mittelbar Beteiligter gehört zur breiten Palette der Interventionen, die multiprofessionelle Teams in ihrer professionsspezifischen vernetzten Verantwortlichkeit wahrzunehmen haben. Die Beratung umfasst dabei Angebote für Menschen, bei denen sich erste Todeswünsche manifestiert haben, ebenso wie Angebote für Menschen, bei denen sich ein Entschluss zum Suizid auszubilden beginnt oder möglicherweise bereits so weit gediehen ist, dass sie den Zugang zu Tötungsmitteln mit Hilfe Dritter begehren.
- 43) Über die Fachberatung im engeren Sinne hinaus, die etwa über medizinisch-pflegerische Sachverhalte aufklärt sowie psychosoziale Aspekte thematisiert und gewichtet, zählt zur Verantwortung

professioneller Bezugspersonen auch die ethische Beratung. Diese soll Personen in einer suizidalen Krise in ihrer Einsichts- und Urteilsfähigkeit unterstützen. Hierzu gehört es auch, mittels „empathischer Störfragen“ zu bestimmten Selbstverständlichkeiten der betroffenen Person einen Rahmen der Reflexion zu eröffnen und im Interesse einer wohlüberlegten Entscheidung eine vertiefte Auseinandersetzung anzuregen.

- 44) Schon aufgrund der Irreversibilität eines Suizids ist jeder Person mit Suizidwunsch in begleitenden Gesprächen die Möglichkeit zu eröffnen, ihre persönliche Entscheidung in Wahrnehmung der Verantwortung für sich und andere abzuwägen und zu bilden. Der Prozess des gemeinsamen Beratens und Reflektierens eröffnet aufseiten der suizidalen Person oftmals erst jene Perspektiven auf alternative Handlungs- und Entscheidungsoptionen, die eine Wahl zwischen unterschiedlichen Optionen und mithin eine freiverantwortliche Entscheidung überhaupt erst ermöglichen. Dabei muss die Gestaltung aller formellen und informellen Gesprächs- beziehungsweise Beratungsangebote jeden Eindruck eines Paternalismus oder eines Sich-Aufdrängens vermeiden. Die Letztentscheidungsverantwortung der suizidalen Person ist auch dann zu respektieren, wenn der erwogene Suizid befremdet oder abwegig erscheint.

### Verantwortlichkeiten auf der Mesoebene

- 45) Diesen Verantwortlichkeiten auf der Mikroebene können Betroffene, An- und Zugehörige sowie professionelle Fachkräfte nur nachkommen, wenn auf der Mesoebene die Einrichtungen und Institutionen des Gesundheits-, Sozial und Bildungswesens ihre Angebote der Begleitung und Beratung an den Zielen der Suizidprävention orientieren. Dazu gehört zunächst eine verantwortungsvolle Analyse und Eindämmung jeglicher suizidgenerierender Institutions-, Gesprächs- und Interaktionskulturen.

- 46) Darüber hinaus werden institutionelle und ambulante Strukturen wie Konzepte benötigt, die soziale Teilhabe und in der Folge ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit ermöglichen, um eine menschenwürdige Begleitung am Lebensende zu eröffnen, insbesondere die Lebens- und Sterbequalität abzusichern und den Lebenswillen zu fokussieren. Hierfür bedarf es in den Institutionen einer gelebten Palliativ-, Abschieds- und Sterbekultur, die bestenfalls Todes- und Suizidwünschen im Sinne einer allgemeinen Prävention entgegenwirkt. Die professionelle Begleitung sollte bereits in frühen Stadien sich entwickelnder Todeswünsche und Suizidgedanken einsetzen und zu keinem Zeitpunkt direktiv erfolgen.
- 47) Innerhalb einer verantwortungsvollen Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflege-, Gesundheits- und Therapieberufen sowie in den seelsorgerlichen Berufen sind die Themen der Suizidprävention, der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen und zukünftig auch der Suizidassistentz sowie der damit einhergehenden vielfältigen moralischen und professionellen Spannungsfelder und anspruchsvollen Fragestellungen als genuiner Gegenstand von Bildungs- und Qualifizierungsprozessen relevant. Dies gilt in ähnlicher Weise für die Qualifikation aller Ehrenamtlichen, die entweder beratend oder begleitend mit suizidalen Personen in einem engen Kontakt stehen.
- 48) Sollte sich trotz aller suizidpräventiven Bemühungen der Suizidwunsch einer Person zu einem festen Willen verdichten, können Einrichtungen und Institutionen im Rahmen einer würdevollen Suizidassistentz die Option für ein in dieser Weise „abschiedliches Leben“ gewährleisten – je nach dem eigenen Selbstverständnis innerhalb der Einrichtung selbst, an einem anderen Ort oder durch eine andere, zur Assistentz bereite Person. Sollte eine Suizidassistentz innerhalb der eigenen Einrichtung ermöglicht werden, dann muss ein besonderes Augenmerk auch den Mitarbeitenden gelten.

- 49) Weil niemand dazu verpflichtet ist, Suizidassistenten zu leisten, kann sie jeder Bewohnerin bzw. jedem Bewohner mit dem Hinweis auf das Selbstverständnis der Einrichtung, auf die professionsethische Wertorientierung oder auf die private Haltung verweigert werden. 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.

#### Verantwortlichkeiten auf der Makroebene

- 50) Staatliche wie gesellschaftliche Institutionen auf der Makroebene tragen eine wesentliche Verantwortung für eine möglichst umfassende Suizidprävention – über die gesamte Lebensspanne, in allen relevanten Lebensbereichen, zeitnah und in der Fläche. Angesichts der fortschreitenden Vereinsamung insbesondere vieler älterer Menschen, zum Teil bestehender sozialer Not sowie noch immer vorhandener und teilweise sogar wachsender Defizite sowohl hinsichtlich niederschwellig erreichbarer psychotherapeutischen Angebote als auch bei der palliativmedizinischen/-pflegerischen und hospizlichen Versorgung Schwerstkranker eröffnet sich ein weites Feld für systemische Verbesserungen. Zu diesen muss insbesondere die Erweiterung der noch immer onkologisch zentrierten Hospiz- und Palliativversorgung um Handlungsbereiche wie Gebrechlichkeit, Lebenskrisen oder soziale Isolation gehören.
- 51) Institutionen auf der Makroebene tragen außerdem Verantwortung für die Reduktion der Gefahr einer prekären Selbstbestimmung. Diese Gefahr kann durch eine umfassende Strategie der allgemeinen, der selektiven sowie der indizierten Suizidprävention reduziert werden.

Staatliche wie gesellschaftliche Institutionen stehen hier in der Gewährleistungsverantwortung für ein möglichst effektives Ineinandergreifen der Verantwortungsebenen und die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Akteurinnen und Akteure der Mikro- und Mesebene überhaupt erst in die Lage versetzt werden, ihrer je eigenen professions- und rollenspezifischen Verantwortung nachzukommen. Zu diesen Rahmenbedingungen zählen an oberster Stelle auch hinreichend präzise rechtliche Regelungen, die sich nicht in der Verabschiedung eines rechtssicheren Handlungsrahmens für die Suizidassistenten erschöpfen.

### Staatliche und gesellschaftliche Suizidprävention

- 52) Die staatliche Verantwortung erstreckt sich darüber hinaus auf die Kontrolle der Erreichbarkeit von Mitteln zum Suizid sowie auch die Verbesserung von und Auseinandersetzung mit den Faktoren für psychische und mentale Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern – vor allem bei Gruppen, in denen die psychische Gesundheit besonders prekär ist. Gezielte staatliche Programme und Initiativen anderer gesellschaftlicher Institutionen, die Versorgung in diesen Bereichen auszubauen, können allgemein präventiv wirken.
- 53) Auch eine verantwortungsbewusste mediale Berichterstattung über Risikofaktoren und Formen der Suizidalität, wie sie bereits in einschlägigen Pressekodizes gefordert wird, kann mit Blick auf die Suizidprävention nicht hoch genug bewertet werden. Zu einer solchen Berichterstattung gehört auch der Hinweis auf einschlägige Hilfsangebote. Dies muss auch für eine möglichst umfassende, differenzierte und sachliche Darstellung der Motive für einen assistierten Suizid sowie jener Anforderungen gelten, die aus diesen Motiven mit Blick auf die Versorgung und Beratung erwachsen. Die (selbst-)kritische mediale Reflexion gilt für alle medialen Formate – fiktionale, dokumentarische, reportagehafte sowie auch Infotainment-Formate.

- 54) Freilich können in den sozialen Medien Personen ihre Motive für einen möglichen Suizid wie auch Gedanken über Methoden des Suizids ohne jegliche Kontrolle ausführlich äußern. Dies darf im Hinblick auf mögliche Nachahmungseffekte nicht unterschätzt werden. Deshalb ist auch ein verantwortlicher Umgang mit persönlichen Botschaften im Netz notwendig. In welchem Ausmaß Aussagen von Einzelpersonen (oder Gruppen) über Suizidalität Einfluss auf andere Menschen haben, muss intensiv erforscht und öffentlich diskutiert werden.
- 55) Monitoring und Evaluation, sowie Koordination von Präventions-, Kommunikations- und Ausbildungsprogrammen liegen vor allem in der Verantwortung von Institutionen der öffentlichen Gesundheit. Im Rahmen der Entwicklung von Lehrplänen unter der Leitung der bundes- und landesspezifischen Ministerien ist die Suizidprävention und Suizidassistenz als gesellschaftlich bedeutsame Thematik – insbesondere, aber nicht nur für die Gesundheitsberufe – gezielt und zielgruppenbezogen zu integrieren.
- 56) Zur besonderen Verantwortung der Institutionen auf der Makroebene zählt auch die behutsame Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit für Suizidrisiken. Diese Verantwortung wird durch eine umfassende Unterstützung der Suizidforschung flankiert, um bestehende Wissensdefizite über die Genese von Suizidalität und bezüglich effektiver Präventionsmöglichkeiten zu beheben. Die Erfassung und Analyse der Komplexität von Suizidgedanken und -impulsen in ihrer Entstehung, Entwicklung und Intensität und der hierbei maßgeblichen sozialen, kulturellen, rechtlichen und personalen Einflussfaktoren erfordert einen multidisziplinären Forschungsansatz, der in besonderer Weise geeignet ist, gerade auch die Wechselwirkung zwischen unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Entstehung und Realisierung von Suizidwünschen zu identifizieren und in ihrer jeweiligen Bedeutung zu erfassen.

- 57) Die Strukturen der Suizidprävention müssen gestärkt und eine angemessene, dauerhafte und verlässliche Finanzierung sichergestellt werden. Eingeschlossen ist die Gewährleistung von personellen Ressourcen spezifisch ausgebildeter Professionen ebenso wie eine Förderung der Interventionen und entsprechenden Kompetenzen. Diese Regelfinanzierung muss auch verstärkt praxisorientierte Angebote der Aus- und Weiterbildung einschließen.

## **Mitglieder des Deutschen Ethikrates**

Prof. Dr. med. Alena Buyx (Vorsitzende)  
Prof. Dr. iur. Dr. h. c. Volker Lipp (Stellvertretender Vorsitzender)  
Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Julian Nida-Rümelin (Stellvertretender Vorsitzender)  
Prof. Dr. rer. nat. Susanne Schreiber (Stellvertretende Vorsitzende)

Prof. Dr. iur. Steffen Augsberg  
Regionalbischöfin Dr. theol. Petra Bahr  
Prof. Dr. theol. Franz-Josef Bormann  
Prof. Dr. rer. nat. Hans-Ulrich Demuth  
Prof. Dr. iur. Helmut Frister  
Prof. Dr. theol. Elisabeth Gräb-Schmidt  
Prof. Dr. rer. nat. Dr. phil. Sigrid Graumann  
Prof. Dr. rer. nat. Armin Grunwald  
Prof. Dr. med. Wolfram Henn  
Prof. Dr. rer. nat. Ursula Klingmüller  
Stephan Kruijff  
Prof. Dr. theol. Andreas Lob-Hüdepohl  
Prof. Dr. phil. habil. Annette Riedel  
Prof. Dr. iur. Stephan Rixen  
Prof. Dr. iur. Dr. phil. Frauke Rostalski  
Prof. Dr. theol. Kerstin Schlögl-Flierl  
Dr. med. Josef Schuster  
Prof. Dr. phil. Mark Schweda  
Prof. Dr. phil. Judith Simon  
Jun.-Prof. Dr. phil. Muna Tatari

### **Externer Experte**

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Andreas Kruse (Ratsmitglied bis 31. März 2022, danach Mitarbeit als externer Experte)

## **Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle**

Dr. rer. nat. Joachim Vetter (Leiter)  
Carola Böhm  
Ulrike Florian  
Dr. phil. Thorsten Galert  
Steffen Hering  
Petra Hohmann  
Torsten Kulick  
Dr. rer. nat. Lilian Marx-Stölting  
Dr. Nora Schultz  
Anneke Viertel