



# Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit

STELLUNGNAHME



# Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit

STELLUNGNAHME

22. September 2022

## **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

## DANKSAGUNG

Der Deutsche Ethikrat dankt allen, die schriftlich oder mündlich Inspiration und Informationen zu dieser Stellungnahme beigetragen haben, herzlich für ihr Engagement.

Insbesondere richtet sich dieser Dank an die Sachverständigen Claudia Bausewein, Ulrich Hegerl, Reinhard Lindner, Paul Plener, Barbara Schneider und Raymond Voltz, die am 17. Dezember 2020 im Rahmen einer öffentlichen Anhörung zur „Phänomenologie der Sterbe- und Selbsttötungswünsche“ wertvolle Diskussionsbeiträge eingebracht haben.

Weitere wichtige Impulse lieferten zudem die knapp 100 Abgeordneten und ihre Mitarbeitenden, die sich am 5. April 2022 an unserem parlamentarischen Orientierungsgespräch zur Neuregelung der Suizidhilfe beteiligt haben.

Ein besonderer Dank gebührt auch Andreas Kruse, der über das Ende seiner Amtszeit im Deutschen Ethikrat hinaus als kooptiertes Mitglied der Arbeitsgruppe weiter bedeutende Unterstützung geleistet hat.



# INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG .....	9
1 EINLEITUNG .....	29
2 DYNAMIK VON SUIZIDGEDANKEN .....	35
2.1 Das breite Spektrum von Kontexten, in denen Suizidgedanken auftreten .....	37
2.2 Psychische Störungen, die das Auftreten von Suizidgedanken und -impulsen begünstigen .....	44
2.3 Erlebnisreaktionen in Belastungs- und Krisensituationen: Diathese-Stress-Interaktionen .....	49
2.4 Erschöpfung, Lebensmüdigkeit und Lebenssattheit .....	53
2.5 Erlebter Entscheidungsdruck bei absehbarem Verlust der Handlungskontrolle .....	59
2.6 Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit aufgrund äußerer Beeinflussung .....	62
3 VORAUSSETZUNGEN EINER FREIVERANTWORTLICHEN SUIZIDENTSCHEIDUNG .....	66
3.1 Grundlagen .....	66
3.2 Hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte .....	76
3.3 Hinreichende Selbstbestimmungsfähigkeit .....	83
3.4 Hinreichend überlegte und ernsthafte Entscheidung .....	99
3.5 Hinreichend eigenständige Entscheidung .....	102
3.6 Freiverantwortlichkeit in Notlagen .....	105
4 VERANTWORTUNG IM KONTEXT VON SUIZIDPRÄVENTION UND DER BEGLEITUNG VON MENSCHEN IN SUIZIDALEN KRISEN .....	109
4.1 Zielperspektiven und Konzeptionalisierung vernetzter Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure sowie Ebenen .....	109
4.2 Exkurs: Die Debatte über „Normalität“ und „Normalisierung“ als Kern vernetzter Multiakteursverantwortung .....	115
4.3 Akteurinnen und Akteure auf der Mikroebene .....	117
4.4 Akteurinnen und Akteure auf der Mesoebene .....	128

4.5	Institutionen auf der Makroebene .....	140
4.6	Herausforderungen und Potenziale vernetzter Verantwortlichkeiten .....	149
	LITERATURVERZEICHNIS .....	153



# 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 Suizidassistentz 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 unabweichlich (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 Suizidentcheidung 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 Suizidentscheidung erforderliche hohe Maß nicht erreicht wird. Eine psychische Erkrankung als solche schließt die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung jedoch nicht aus. Ohne eine einzelfallbezogene substantiierte Begründung für eine normativ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist auch die Entscheidungsfreiheit psychisch erkrankter Personen zu respektieren.
- 28) Der Stellenwert von Voraussetzungen, 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 vorausverfügbares 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 vorausverfügbaren Suizidwunsch prinzipiell zu akzeptieren. Allerdings müsse die betroffene Person dafür im Zustand nicht hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit erneut beständig und dauerhaft Suizidassistenz verlangen, was aufgrund der oft sehr unsteten „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 Suizidentcheidung 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 Suizidassistenten 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 Suizidassistenz 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 Suizidassistenz 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 Assistenz bereite Person. Sollte eine Suizidassistenz innerhalb der eigenen Einrichtung ermöglicht werden, dann muss ein besonderes Augenmerk auch den Mitarbeitenden gelten.
- 49) Weil niemand dazu verpflichtet ist, Suizidassistenz zu leisten, kann sie jeder Bewohnerin bzw. jedem Bewohner mit dem Hinweis auf das Selbstverständnis der Einrichtung, auf die professionsethische Werteorientierung 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 Suizidassistenz 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 Mesoebene 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 Suizidassistenz 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.

# 1 EINLEITUNG

„Gibt es Auswege, wenn mir mein Leben unerträglich wird?“ – Im Hintergrund der damit verbundenen Ängste und Sorgen steht oftmals die grundsätzliche Frage, wie Menschen sterben wollen. Beide Fragen sind im Wortsinne existenziell – für die Einzelnen wie für die Gesellschaft. Denn mit ihnen ist die Vorstellung verbunden, wie wir leben wollen – und wie nicht. Deshalb spitzt sich die erste Frage nicht selten zu: „Wer hilft mir, wenn ich sterben will?“ Mit der existenziellen Not oder der vorausschauenden Sorge verbinden sich drängende Probleme, die vor dem Horizont sich wandelnder Vorstellungen vom guten Leben und Sterben und einer Pluralisierung der weltanschaulichen Hintergründe immer wieder neu thematisiert werden müssen. Der angemessene Umgang mit den vielschichtigen Phänomenen von Suizid und dem umstrittenen Thema der Suizidassistenz und seiner Regulierung steht gegenwärtig auch deshalb wieder im Zentrum zahl- und umfangreicher (etwa: moralphilosophischer, medizin- und pflegeethischer, psychologischer sowie rechtswissenschaftlicher) Debatten. Diese wurden durch die einschlägige Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 zur Suizidbeihilfe (Az. 2 BvR 2347/15 u. a.) nochmals verstärkt.

Mit dem Urteil wurde nicht nur der 2015 geschaffene Straftatbestand der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Das Gericht leitet aus dem von ihm in Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG verorteten allgemeinen Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab, das die Freiheit einschließe, seinem Leben zu einem selbst gewählten Zeitpunkt ein Ende zu setzen und hierfür die von anderen Menschen angebotene Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Ausübung dieses Rechts entziehe sich einer Bewertung anhand „allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder

Überlegungen objektiver Vernünftigkeit“.<sup>1</sup> Dementsprechend bestehe das Recht auf Beendigung des eigenen Lebens „in jeder Phase menschlicher Existenz“, sei also „nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“.<sup>2</sup> Nicht zuletzt aufgrund seiner auch im internationalen Vergleich sehr weitreichenden Aussagen hat dieses Urteil sowohl in der politischen Öffentlichkeit als auch im fachwissenschaftlichen Diskurs ein kontroverses Echo ausgelöst. In jedem Fall stellt das Urteil Politik und Gesellschaft vor große Herausforderungen im Umgang mit dem assistierten Suizid und dessen Regulierung, zumal schon die moralische Bewertung von Suizidhandlungen immer noch kontrovers diskutiert wird. Auch innerhalb des Deutschen Ethikrates werden dazu, zur Suizidassistenz und zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts, verschiedene Auffassungen vertreten.

Der Deutsche Ethikrat hat sich mit Fragen der Suizidassistenz bereits beschäftigt, insbesondere in seinen beiden Ad-hoc-Empfehlungen vom 18. Dezember 2014<sup>3</sup> und vom 1. Juni 2017<sup>4</sup>. Die oben genannte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts bietet Anlass, die Thematik jetzt wieder aufzugreifen. Dabei geht es in dieser Stellungnahme nicht um die Auseinandersetzung mit Gesetzesvorschlägen. Vielmehr verfolgt sie eine grundsätzlichere Zielsetzung und zwar in dreifacher Hinsicht.

Erstens geht es darum, ein angemessenes Bewusstsein für die Weite und Vielschichtigkeit des Phänomenbereichs der Suizidalität zu schaffen und allzu einseitigen Zuschreibungen – seien sie herabwürdigender, seien sie heroisierender Natur – entgegenzuwirken. Viele Beiträge zur öffentlichen Diskussion fokussieren lediglich auf bestimmte Sachverhalte, insbesondere schwere und nicht mehr heilbare körperliche Erkrankungen

---

1 BVerfGE 153, 182, Rn. 210.

2 Ebd.

3 Deutscher Ethikrat 2014.

4 Deutscher Ethikrat 2017a.

oder Depressionen. Damit gerät aus dem Blick, dass Todes- und Suizidwünsche in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen und zudem in sehr unterschiedlichen Formen auftreten können. Deshalb besteht das erste Anliegen dieser Stellungnahme darin, im Rahmen einer Interpretation von Fallvignetten die zugrundeliegenden Lebenssituationen in ihrer Vielfalt auszuleuchten und eine realitätsnahe sowie hinreichend differenzierte Darstellung der Entstehung und Verwirklichung von Todes- und Suizidwünschen zu geben (Kapitel 2). Dabei sollen die Prozesshaftigkeit der Entscheidung zur Beendigung des eigenen Lebens und der ambivalente, vielschichtige und heterogene Charakter von Todes- und Suizidwünschen in den unterschiedlichen Lebenslagen verdeutlicht sowie die inneren und äußeren Faktoren benannt werden, die den – sich oftmals über lange Zeiträume hinweg erstreckenden – Entscheidungsprozess beeinflussen.

Zweitens soll der normative Gehalt der sogenannten Freiverantwortlichkeit, die für eine legitime Suizidassistenz erforderlich ist, präzise bestimmt werden. Freiverantwortlichkeit als normative Kategorie kann nicht allein mit empirischen Methoden bestimmt werden. Diese Stellungnahme widmet sich folgerichtig der näheren Bestimmung juristisch und ethisch gleichermaßen bedeutsamer Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung (Kapitel 3). Nahezu alle am öffentlichen Diskurs Beteiligten sind sich darüber einig, dass die Ausübung eines Rechts auf Beendigung des eigenen Lebens eine freiverantwortliche Entscheidung voraussetzt und dementsprechend auch nur zu einem freiverantwortlichen Suizid Hilfe geleistet werden darf. Bei näherer Betrachtung ist jedoch nicht hinreichend geklärt, welche inneren und äußeren Voraussetzungen vorliegen müssen, damit tatsächlich von einer freiverantwortlichen Entscheidung gesprochen werden kann. Wenn das allgemeine Bekenntnis zur Freiverantwortlichkeit mehr als ein Formelkompromiss sein soll, müssen die Voraussetzungen für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung konkretisiert, das heißt so präzise wie möglich beschrieben werden.

Drittens zielt die vorliegende Stellungnahme darauf ab, die je unterschiedlich gelagerte Verantwortung verschiedener Akteurinnen und Akteure im Kontext von Suizidentscheidungen und Suizidprävention genauer herauszuarbeiten (Kapitel 4). Der Respekt vor freiverantwortlich getroffenen Suizidentscheidungen darf nicht als Berechtigung oder gar Verpflichtung zur indifferenten Hinnahme von (freiverantwortlichen) Suiziden missverstanden werden. Staat und Gesellschaft haben zwar nicht das Recht, die Menschen gegen ihren Willen an der Verwirklichung freiverantwortlich getroffener Suizidentscheidungen zu hindern. Wohl aber muss suizidfördernden Konstellationen wie zum Beispiel existenziellen Notlagen so weit wie möglich entgegengewirkt werden. Hier liegt die bleibende Bedeutung der Suizidprävention auch in Bezug auf freiverantwortlich getroffene Entscheidungen. Angesichts der fortschreitenden Vereinsamung insbesondere vieler älterer Menschen und noch immer bestehender und teilweise sogar wachsender Defizite sowohl hinsichtlich niederschwellig erreichbarer psychotherapeutischer Angebote als auch bei der palliativmedizinischen/-pflegerischen und hospizlichen Versorgung Schwerstkranker eröffnet sich ein weites Feld für systemische Verbesserungen, die allesamt auch eine suizidpräventive Funktion haben.

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. Mit Blick auf die Dynamik der Entwicklung hin zu suizidalem Handeln ist es wichtig, zwischen der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen einerseits und Suizidassistenz andererseits zu unterscheiden. Die Erstgenannte ist für alle verpflichtend; die Zweitgenannte ist ein Akt freiwilliger Unterstützung, zu der sich einzelne motiviert oder sogar verpflichtet fühlen mögen, zu der aber niemand von Rechts wegen verpflichtet werden kann.<sup>5</sup>

Um der Komplexität von Entwicklungen gerecht zu werden, die in ein suizidales Handeln münden, reicht es nicht aus, sich allein auf die Persönlichkeit suizidaler Personen zu konzentrieren. Auch die Bedeutung der Einstellung und des Handelns anderer Akteurinnen und Akteure muss genau analysiert werden. Das verdeutlichen die Fallvignetten (Kapitel 2). Dabei sind unter anderem folgende Fragen zu beantworten: Inwieweit tragen die biografischen Erlebnisse, inwieweit die aktuell gegebenen Lebensumstände einer Person dazu bei, dass sie sich mehr und mehr mit dem Gedanken trägt, ihrem Leben ein Ende zu setzen? Welche Bedeutung kommt hier dem sozialen Nahbereich, aber auch den Institutionen (z. B. Bildungseinrichtungen), den in diesen tätigen professionellen Akteurinnen und Akteuren sowie unserer Kultur und Gesellschaft insgesamt zu (hier denke man nur an mögliche Einflüsse der medialen Berichterstattung)? Im Kontext einer solchen „Mehr-Ebenen-Perspektive“ soll thematisiert werden, inwieweit durch Einstellung und Handeln anderer Menschen sowie durch die Sensibilität von Institutionen Freiheit und Verantwortlichkeit im Hinblick auf die Entscheidung zur Lebensbeendigung gefördert, zugleich aber Wege aufgezeigt und beschritten werden können, die Personen ermutigen, ihr Leben fortzusetzen.

---

5 Diese Unterscheidung droht durch die gelegentlich verwendete Rede von einer „Suizidbegleitung“ verwischt zu werden. Deshalb verwendet sie die vorliegende Stellungnahme nicht.

Das aus dem Jahr 1871 stammende deutsche Strafgesetzbuch enthielt bereits bei seiner Einführung den Straftatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), sah aber keinen Straftatbestand der Beihilfe zu Selbsttötung vor.<sup>6</sup> Anders als in vielen anderen europäischen Staaten<sup>7</sup> war und ist die zu einer Selbsttötung<sup>8</sup> geleistete Hilfe in Deutschland deshalb im Grundsatz<sup>9</sup> nicht strafbar. Voraussetzung für die Straffreiheit ist allerdings, dass die Entscheidung der sich suizidierenden Person für die Beendigung ihres Lebens freiverantwortlich getroffen wurde (vgl. Kapitel 3). War die Suizidentscheidung nicht freiverantwortlich, so wird die (vermeintliche) Hilfe zur Selbsttötung strafrechtlich als mittelbare Täterschaft (vgl. § 25 Abs. 1 2. Alt. StGB) bewertet und als Fremdtötung bestraft.<sup>10</sup>

Im Jahre 2015 wurde die geschäftsmäßige<sup>11</sup> Förderung der Selbsttötung im Grundsatz<sup>12</sup> unter Strafe gestellt (§ 217 StGB). Diesen Straftatbestand hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Urteil vom 26. Februar 2020 (Az. 2 BvR 2347/15 u. a.) für verfassungswidrig und nichtig erklärt. Die Auseinandersetzung mit diesem Urteil und die Diskussion seiner Konsequenzen für das geltende Recht auch auf anderen Rechtsgebieten oder für den Straftatbestand der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB)<sup>13</sup> sind nicht Gegenstand dieser Stellungnahme. Sie verfolgt vielmehr die in der Einleitung dargelegte dreifache Zielsetzung.

- 6 Zur strafrechtlichen Bewertung und Sanktionierung des (versuchten) Suizids in der Rechtsgeschichte vgl. Dreier 2007; zur Geschichte des § 216 StGB vgl. Kunze 2022.
- 7 Zur unterschiedlichen strafrechtlichen Bewertung der Suizidassistenten in Europa siehe die Übersicht der Deutschen Stiftung Patientenschutz (Stand: 21. April 2021) unter [https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/stellungnahmen/Sterbehilfe\\_in\\_Europa\\_Strafbarkeit\\_04\\_21.pdf](https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/docs/stellungnahmen/Sterbehilfe_in_Europa_Strafbarkeit_04_21.pdf) [13.07.2022].
- 8 Für die Abgrenzung zwischen Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung kommt es grundsätzlich darauf an, ob ein anderer oder der Getötete selbst die todbringende Handlung vorgenommen hat. Allerdings soll die Abgrenzung nach einem Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 28. Juni 2022 (Az. 6 StR 68/21, <https://juris.bundesgerichtshof.de>, Rn. 14–20) anhand einer „normativen Betrachtung“ des „Gesamtplans“ der Beteiligten erfolgen. Eine straflose Beihilfe zur Selbsttötung könne danach auch anzunehmen sein, wenn die todbringende Handlung zwar von einem anderen vorgenommen wurde, der Getötete selbst aber nach der Vornahme dieser Handlung noch die Möglichkeit hatte und haben sollte, den Tod durch Gegenmaßnahmen abzuwenden.
- 9 Die Art und Weise der Hilfeleistung kann allerdings spezielle Straftatbestände, insbesondere solche des Betäubungsmittelstrafrechts erfüllen. Außerdem ist zu beachten, dass vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts Ärzten in 10 von 17 Landesärztekammern die Hilfe zur Suizidassistenten berufsrechtlich untersagt war und dementsprechend mit berufsrechtlichen Sanktionen geahndet werden konnte (vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 291–296).
- 10 Vgl. etwa BGH, NJW 2019, 3092, Rn. 20–21 m. w. N.
- 11 „Geschäftsmäßig“ meint in diesem Zusammenhang „auf Wiederholung angelegt“ (vgl. BT-Drs. 18/5373, S. 2, 18).
- 12 Angehörige und nahestehende Personen waren nicht strafbar (vgl. § 217 Abs. 2 StGB a. F.).
- 13 Zur Frage der Auswirkungen auf den Straftatbestand der Tötung auf Verlangen siehe den Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 28. Juni 2022

## 2 DYNAMIK VON SUIZIDGEDANKEN

„Suizidalität“ steht für ein breites Spektrum an personalen (das Individuum selbst betreffenden), sozialen (die Nahwelt betreffenden) und gesellschaftlichen (Institutionen, Professionen<sup>14</sup> und kulturelle Diskurse betreffenden) Phänomenen.<sup>15</sup> Auch wenn bei der Beschreibung und Analyse von (versuchten oder abgeschlossenen) Suiziden zunächst das Individuum im Zentrum steht, so dürfen soziale und gesellschaftliche Prozesse nicht ausgeblendet werden. Das Individuum lebt in einer sozialen Nahwelt. Insofern sind auch An- und Zugehörige von versuchten oder abgeschlossenen Suiziden unweigerlich berührt. Bezugspersonen oder -gruppen können durch ihr Verhalten den Suizidwunsch verstärkt oder abgeschwächt bzw. der intendierten oder ausgeführten Suizidhandlung entgegen gewirkt haben. Das Individuum lebt außerdem in einer gesellschaftlichen Umwelt. Mit Blick auf diese Umwelt gewinnt die Frage an Bedeutung, inwieweit Erlebnisse und Erfahrungen in bzw. mit gesellschaftlichen Institutionen oder kulturelle – zum Beispiel mediale – Diskurse sowie strukturelle Rahmenbedingungen (vor allem Dichte und Qualität von Beratungsnetzwerken) Suizidgedanken verstärken (bzw. überhaupt erst hervor rufen) oder abschwächen (bzw. beseitigen).

Im Folgenden soll deswegen dafür sensibilisiert werden, dass Suizidgedanken in aller Regel ein längerer Prozess innerer und äußerer Einengungen und Belastungen vorausgeht

---

(Az. 6 StR 68/21, <https://juris.bundesgerichtshof.de>, Rn. 23 m. w. N.). Das Gericht „hält es für naheliegend, dass § 216 Abs. 1 StGB 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“.

- 14 Im Rahmen der Stellungnahme sind insbesondere die Professionen bedeutsam, die beruflich im Pflege- und Gesundheitswesen arbeiten, die in der Seelsorge und Beratung wirken und zur Suizidprävention beitragen.
- 15 Vgl. Pescosolido/Lee/Kafadar 2020; Turecki et al. 2019.

und dass auch diese Gedanken selbst nicht unmittelbar zur Suizidhandlung führen (müssen), sondern ihrerseits eine Dynamik aufweisen.<sup>16</sup> Empirisch fundiert lässt sich dabei zwischen vier unterschiedlichen Einstellungen dem Lebensende gegenüber differenzieren: der *Lebensattheit* (es bildet sich die Überzeugung aus, dass das Leben an ein natürliches Ende gelangt ist, dass sich keine Perspektiven und Anregungen mehr bieten), der *Lebensmüdigkeit* (es besteht eine anhaltende körperliche und psychische Erschöpfung), der *distanzierten Suizidalität* (es finden sich Gedanken an einen Suizid, die aber noch nichts Bedrängendes haben) und der akuten Suizidalität (die Gedanken, sich zu suizidieren, sind vielfach intensiv, sie drängen immer stärker auf Umsetzung, die Person kann sich immer weniger von ihnen distanzieren).<sup>17</sup> Diese Einstellungen können dabei durchaus als *Sequenz* auftreten. Eine wichtige Aufgabe der nachfolgenden Ausführungen ist es, die dynamischen Prozesse noch besser zu verstehen. Zugleich werden Möglichkeiten der sozialen Nahwelt und gesellschaftlichen Umwelt ausgelotet, durch veränderte Person-Umwelt-Beziehungen, durch quantitativ und qualitativ verändertes Engagement von Institutionen und den dort eingebundenen Professionen sowie durch veränderte kulturelle Diskurse in die Entwicklung von Suizidgedanken bzw. in deren Umsetzung einzugreifen.<sup>18</sup>

Die Fallvignetten sollen dazu dienen, die hier getroffenen Aussagen zu veranschaulichen. Sie beschreiben reale Fälle, die Studien- und Beratungskontexten entnommen wurden, in denen (auch) der (assistierte) Suizid im Zentrum stand. Veränderungen wurden nur zum Zwecke der Anonymisierung vorgenommen.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Fallvignetten veranschaulichen die Komplexität der Motive für einen Suizid wie

---

16 Vgl. Ordóñez-Carrasco/Sayans-Jiménez/Rojas-Tejada 2021.

17 Vgl. Kipke 2021; Kremeike et al. 2019; Lindner/Voltz 2020.

18 Vgl. Mueller et al. 2021.

auch die zahlreichen innerseelischen und äußeren Faktoren, die die Entwicklung von Todes- und Suizidgedanken beeinflussen. Sie sollen auch verdeutlichen, dass Strategien zur Vermeidung eines Suizids nicht erst in späten Phasen dieses Entwicklungsprozesses ansetzen sollten, sondern möglichst schon in den frühen Phasen. Aus diesem Grunde ist es wichtig, mögliche Einflüsse auf die Entstehung und Entwicklung von Suizidgedanken (bzw. -impulsen) zu kennen und in jedem einzelnen Falle zu fragen, was getan werden kann, um zum einen die Freiverantwortlichkeit von Entscheidungen sicherzustellen und zum anderen die Entstehung und Intensivierung von Suizidgedanken (bzw. -impulsen) möglichst zu verhindern.

## 2.1 Das breite Spektrum von Kontexten, in denen Suizidgedanken auftreten

Todes- bzw. Sterbewünsche und Suizidgedanken sind zu unterscheiden.<sup>19</sup> In *Todeswünschen* kommt das Verlangen zum Ausdruck, der „Schwere“ des eigenen Lebens „enthoben“, frei von den Belastungen und Konflikten zu sein, die das Erleben stark beeinflussen oder sogar bestimmen. Dies heißt aber nicht, dass die Person notwendigerweise über einen Suizid intensiver nachdenkt oder diesen überhaupt nur in Betracht zieht. In Todeswünschen drückt sich häufig die erlebte Unmöglichkeit aus, unter dem Eindruck erlebter Belastungen und Konflikte Lebensbindungen in ausreichender Intensität und Vielfalt wahrzunehmen bzw. umzusetzen. Sie sind nicht selten von *aktuellen* Stimmungen beeinflusst und können sich in einer veränderten Stimmungslage wieder zurückbilden (hier wird auch von der Volatilität der Todeswünsche gesprochen).<sup>20</sup> Dennoch ist immer zu bedenken, dass Todeswünsche den Beginn einer

---

19 Vgl. Beach/Brown/Cukrowicz 2021; Wijngaarden et al. 2021.

20 Vgl. Kiosses et al. 2017; Lindner/Foerster/Renteln-Kruse 2014; Sperling 2019.

Dynamik darstellen können, in deren Verlauf sich nach und nach Suizidgedanken ausbilden.

*Suizidgedanken* sind in einem breiten Spektrum von Kontexten erkennbar. So selbstverständlich diese Aussage klingen mag: sie muss getroffen werden, weil die Suizidthematik in der heutigen Zeit mehr und mehr auf den (ärztlich) assistierten Suizid und zudem auf das Gegebensein einer schweren Erkrankung verengt wird. Suizidgedanken 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. Dies heißt nun nicht, dass keinerlei Lebenswunsch mehr erkennbar wäre. Die Person kann durchaus den Wunsch äußern, „eigentlich“ weiter leben zu wollen, aber sie kann sich nicht vorstellen, unter diesen konkreten Bedingungen weiterzuleben.

Diese Differenzierung ist wichtig: Der Suizidwunsch muss nicht notwendigerweise auf den erloschenen Wunsch zu leben, hindeuten. Bedeutsam für das Verständnis ist die subjektive Überzeugung, keine Gestaltungs- und Veränderungsmöglichkeiten mehr zu haben; die „Kontrolle“ über das Leben bzw. über die weitere Entwicklung erscheint der Person als völlig entglitten bzw. entzogen. Die Realisierung der Lebensbeendigung wird von der betroffenen Person als letzter Freiheitsakt empfunden. Schon hier sei angedeutet, wie wichtig es ist, gemeinsam mit dem suizidbereiten Menschen zu erörtern, inwieweit sich diese konkreten Lebensbedingungen durch Hilfe von An- und Zugehörigen wie auch durch Unterstützung von Professionellen und Institutionen so weit verändern lassen, dass sich neue Zukunftsperspektiven einstellen können.

Das generelle Motiv – unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr weiterleben zu wollen – lässt sich in *situationsspezifische* Motive aufgliedern. Der Analyse dieser situationsspezifischen Motive ist dabei besondere Beachtung zu schenken:

verweisen diese doch nicht allein auf erlebte Grenzen eigenen Handelns, sondern geben möglicherweise auch Hinweise darauf, wie durch tiefgreifende Veränderungen der Situation subjektiv unerträgliche Einengungen – auch der Gestaltungsfähigkeit – zumindest in Teilen aufgehoben werden können. Die situationspezifischen Motive sind im Kern so verschiedenartig, wie es Menschen auch sind. Diese interindividuelle Variabilität von Motiven ist ernst zu nehmen, wenn es darum geht, zu einem tieferen Verständnis der *inneren* und *äußeren* Situation einer Person zu gelangen, die Suizidgedanken zeigt bzw. die sich mehr und mehr einem konkreten Suizidversuch nähert. Und doch seien hier einige eher allgemeinere Motiv-Differenzierungen vorgenommen, die ihrerseits mit Fallvignetten unterlegt werden.

Im Kindes- und Jugendalter bilden möglicherweise als *Demütigung* erlebte Verhaltensweisen der Peergroup und die dadurch verursachten, tiefgreifenden *Selbstwertkrisen* ein bedeutendes Motiv für die immer stärker werdende Überzeugung, das Leben in dieser Art und Weise nicht mehr ertragen und fortsetzen zu wollen.<sup>21</sup> Hier kommt auch dem Phänomen des *Mobbings* (dabei auch des *Cybermobbings*) große Bedeutung zu. Speziell bei jenen Kindern und Jugendlichen, deren Familien den äußeren und inneren Druck nicht spüren und aus diesem Grunde keinerlei emotionale Unterstützung anbieten, besteht die Gefahr, dass gerade unter diesem Druck Suizidgedanken entstehen und mehr und mehr auf Umsetzung „drängen“.<sup>22</sup> Die schließlich ausgeführte Suizidhandlung mag nach außen als eine Kurzschlusshandlung erscheinen; bei der Rekonstruktion potenzieller Motive lässt sich jedoch in der Regel eine lange andauernde Dynamik erkennen, die den Suizidgedanken wie auch der Suizidhandlung vorausgegangen ist.

---

21 Vgl. Baiden/Tadeo 2020; Stewart et al. 2019.

22 Vgl. Hunt et al. 2022.

## Fallvignette 1

Eine Jugendliche ist 16 Jahre alt und stammt aus einem Elternhaus, dessen Einkommen im höheren Bereich liegt. Beide Elternteile sind berufstätig und in ihren Berufen erfolgreich. Die Jugendliche hat zwei ältere Geschwister, die nicht mehr im Elternhaus leben und vergleichsweise selten zu Besuch kommen. Die Jugendliche zieht sich – außerhalb der Schule (11. Klasse am Gymnasium) – mehr und mehr von physischen Kontakten zurück und bewegt sich fast ausschließlich in einer digitalen Welt. Seit mehr als einem Jahr sieht sie sich in dieser digitalen Welt Angriffen vor allem ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler ausgesetzt. Diese Angriffe konzentrieren sich vor allem auf die Übergewichtigkeit der Jugendlichen sowie auf die Akne, die sie schon seit drei Jahren quält. Sie wird in den Angriffen als höchst unattraktiv beschrieben, sie wird aufgrund ihrer (als „sehr bürgerlich“ und „spießig“ bezeichneten) Kleidung verspottet, ihr wird immer wieder bedeutet, dass sie „nicht dazugehört“. Diese Angriffe gehen zunehmend auch von Personen aus, die die Jugendliche nicht kennt. Sie befürchtet, mit solchen Angriffen konfrontiert zu sein, sobald sie sich im Internet in den sozialen Netzwerken anmeldet. Die Jugendliche hat nur einen losen Kontakt zu ihren Eltern, denen sie nicht von den Angriffen erzählt. Sie leidet an Schlafstörungen, diffusen Ängsten und Depressionen, über die sie auch nicht spricht und die sich manchmal nachts zu Panikattacken ausweiten. Schlechte Zensuren in der Schule verstärken das negative, von vielen Zweifeln bestimmte Selbstbild. Die Jugendliche artikuliert häufiger den Wunsch, „nicht mehr auf der Welt zu sein“. Dieser Wunsch verdichtet sich immer mehr zu konkreten Todeswünschen. Auch von diesen Wünschen berichtet sie niemandem. Diese Wünsche werfen sie immer weiter zurück – das Gespräch mit anderen Menschen vermeidet sie, soweit dies möglich ist. Selbst mit den Eltern führt sie Gespräche nur noch „sehr oberflächlich“ – wie sie dies nennt. Körperlich und seelisch fühlt sie sich immer mehr erschöpft. Es gibt Tage, an denen sie nicht aus dem Bett findet. Die Todeswünsche entwickeln sich allmählich zu Suizidabsichten. In der Einsamkeit werden aus Absichten als drängend empfundene Impulse: sie spürt, dass sie sich dieser Impulse nicht mehr erwehren kann. Der Versuch, von einer Brücke zu springen, wird durch das Eingreifen eines Fußgängers vereitelt. Ohne dieses Eingreifen hätte sie ihren Suizidwunsch umgesetzt.

Im jungen und mittleren Erwachsenenalter treten vor allem *Kumulationen familiärer, beruflicher und ökonomischer Krisensituationen* als bedeutendes Motiv für Suizidgedanken und -handlungen in das Zentrum. Ein einzelnes Situationsmerkmal, beispielsweise eine familiäre oder eine berufliche Krise, führt eher selten zu einer Suizidhandlung; vielmehr ist es die Häufung als einengend und unkontrollierbar wahrgenommener Krisen, mit der eine erhöhte Suizidalität verknüpft ist. Erwerbslosigkeit, verbunden mit einem Zusammenbruch der materiellen Grundlagen, bildet eine bedeutende Risikolage; im



Fälle bestehender familiärer Konflikte ist diese Risikolage noch einmal verschärft.<sup>23</sup>

#### Fallvignette 2

Ein 42-jähriger Mann, der (wie eine nachträgliche Befragung der Angehörigen ergab) in einer „ambivalenten Ehe“ lebt, die „permanent zwischen Liebesbeweisen und Kränkungen wechselt“, verliert aufgrund eines vom Unternehmen vorgenommenen Stellenabbaus sehr plötzlich und unerwartet seinen Arbeitsplatz. Er erhält eine „recht großzügige“ Abfindung, muss aber zugleich der Vertragsauflösung zustimmen. Das Ehepaar hat zwei Kinder, 14 und 16 Jahre alt, denen sich der Mann emotional sehr verbunden fühlt und um die er sich in der Freizeit intensiv kümmert. Aufgrund eines Schamgefühls informiert der Mann seine Familie nicht über den Verlust seines Arbeitsplatzes. Dieser Verlust wiegt umso schwerer, als noch ein großes Darlehen abzuzahlen ist. Die Ehefrau ist nicht berufstätig, sodass die Familie in absehbarer Zeit in eine ernste finanzielle Krise geraten wird. Der Mann verbringt viele Tage damit, mit dem Auto unterschiedlichste Orte aufzusuchen, nur um tagsüber nicht zu Hause gesehen zu werden. Er meldet sich auch nicht arbeitslos, weil er befürchtet, dass eine entsprechende Information an seine Familie gelangen könne. Die Situation eskaliert, als sich seine Frau vor den Kindern spöttisch und abwertend (wie sie selbst zugibt) über sein Äußeres auslässt und überhaupt seine Leistungsfähigkeit tiefgreifend in Frage stellt. Über einen Zeitraum von zwei Wochen kommt es immer wieder zu intensiven Auseinandersetzungen zwischen der Ehefrau und dem Ehemann. Der Mann, bei dem eine depressiv-ängstliche, zugleich sensible Grundhaltung vorherrscht, zieht sich nach diesen intensiven Auseinandersetzungen innerlich noch weiter zurück und erscheint seinen Angehörigen als „unerreichbar“. Nach einer impulsiven Auseinandersetzung mit seiner Frau, die von dem Verlust des Arbeitsplatzes erfahren hat und ihm völliges Versagen vorwirft, stürzt der Mann in das Arbeitszimmer, nimmt eine Waffe in die Hand, zeigt diese der Familie, stürzt sich aus dem Haus auf eine belebte Straße und erschießt sich.

Im höheren und hohen Alter erweisen sich vor allem *Isolation und erlebte Einsamkeit* als bedeutende Motive von Suizidgedanken und -handlungen; nicht selten sind diese speziell nach dem Verlust der Partnerin oder des Partners stärker ausgeprägt.<sup>24</sup> Ängste vor einer *zunehmenden Demenzsymptomatik und Pflegebedürftigkeit* bilden ein weiteres mögliches Motiv.<sup>25</sup>

23 Vgl. Basta et al. 2018; Mattei/Pistoresi 2019; McIntyre/Lee 2020.

24 Vgl. Pitman et al. 2020.

25 Vgl. Günak et al. 2021; Kruse 2019; 2021, 248 ff.

Ein 88-jähriger Mann, seit vier Jahren verwitwet, drei Kinder, die 400 bis 750 Kilometer von ihm entfernt leben, zieht bereits wenige Wochen nach dem Tod seiner Frau in die stationäre Pflegeeinrichtung seines Wohnortes, da es ihm unmöglich ist, den Haushalt alleine zu führen. Der Mann war bis zur Vollendung seines 65. Lebensjahres als Meister in einem mittelständischen Unternehmen beschäftigt. Er bezieht eine Rente, die es ihm ermöglicht, die Pflegeheimkosten alleine zu tragen und monatlich ca. 250 Euro für den weiteren Bedarf zu veranschlagen. Nach dem von ihm selbst initiierten Umzug in die Pflegeeinrichtung wird er „mit jedem Tag trauriger“, wie es die Leitende Pflegefachperson des Heimes umschreibt. Inhaltlich beziehe sich seine Trauer ausschließlich auf die Tatsache, dass er seine Frau verloren hat, sie gelten hingegen nicht der Aufgabe der gemeinsamen Wohnung: in dieser habe er schon allein deswegen nicht mehr bleiben wollen, da sie ihn zu sehr an seine Frau erinnere hätte; der Umzug in die Pflegeeinrichtung habe für ihn eher eine Erleichterung denn eine Belastung bedeutet, so die Leitende Pflegefachperson. Der 88-jährige Mann schließt bei den gemeinsam mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern im Speisesaal eingenommenen Mahlzeiten einen eher losen Kontakt, der ihn aber zufriedenstellt, da er lieber zurückgezogen lebt und sich – wie es die Leitende Pflegefachperson ausdrückt – „lieber mit der Vergangenheit und weniger mit der Gegenwart, schon gar nicht mit der Zukunft beschäftigt“. In den beiden ersten Jahren des Wohnens im Heim ist der Mann in keiner Weise auffällig und wird ob seines höflichen und freundlichen Wesens von den Bewohnerinnen und Bewohnern ebenso wie von den Mitarbeitenden geschätzt. Auffallend ist nur, dass der Mann „auch nicht mit einer Silbe“ über seine Vergangenheit spricht und „traurig, wenn auch nicht wirklich depressiv“ wirkt. Er beginnt, auch in der Öffentlichkeit des Heimes zu weinen, was er mit der Trauer über den Tod einer Frau begründet. Nach zwei Jahren des Wohnens im Heim spricht er mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegeteams das erste Mal über Todeswünsche, zunächst diskret und vereinzelt, in den folgenden zwölf bis fünfzehn Monaten hingegen deutlich offener und häufiger. Diese Todeswünsche begründet er damit, dass es sich für ihn nach dem Tod seiner Frau wie auch aufgrund der seltenen Besuche und Telefonate seiner Kinder „nicht mehr lohne, weiterzuleben“. Zudem falle es ihm zunehmend schwer, die gesundheitlichen Einbußen und chronischen Schmerzen (vor allem bedingt durch eine multifokale Arthrose) zu verarbeiten. In den letzten neun Lebensmonaten erhebt er sich „freiwillig“ nicht mehr aus dem Bett; auch die „freundlichen Hinweise und Ermahnungen“ der Hausärztin sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegeteams können ihn nicht davon überzeugen, aufzustehen. Mit der permanenten Bettlägerigkeit schreitet auch die Gebrechlichkeit immer weiter fort; und mit fortschreitender Gebrechlichkeit „trübt sich auch die Stimmung immer weiter“. Schließlich geht das Pflegeteam von einer depressiven Störung mit „Behandlungsnotwendigkeit“ aus. Die Hausärztin zieht eine Psychiaterin hinzu, damit diese die psychische Situation des Bewohners bewerte. Die beiden Ärztinnen verständigen sich auf eine – allerdings leichte – medikamentöse Behandlung zur Linderung der depressiven Symptome und geben dem Pflegeteam Hinweise für kognitive, emotionale und sozialkommunikative Anregungen, auf die der Bewohner „dringend angewiesen“ sei. Die medikamentöse Behandlung lehnt der Mann ab, für einzelne Anregungen ist er in den ersten zwei Wochen dankbar, weist diese dann aber höflich zurück. In den letzten fünf Monaten äußert er die Absicht, die Nahrungsaufnahme allmählich zu reduzieren und schließlich ganz einzustellen. Damit löst er auch Konflikte im

Pflegeteam aus, da einige Teammitglieder darauf drängen, den Wunsch des Bewohners „unbedingt“ zu respektieren, andere hingegen betonen, dass man den Bewohner „nicht aufgeben“ dürfe. Der Bewohner beginnt damit, immer weniger Nahrung zu sich zu nehmen; die Flüssigkeitszufuhr setzt er fort. In den letzten Wochen seines Lebens ist er kaum noch ansprechbar. Man versucht, ihm nur noch Suppe zu reichen, orientiert sich dabei aber ganz an seinem Verhalten – gedeutet als Ausdruck seines Willens. Vier Tage vor seinem Tod gibt er mit seinem Verhalten zu erkennen, dass er keinerlei Nahrung mehr zu sich nehmen will; eine verbale Kommunikation ist nicht mehr möglich. Der Bewohner stirbt nachts, gegen 1.30 Uhr, in der Anwesenheit einer Mitarbeiterin des Pflegeteams. Das Pflegeteam erklärt sich den Tod und den Todeswunsch angesichts des tiefen psychischen und emotionalen Leidens. Es sei „sehr schwergefallen“, einen „solch feinen Menschen gehen zu lassen“. Den Angehörigen wird der Vorwurf gemacht, den Vater im Stich gelassen zu haben. Der „selbstgewählte Tod“ sei im Kern auch ein „fremdverschuldeter“.

Diese allgemeinen Differenzierungen der verschiedenen Motive für Suizidgedanken und -handlungen dürfen nicht losgelöst von der je individuellen Ressourcen-Risiko-Konstellation einer Person betrachtet werden.<sup>26</sup> Diese Konstellation kann selbst bei Menschen in einer vergleichbaren Krisen- und Konfliktsituation zu ganz unterschiedlichen Möglichkeiten der Krisen- und Konfliktbewältigung führen.<sup>27</sup> Es macht, um an den genannten Beispielen anzusetzen, einen Unterschied, ob Jugendliche im Falle erfahrener Demütigungen eine feinfühligere Ansprache und Unterstützung im Elternhaus erleben oder nicht. Es macht ebenso einen Unterschied, ob nach dem Verlust des Arbeitsplatzes und der materiellen Grundlagen Personen und Institutionen bereitstehen, die emotional und ganz praktisch unterstützen, vor allem dadurch, dass sie mögliche Handlungsoptionen aufzeigen. Es macht zudem einen Unterschied, ob ein lebensälterer Mensch nach dem Verlust ihm Nahestehender in der Nachbarschaft, im Verein, in der Kirche oder in einem Bürgerzentrum Teilhabeangebote findet.

---

<sup>26</sup> Vgl. Briggs et al. 2022.

<sup>27</sup> Ob der in Fallvignette 3 angesprochene freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit als suizidale Handlung einzuordnen ist oder nicht, wird in dieser Stellungnahme nicht diskutiert. Siehe hierzu etwa die Beiträge in Coors/Simon/Alt-Epping 2019.

Bei den Ressourcen-Risiko-Konstellationen sind weiterhin die individuell besonderen Vulnerabilitäten (die in deutlich geschwächter Gesundheit, in psychischen Störungen und in fehlenden Verarbeitungs- und Bewältigungstechniken liegen können) wie auch die individuellen Stärken (die in körperlicher und psychischer Resilienz liegen können) zu berücksichtigen. Darauf wirkt sich auch der sozioökonomische Status der Person aus. Mit anderen Worten: Selbst aus dramatisch anmutenden einzelnen Ereignissen resultierende Suizidrisiken werden in hohem Maße durch in institutionelle Kontexte wie auch in kulturelle Diskurse eingebettete Person-Umwelt-Interaktionen mit konstituiert

Es sind gerade diese Interaktionen und Kontexte, die ein hohes Präventionspotenzial aufweisen und verwirklichen können, wenn eine ausreichende Sensibilität für den äußeren und inneren Druck besteht, dem eine Person ausgesetzt ist.

## **2.2 Psychische Störungen, die das Auftreten von Suizidgedanken und -impulsen begünstigen**

Es wurde betont, dass auch im Falle von Suizidgedanken und -handlungen nicht selten der Wunsch zu leben, erkennbar ist, dass aber unter den gegebenen Bedingungen das Leben nicht mehr ertragen werden kann. Einer solchen „inneren Konstellation“ ist jene entgegenzusetzen, in der überhaupt kein Lebenswunsch mehr empfunden wird. Dies ist bei *schweren (majoren) Depressionen* vielfach der Fall.<sup>28</sup> Menschen, bei denen tiefgreifende depressive Störungen mit intensiver Symptomatik vorliegen, haben keinen Lebenswunsch mehr. Die innere Situation ist von Leere, Antriebsverlust und Angst bestimmt, zudem ist die Person davon überzeugt, aus einer derartigen Situation nicht mehr herauszufinden. Es lassen sich zahlreiche Befunde

---

<sup>28</sup> Vgl. Dong et al. 2019.

anführen, die auf die große Bedeutung depressiver Störungen im Vorfeld von ersten Suizidgedanken, vor allem aber im Vorfeld von Suizidhandlungen hinweisen.<sup>29</sup> Dabei gilt die Dauer der depressiven Episode als wichtiger Vorhersagefaktor für den Ausprägungsgrad der Suizidalität.<sup>30</sup> Einen weiteren Vorhersagefaktor bilden Angstzustände als Teilkomponente der Depression.<sup>31</sup> Aufgrund der hervorgehobenen Stellung der Depression unter den Risikofaktoren von Suizidalität ist die frühzeitige Diagnostik und Intervention als eine bedeutende suizidpräventive Strategie einzuordnen.

#### Fallvignette 4

Eine 66-jährige Frau leidet seit Jahrzehnten an depressiven Störungen, derenwegen sie in ihrer Biografie schon dreimal in einer kürzeren psychotherapeutischen Behandlung gestanden hat. Die Frau ist unverheiratet geblieben, sie hat nach der mittleren Reife eine Ausbildung zur Sekretärin absolviert und war seitdem in drei international sichtbaren Unternehmen tätig. Ihre beruflichen Leistungen werden in den Arbeitszeugnissen jeweils sehr gelobt. Nach Berufsaustritt nehmen die Störungen weiter zu und zeigen zudem einen chronischen Verlauf. Die Frau stellt sich – auf Anraten des Hausarztes – einer niedergelassenen Psychiaterin vor, die eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung empfiehlt. Die Frau greift diese Empfehlung auf und begibt sich in eine entsprechende stationäre Behandlung, die ca. vier Wochen dauert, in denen die Patientin psychotherapeutisch intensiv begleitet und zudem medikamentös eingestellt wird. Bei Entlassung aus der Klinik wirkt die Patientin soweit stabilisiert, dass eine unterstützende ambulante psychotherapeutische Behandlung als geeignete Methode erscheint. Diese Behandlung solle, so wird empfohlen, nicht länger als drei bis vier Monate andauern. Die Patientin nimmt nur fünf Behandlungsstunden in Anspruch. Sie berichtet, dass sie sich erneut „wie in einem Schacht gefangen“ fühle, „umgeben von glatten Wänden, die es mir nicht ermöglichen, ins Freie zu klettern“. Sie betont, dass sich dieses Empfinden immer weiter verstärkt. Das Angebot der Psychotherapeutin, eine weitere stationäre Behandlung zu vermitteln, lehnt die Frau mit folgenden Worten ab: „Mich holt hier niemand mehr heraus, ich komme nicht ins Freie. Und das geht schon immer so, obwohl ich mich so stark bemühe.“ Sie weist allerdings auch darauf hin, dass sie „nicht suizidgefährdet“ sei und auf alle Fälle die weiteren Behandlungsstunden in Anspruch nehmen wolle. Drei Tage nach der fünften Behandlungsstunde setzt die Frau ihrem Leben durch den Sturz aus einem Fenster der neunten Etage ein Ende. Sie hinterlässt einen recht ausführlichen Brief, in dem sie wichtige Stationen ihres Lebenslaufes

29 Vgl. Orsolini et al. 2020.

30 Vgl. Tang et al. 2021.

31 Vgl. Wiebenga et al. 2021a.

vor allem im Hinblick auf die depressive Entwicklung schildert: schon von Jugend an habe sie immer mit Depressionen zu kämpfen gehabt; diese seien mit dafür verantwortlich gewesen, dass sie sich nicht an einen anderen Menschen binden könne, was für sie eine „weitere Qual“ gewesen sei. Das Leben habe für sie im Kern darin bestanden, die gestellten beruflichen Anforderungen zu erfüllen – dies sei ihr gelungen und dies habe sie auch „stolz“ gemacht. Der Beruf sei ihre Erfüllung gewesen; Halt habe ihr dieser vor allem in den immer wiederkehrenden Phasen der Depression gegeben. Nach Aufgabe des Berufs habe sie diesen Halt verloren und an dessen Stelle keine neue „äußere Hilfe“ setzen können. Sie habe sich immer weiter zurückgezogen, in ihr sei die Überzeugung gewachsen, nicht mehr zu einem positiven Lebensgefühl zurückzufinden. Das Bild, in einem Schacht eingesperrt zu sein, aus dem es „kein Entkommen“ mehr gebe, sei immer stärker geworden – sie könne sich von diesem nicht mehr lösen, müsse sich nun durch „Freitod befreien“. Die für die Behandlung der Frau verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychologinnen und Psychologen beschreiben sie als sehr ernst und verhalten, zugleich als höflich und gesprächsbereit. Sie hätten wahrgenommen, dass die Patientin mit bleibenden depressiven Störungen zu kämpfen habe, seien aber davon überzeugt gewesen, dass es ihr nach und nach gelingen würde, mit diesen Störungen zu leben. Sie hätten erwartet, dass die pharmakologische wie auch die supportive psychotherapeutische Behandlung positive Effekte entfalten würden. Der Suizid der Frau trifft sie völlig unerwartet. Sie heben übereinstimmend hervor, dass sich die Frau nach Austritt aus dem Beruf und mit zunehmender Intensität der depressiven Störungen immer weiter von allen Beziehungen zu anderen Menschen zurückgezogen habe und mehr und mehr vereinsame. Im Kontrast dazu habe das höfliche und freundliche Wesen der Frau gestanden – mit diesem habe sie im Kern die äußere Isolation und innere Vereinsamung überdeckt. In der Gesamtbewertung werden vor allem die über weite Phasen des Lebenslaufes bestehende Depression sowie die Tendenz zum Rückzug von anderen Menschen als zentrale Risikofaktoren des Suizids gewertet. Auch durch die psychotherapeutische Behandlung ist es nicht gelungen, eine größere Offenheit für soziale Beziehungen und Kontakte zu fördern.

Es gibt weitere Risikofaktoren für Suizidalität:

- » *Alkoholintoxikation und Drogenkonsum:*<sup>32</sup> Alkohol und Drogen führen vielfach zu Enthemmung und erhöhter Impulsivität und verschlechtern darüber hinaus die Stimmung. Gerade dieses Zusammentreffen spezifischer psychischer Dynamiken erweist sich als hochgradig dysfunktional mit Blick auf ein erhöhtes Suizidrisiko.
- » *Persönlichkeitsstörungen:* Hierbei handelt es sich um konsistente Muster der Wahrnehmung, der Reaktion wie auch

---

32 Vgl. Esang/Ahmed 2018.

der Beziehungsgestaltung, die mit hohem Leidensdruck und sozialen Kompetenzbeeinträchtigungen einhergehen.<sup>33</sup> Diese Störungen sind das Ergebnis einer Interaktion von genetischen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie zeigen sich vielfach in fehlangepassten Verhaltensweisen, die zu Gefühlen der Fremdheit und des Unverstanden-Seins in Beziehungen mit anderen Menschen führen und deshalb unter Umständen Suizidgedanken befördern.

- » Akute *schizophrene Krankheitsepisoden*: Unter dem Einfluss der bei solchen Krankheitsepisoden sich manifestierenden Halluzinationen und Wahnbildungen treten oft plötzlich einschießende Suizidgedanken mit sofortiger und häufig kaum zu verhindernder Umsetzung auf.<sup>34</sup>
- » Biografische Risikofaktoren: Hierbei handelt es sich um *traumatische Erlebnisse* beispielsweise in der Kindheit und Jugend wie auch eine *Familienanamnese mit Suizidversuchen* bzw. *Suiziden*.<sup>35</sup> Mit Blick auf die in der Herkunftsfamilie aufgetretenen Suizidversuche und Suizide wird von einer „negativen Modellfunktion“ des Erlebens und Verhaltens in Belastungs-, Konflikt- und Krisensituationen gesprochen, die in ihren – auch langfristigen – Auswirkungen nicht unterschätzt werden darf. Aus diesem Grunde sind bei der Erhebung einer Anamnese ausdrücklich mögliche Suizidversuche und Suizide in der Herkunftsfamilie zu erfragen. *Frühere Suizidversuche* (vor allem im letzten Jahr) erhöhen das Risiko eines weiteren Versuchs deutlich.<sup>36</sup>

Die besondere Bedeutung psychischer Störungen für Suizidalität spricht für die Notwendigkeit, im Falle ihres Auftretens auch von einem potenziellen Suizidrisiko auszugehen. Suizidgedanken und -versuche treten dabei, von wenigen Ausnahmen abgesehen (vor allem: psychotische Schübe bei

---

33 Vgl. Yen et al. 2021.

34 Vgl. Olfson et al. 2021.

35 Vgl. Blossnich et al. 2021; Carbone et al. 2021.

36 Vgl. Wiebenga et al. 2021b.

Schizophrenien), nicht unvermittelt auf. Vielmehr ist auch bei psychischen Störungen 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. Eine solche – potenzielle – Dynamik zu *antizipieren* und mit dem Ziel ihrer Linderung bzw. Unterbrechung zu intervenieren, ist als bedeutender Handlungsauftrag psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik und Intervention zu interpretieren. Auch hierin zeigt sich die Notwendigkeit, der psychischen Komponente ein sehr viel größeres Gewicht im Kontext von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen beizumessen und zudem die psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebote entsprechend auszubauen.

Gerade mit Blick auf die Freiheit und die Verantwortlichkeit in der Artikulation und Umsetzung von Suizidgedanken erweist sich eine psychiatrische und klinisch-psychologische Diagnostik als wesentlich, die Antwort auf die Frage geben soll, inwieweit akute oder chronifizierte psychische Störungen dazu beitragen, dass sich der Entscheidungs- und Handlungsspielraum der von Suizidgedanken bestimmten Person erheblich eingengt hat und weiter einengt.<sup>37</sup> In der Fachliteratur werden Suizidgedanken vielfach mit akuten oder chronifizierten psychischen Störungen – vor allem mit depressiven Störungen – in Verbindung gebracht. Angaben der Weltgesundheitsorganisation zufolge stehen bis zu 90 Prozent aller suizidalen Handlungen im Kontext psychischer und davon die Mehrheit im Kontext depressiver Störungen, wobei Tiefe sowie Dauer der Störungen erheblich variieren.<sup>38</sup> Demgegenüber wird vor allem in Beiträgen aus dem Umfeld von Palliativmedizin und Palliative Care hervorgehoben, dass im Kontext schwerer, lebensbedrohlicher körperlicher Erkrankungen (vor

---

37 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2020.

38 Vgl. World Health Organization 2014, 40; Cavanagh et al. 2003, 399.



allem: bösartige Tumore) geäußerte Suizidgedanken nicht auf eine psychische Störung zurückgehen oder von dieser begleitet sein müssen, sondern vielmehr das Ergebnis einer inneren, zum Teil auch in Interaktion mit der sozialen Nahwelt geführten Auseinandersetzung sind.<sup>39</sup>

Derartige Fragen legen auf jeden Fall eine behutsam geführte psychiatrische und klinisch-psychologische Diagnostik nahe, die abzuklären versucht, inwieweit Suizidwünsche das Ergebnis einer von übermäßig starken emotionalen und affektiven Zuständen freien Reflexion und Entscheidung bilden, oder aber gerade in Zuständen emotionaler und affektiver Überwältigung artikuliert werden. Dabei ist darauf zu achten, dass diese Diagnostik als eine Handlung angekündigt und begleitend kommentiert wird, die ganz *im Dienste der Betroffenen steht*, mithin diese darin unterstützen möchte, die Motivlage, die den Suizidgedanken zugrunde liegt, auch selbst besser verstehen und beurteilen zu können.

### **2.3 Erlebnisreaktionen in Belastungs- und Krisensituationen: Diathese-Stress-Interaktionen**

Erlebnisreaktionen bilden die „unmittelbare“ Antwort des Individuums auf Belastungen und Krisen. In den Erlebnisreaktionen spiegeln sich die spezifischen Vulnerabilitäts-Ressourcen-Profile wider, wie sich diese für jede Person bestimmen lassen (und sie im diagnostischen Prozess bestimmt werden müssen). Dabei ist möglichen psychischen Störungen in diesen Profilen besondere Bedeutung beizumessen. Denn 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.

---

39 Vgl. Lindner/Voltz 2020; Berghäuser et al. 2020.

Natürlich treten in Belastungen und Krisen immer auch emotionale Reaktionen auf, die ihrerseits die subjektive Bedrohung andeuten, die von derartigen Situationen ausgeht. Doch lassen sich im Falle *geringer* psychischer Vulnerabilität schon rasch lösungsorientierte Reaktionen des Individuums beobachten, die ihrerseits die Resilienz, also die Widerstandsfähigkeit fördern und nicht selten mit der Überzeugung einhergehen, der Situation gewachsen zu sein.<sup>40</sup> Im Falle psychischer Störungen – mithin *stärker ausgeprägter* psychischer Vulnerabilität – ist dies hingegen deutlich seltener der Fall. Das Individuum verharrt in den primär emotionalen Reaktionen, Lösungen werden nicht aktiv gesucht, Lösungsmöglichkeiten werden möglicherweise gar nicht wahrgenommen. In diesem Falle wird von einer Diathese-Stress-Interaktion gesprochen: Mit *Diathese* wird die (durch psychische Störungen bedingte) Bereitschaft oder Disposition zu schädlichen (dysfunktionalen) Antworten umschrieben; mit *Stress* die eingetretene Belastung oder Krise. Aufgrund dieser spezifischen Disposition ist das Individuum in einer Belastungs- oder Krisensituation deutlich erhöhten Risiken im Hinblick auf schwere innere Versagenszustände ausgesetzt, die ihrerseits in Suizidgedanken, -impulsen und -versuchen münden können.<sup>41</sup>

Auch hier lässt sich eine bedeutende suizidpräventive Perspektive entfalten: Zum einen besteht die Möglichkeit, die psychische Vulnerabilität rechtzeitig zu erkennen und diese durch fachliche Begleitung, Beratung und Therapie erkennbar zu lindern. Zum anderen lässt sich die möglicherweise fatale Interaktion von erhöhter psychischer Vulnerabilität und eingetretenen Belastungen bzw. Krisen korrekt einschätzen und durch eine umfassendere psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention *sowohl* die Vulnerabilität mindern *als auch* lösungsorientierte Bewältigungsversuche stärken. Eine derartige

---

40 Vgl. Sher 2019.

41 Vgl. Brodsky 2016; O'Connor/Gartland/O'Connor 2020; Heeringen/Mann 2014.

suizidpräventive Strategie setzt psychiatrisch-psychotherapeutische und psychologische Versorgungsstrukturen voraus, die nicht in allen Regionen unseres Landes gegeben sind; hier wird noch einmal die große Bedeutung der institutionellen Umwelt (als Bereich der gesellschaftlichen Umwelt) für die rechtzeitige Intervention im Falle einer suizidalen Dynamik sichtbar.

Ein derartiges Interventionspotenzial ist bei den meisten Menschen vorhanden. In vielen Fällen können somit suizidpräventive Strategien mit Erfolg umgesetzt werden. Doch ergibt sich vielfach das Problem, dass Außenstehende die erhöhte psychische Vulnerabilität nicht erkennen und die potenziellen Auswirkungen von Belastungen und Krisen im Falle einer solchen Vulnerabilität nicht korrekt einschätzen. In einem solchen Fall erfährt das Individuum nicht jenen Schutz, der notwendig wäre, um die Dynamik sich allmählich einstellender und an Stärke zunehmender Suizidgedanken abzuschwächen bzw. zu unterbrechen. Hier ist auf die fatalen Wirkungen von unfreiwilliger Isolation und hochbelastender Einsamkeit hinzuweisen, die nicht nur die psychische Vulnerabilität, sondern auch die beschriebene dynamische Entwicklung zur Suizidalität weiter verstärken.

#### Fallvignette 5

Eine 21-jährige Frau hat nach dem Abitur eine kaufmännische Lehre aufgenommen, die in einem Jahr abgeschlossen werden soll. Diese Ausbildung absolviert sie an einem Ort, der ca. 500 Kilometer von ihrem Heimatort, einer Kleinstadt mit 11.000 Einwohnern, entfernt liegt. Die Frau fühlt sich sehr an das Elternhaus gebunden und es fällt ihr aus diesem Grunde schwer, dieses in Richtung einer Stadt zu verlassen, die für ihr Empfinden weit entfernt von ihrem Heimatort liegt. Die Bindung an das Elternhaus wird nicht nur durch die Nähe zu beiden Elternteilen, sondern auch durch das Erleben intensiven Eingebundenseins in eine Geschwisterfolge gefördert: die Frau hat vier jüngere Geschwister, für die sie sich immer und nach Aussagen der Eltern „sehr gerne“ mitverantwortlich fühlt. Die Frau zeigt in der Schule sehr gute Leistungen und genießt, wie die Eltern hervorheben, unter den Mitschülerinnen und Mitschülern einen guten Ruf. Jedoch fällt es ihr schwer, tragfähige Beziehungen zu diesen aufzubauen. Ihren eigentlichen Bezugsort bildet das Elternhaus. Sie ist zwar eher still, gleichzeitig aber freundlich und „überaus hilfsbereit“. Eigentlich gibt es in der gesamten Schulzeit so gut wie keinen Tag, an dessen Abend sie nicht zu Hause ist. Von intimeren

Beziehungen zu Mitschülerinnen oder Mitschülern können die Eltern nicht berichten. Dies sei auch deswegen überraschend, weil es sich bei ihrer Tochter um ein „ausnehmend hübsches Geschöpf“ handle. Schon in dem Jahr vor dem Abitur beschäftigt sie sich intensiv mit ihren Berufswünschen. Sie entscheidet sich für eine kaufmännische Ausbildung, weil diese eine sichere Berufstätigkeit verspricht und zugleich die Perspektive auf ein Studium eröffnet. Die Aufnahmeprüfung legt sie mit „Auszeichnung“ ab; in der Ausbildung selbst erhält sie beste Bewertungen. Die Trennung vom Elternhaus (und damit auch von den Geschwistern) fällt ihr „ausnehmend schwer“, berichten die Eltern. Schon Wochen vor dem Umzug wird ihre Tochter schwermütig, „klammert sich an Eltern und Geschwister“, äußert wiederholt Zweifel daran, ob sie diesen Ortswechsel verkraften werde. Die Familie fährt zweimal mit der Tochter an ihren Ausbildungsort und unterstützt sie dabei, ihre kleine, nach Aussagen der Eltern „gemütliche“ Wohnung einzurichten. Schon in diesen Wochen zieht sich die Tochter immer weiter in sich selbst zurück, ist aber beim Mittag- und Abendessen immer freundlich und geht hilfsbereit auf die Anliegen der Geschwister ein. Der Tag des endgültigen Abschieds habe etwas „Trauriges gehabt“; die ganze Familie habe den Abschied nur schwer ertragen können. In den ersten anderthalb Jahren ihrer Ausbildung kommt die Tochter alle 14 Tage nach Hause zu Besuch; sie reist am Freitagabend an und fährt am Sonntagnachmittag wieder zurück. Den Eltern fällt auf, dass die Tochter so gut wie nichts über ihr Privatleben und über die Ausbildungssituation berichtet. Auch wenn sie betont, zufrieden zu sein und sehr gute Noten zu erzielen, so verstärkt sich mehr und mehr der Eindruck einer „Verlassenheit und großen Einsamkeit“. Die Frau entwickelt allmählich unspezifische, mit Blick auf ihre Entstehung nicht klar einzuordnende Symptome, die zum Teil intensiv und anhaltend sind. Der Hausarzt am Ausbildungsort empfiehlt schließlich eine Vorstellung in einer psychosomatischen Ambulanz. Nach vier Therapiekontakten äußert die Frau, dass sie sich körperlich und seelisch „deutlich besser“ fühle und aus diesem Grunde keine fachliche Unterstützung mehr benötige. Diese Aussage stößt in der Ambulanz auf Zweifel, weil in den Sitzungen deutlich wird, dass die Patientin einen „enormen Leistungsdruck“ verspürt, dem sie äußerlich zwar einigermaßen gewachsen ist (sie erzielt durchweg sehr gute Noten), der sie jedoch innerlich überfordert (was sich in einer Fülle von Belastungsreaktionen zeigt); zudem zeigen sich in den Sitzungen Hinweise auf ein hohes Maß an Isolation und Einsamkeitserleben. – Allmählich bleiben die Besuche im Elternhaus aus. Die Eltern sehen darin einen Hinweis auf eine wachsende „Autonomie“ ihrer Tochter. Doch stellen sie bei deren Besuchen fest, dass sie „noch ruhiger“, „fast unnahbar“ geworden sei; allerdings habe sie sich ihre Freundlichkeit – vor allem den Geschwistern gegenüber – bewahrt. An einem Wochenende im Dezember wird die Tochter zur Geburtstagsfeier des Vaters erwartet. Sie ruft zu Hause an, um sich für ihr Fehlen bei dieser Feier zu entschuldigen: sie müsse sich auf eine Prüfung vorbereiten und benötige dafür das Wochenende. Am nächsten Morgen, 5.15 Uhr, wirft sich die Frau vor einen Zug. Die Eltern werden um 8.30 Uhr von diesem Unglück unterrichtet. Der Vater antwortet mit schwersten Selbstvorwürfen auf diese Nachricht und entwickelte in der Folge depressive und funktionelle körperliche Symptome, die auch noch drei Jahre nach dem Tod der Tochter andauern. Das Familienleben, so berichtet die Mutter, sei seit dem Tod der Tochter „völlig aus dem Tritt geraten; unsere Familie ist nicht mehr das, was sie war; wir alle kommen über diesen Verlust nicht mehr hinweg“. Die Familie wird familientherapeutisch, das Ehepaar zudem paartherapeutisch begleitet.

## 2.4 Erschöpfung, Lebensmüdigkeit und Lebensattheit

Vor allem bei Menschen im höheren Alter kann eine körperliche und psychische Situation eintreten, in der sich die Überzeugung ausbildet, nicht mehr die Kraft zu besitzen, das Leben weiterzuführen. In dieser Überzeugung drückt sich eine *als bleibend und nicht nur vorübergehend empfundene Erschöpfung* aus. Das Verspüren deutlich zurückgehender Lebenskräfte ist nicht notwendigerweise Folge schwerer, womöglich zum Tode führender Erkrankungen – auch wenn es sich in Folge solcher Erkrankungen bevorzugt einzustellen vermag.<sup>42</sup> Es kann sich genauso gut im Zustand erhöhter und kontinuierlich zunehmender Verletzlichkeit einstellen, in der die körperliche (zum Teil auch die kognitive) Leistungsfähigkeit zurückgeht sowie die Erholungs- und Reservekapazität immer weiter abnimmt.

### Fallvignette 6

Eine 91-jährige Frau, verwitwet, zwei Kinder, fünf Enkelkinder, leidet an mehreren Erkrankungen, von der jede für sich genommen medizinisch nicht als sehr schwer einzustufen ist, die aber in ihrer Gesamtheit mit deutlich erhöhter Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit assoziiert sind. Die Frau berichtet zusätzlich von zeitweilig einsetzenden Schmerzen, die sich nur phasenweise medikamentös kontrollieren lassen. Trotz positiv erlebter Kontakte zu den Kindern und Enkelkindern fühlt sich die Frau häufig einsam, wobei die Gefühle der Einsamkeit im Falle des Kontakts mit den Kindern und Enkelkindern ganz zurückgehen. Die stark ausgeprägte Verletzlichkeit führt gerade in Phasen der Einsamkeit zu der Überzeugung, nicht mehr die psychische und die körperliche Kraft zu besitzen, um das Leben weiterführen zu können. Die Frau macht auf den behandelnden Arzt einen erschöpften Eindruck, so dass es diesem wie auch den Angehörigen schwerfällt, die Frau zu Aktivitäten in ihrem Alltag zu motivieren. In den Phasen der Einsamkeit treten zudem Suizidgedanken auf, die von der Frau als bedrängend erlebt werden. Ihr gelingt es allerdings, sich in solchen Phasen auch rat- und hilfesuchend an ihre Kinder zu wenden. Eines der Kinder entscheidet sich schließlich dafür, die Mutter bei sich zu Hause aufzunehmen.

42 Vgl. Hartog et al. 2020; Briggs et al. 2022.

Die Überzeugung, nicht mehr die Kraft zur Weiterführung des Lebens zu besitzen, sowie Empfindungen der zeitlich überdauernden Erschöpfung sind gehäuft bei Menschen mit chronisch-fortschreitenden, symptomreichen Erkrankungen erkennbar.<sup>43</sup> Die Lebensbindung bildet sich immer mehr zurück, die Lebensbelastungen dominieren mehr und mehr das Erleben, in dem eigenen Leben wird keinerlei Sinn mehr wahrgenommen. Andere Menschen fühlen sich körperlich und psychisch so geschwächt, dass sich eine *Lebensmüdigkeit* einstellt: vom Leben gehen keinerlei Anregungen mehr aus, das Individuum erlebt sich mehr und mehr als „aus der Welt gefallen“. Dabei dürfen die depressiven Symptome, von denen die zeitlich überdauernde Erschöpfung oder Lebensmüdigkeit vielfach begleitet werden, nicht vorschnell als Ausdruck einer majoren oder minoren Depression gedeutet werden. In ihnen kann sich auch eine *existenzielle Niedergeschlagenheit* ausdrücken, die auf die erlebten Grenzen der eigenen Existenz wie auch des eigenen Handelns deutet.<sup>44</sup> Der Wunsch nach einem assistierten Suizid kann zum Beispiel auf Erschöpfung oder Lebensmüdigkeit zurückgehen – die sich dann mit noch höherer Wahrscheinlichkeit einstellen, wenn das Individuum zahlreiche Verluste verarbeiten muss, die seiner Existenz das Lebensfundament genommen haben. Eine derartige Häufung von Verlusten ist vor allem im hohen Alter erkennbar. Zu den genannten, chronisch-fortschreitenden, symptomreichen Erkrankungen treten nicht selten funktionelle (sensorische, motorische, kognitive) Einbußen wie auch Einschränkungen in alltagspraktischen Fertigkeiten, die die Selbstständigkeit im Alltag, die Autonomie in der Lebensgestaltung und die Teilhabe beeinträchtigen können. Muss auch der Verlust der Partnerin bzw. des Partners verkraftet werden, so bildet sich nicht selten eine Lebensmüdigkeit aus, die in diesem konkreten

---

43 Vgl. Briggs/Ward/Kenny 2021.

44 Vgl. Beach/Brown/Cukrowicz 2021.

Falle einen „Bilanzsuizid“ mitbedingen kann.<sup>45</sup> Das Suizidrisiko ist dann weiter erhöht, wenn sich die Überzeugung ausbildet, *keine Aufgabe mehr im Leben zu besitzen und von anderen Menschen nicht mehr gebraucht zu werden*. Damit sehen alte Menschen die Bedeutung ihrer Person in der Welt und für die Welt tiefgreifend in Frage gestellt; eine wichtige Quelle der Stimmigkeit und des Sinnerlebens ist damit zum Versiegen gebracht.

#### Fallvignette 7

Ein 73-jähriger Mann, verheiratet, zwei Kinder, ein Enkelkind, bekleidete bis zu seiner Pensionierung eine hohe akademische Stellung. Sein körperlicher Gesundheitszustand wird von ihm selbst als zufriedenstellend, die materielle Situation als gut, die partnerschaftliche sowie die familiäre Situation als sehr gut beschrieben. Dieser Mann ist zunehmend von der Überzeugung bestimmt, dass er zwar in seinem Leben alles erreicht habe, „was man in einem Leben erreichen kann“, dass er aber mehr und mehr spüre, in der Gesellschaft keinen Platz mehr zu finden und „zutiefst überflüssig“ zu sein. Besonders schmerze ihn, dass er an seiner früheren Arbeitsstätte nicht mehr jenes Gehör finde, das er früher gefunden habe; auch realisiere er, dass die Leute an seinem Wissen nicht mehr wirklich interessiert seien. Zunächst habe er mit dieser Erfahrung umgehen können und sich daran nicht wirklich gestört. Jetzt aber „sei der Augenblick gekommen, abzutreten“, weil er nicht wisse, was er hier noch zu suchen habe. Seine Familie sei auf seine Unterstützung nicht angewiesen; seine Frau habe einen großen Freundeskreis und blicke auf zahlreiche Möglichkeiten schriftstellerischen Schaffens. Seine Kinder und sein Enkelkind haben eine eigene Familie und akzeptieren seine Anwesenheit, ohne aber „allzu großes Interesse an ihm zu zeigen“. Somit dränge sich ihm mehr und mehr die Frage auf, warum er in eine ungewisse, vielleicht sogar „bedrohliche Zukunft“ blicken solle, wenn er doch „recht unbemerkt“ aus dem Leben gehen könne. Der Mann berichtet, dass sich der Todeswunsch immer weiter „konkretisiert“ habe und schließlich in die Überzeugung gemündet sei, sich bald das Leben zu nehmen. Bereits zweimal ist er als Fußgänger beinahe von einem Auto erfasst worden, wobei die Schuld alleine bei ihm lag. Die Frage, ob es sich bei diesen Beinahe-Unfällen möglicherweise um eine suizidale Handlung gehandelt habe, bejahte der Mann. Er gibt dabei zu verstehen, dass er im Kern davon überzeugt sei, aus dem Leben gehen zu müssen, dass er aber zunächst Hilfe in Anspruch nehmen wolle, um „zu prüfen, ob dieser Wunsch wirklich mein Wunsch ist, oder ob der von etwas anderem herrührt“. Die Frage, inwieweit er die Suizidalität in Gesprächen mit seinen Angehörigen zu einem Thema gemacht hat, beantwortete er damit, dass er diesen Wunsch „nur angedeutet, aber nicht weiter ausgeführt und begründet“ habe.

45 Vgl. Pitman et al. 2020.

Die Suche nach Teilhabemöglichkeiten (die auch veränderte Wohnbedingungen einschließen), das Erspüren noch bestehender Lebensbindungen,<sup>46</sup> schließlich die Schaffung von Möglichkeiten zur Verwirklichung dieser Bindungen werden in der Literatur als zentrale Interventionsstrategien genannt, die allerdings nicht erfolgreich sein *müssen*.<sup>47</sup> Nur darf nicht unterschätzt werden, dass dann, wenn die von Gefühlen der Erschöpfung oder Lebensmüdigkeit bestimmte Person in einer anderen das Motiv erkennt, um ihr Leben „zu kämpfen“, durchaus Lebensbindungen wieder an Gewicht gewinnen können. Die vielfach beschriebene Volatilität von Todeswünschen ist gerade bei Menschen mit existenzieller Niedergeschlagenheit erkennbar, die in der Begegnung mit anderen Menschen vielleicht ein Motiv erkennen, sich dem Leben wieder stärker zu öffnen.

Auch hier zeigt sich die große Bedeutung (a) der Person-Umwelt-Interaktionen und (b) der gesellschaftlichen Rahmung des individuellen Lebens. Person-Umwelt-Interaktionen können positiv motivieren, mithin den Wunsch nach Fortsetzung des Lebens stärken. Institutionen und Professionen, die Verantwortung für Menschen in existenzieller Not erkennen und umsetzen, können sich zusätzlich positiv auf diese Interaktionen auswirken.<sup>48</sup> Mediale Diskurse, die den Wert des Lebens besonders hervorheben und vor allem jegliche Verurteilung eines belasteten oder krisenhaften Lebens zurückweisen, können einen zusätzlichen Kontext bilden, in dem das Individuum Phasen der existenziellen Niedergeschlagenheit immer wieder zu überwinden vermag.

#### Fallvignette 8

Eine 53-jährige Frau, die an einem Lungentumor im Endstadium, verbunden mit Hirnmetastasen leidet, wird in ein Hospiz aufgenommen, um dort die letzten Monate ihres Lebens zu verbringen. Die Frau ist ledig; sie war bis zu

46 Vgl. Lindner 2022.

47 Vgl. Costanza et al. 2020.

48 Vgl. Maio 2022.



ihrem 51. Lebensjahr als Lehrerin tätig, musste den Beruf aber wegen schwerer gesundheitlicher Krisen endgültig aufgeben – ein Verlust, über den sie nicht hinweggekommen ist. Die Frau kann von guten und langjährigen Freundschaften berichten; in den zweieinhalb Monaten ihres Aufenthaltes im Hospiz wird sie wiederholt von Freundinnen und Freunden besucht. Zwei Wochen nach Aufnahme in das Hospiz bittet die Frau um assistierten Suizid; auch zwei ihrer Freundinnen wenden sich an die Leitung des Hospizes mit der Bitte, man möge dem Wunsch der Frau folgen. Unter allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hospizes besteht Einigkeit darüber, diesem Wunsch nicht nachzukommen, da mit dem assistierten Suizid im Hospiz dessen Grundsätze (Leitbilder) verletzt würden und ein assistierter Suizid auch der eigenen Identität widerspreche. Mit den beiden Freundinnen der Frau wie auch mit der Frau selbst wird in zahlreichen Unterredungen thematisiert, wie die Symptomatik aktuell und künftig gelindert werden könne. Es werden zudem Unterredungen zwischen der Frau und einem Arzt ermöglicht, der das Hospiz betreut. Die Wünsche der Frau nach einem assistierten Suizid werden in den Unterredungen zunächst immer drängender, doch aus der Kombination symptomlindernder Medikation, taktiler pflegerischer Stimulation und emotional intimer Kommunikation mit Freundinnen und Freunden geht eine Art der Lebens- und Sterbebegleitung hervor, die die Frau immer ruhiger und gefasster auf das Lebensende blicken lässt. In den letzten Tagen bittet die Frau ausdrücklich darum, nicht durch einen assistierten Suizid zu sterben.

In der folgenden Fallvignette steht die wachsende Akzeptanz des von der erkrankten Person gewünschten assistierten Suizids durch die Familie im Zentrum, wobei die Akzeptanz Grundlage für eine von der Patientin und den Angehörigen gemeinsam getroffenen Entscheidung für den assistierten Suizid bildet.

#### Fallvignette 9

Eine 54-jährige Patientin hat amyotrophe Lateralsklerose (ALS) in fortgeschrittenem Stadium. Nach ärztlichem Urteil hat die Patientin eine Lebenserwartung von ungefähr drei Jahren, wobei in mehreren Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hervorgehoben wird, dass die individuelle Lebenserwartung nicht zuverlässig bestimmt werden könne; sie könne möglicherweise noch eine höhere Anzahl an Jahren leben. Die Patientin lebt in einer, wie sie es beschreibt, sehr guten Ehe, zwei Kinder leben noch zu Hause, deren Entwicklung sie ebenfalls sehr positiv charakterisiert. Die Patientin beschreibt den Krankheitsverlauf als einen kontinuierlichen, gleichwohl nimmt sie „Krankheitsschübe“ wahr, die zu einer weiteren Abnahme ihrer Selbstständigkeit führen. Die Patientin antizipiert, dass sie „bald“ auf einen Rollstuhl angewiesen sein könnte; sie fürchtet zudem einen Tod durch Lähmung der Atemmuskulatur. Trotz intensiver Zuwendung durch die Familie treten bei ihr zunehmend Gedanken an einen assistierten Suizid auf. Diese Gedanken trägt sie auch innerhalb der Familie vor, die sich zunächst

bestürzt zeigt, im Verlaufe der weiteren Monate aber mehr und mehr Verständnis für diese Gedanken zeigt, weil sie erkennt, dass die Patientin nur noch im Suizid eine Möglichkeit sieht, einem „schlimmen Tod“ zu entkommen. Die konsultierten Ärztinnen und Ärzte weisen darauf hin, dass ein derartiges Sterben durch palliative Sedierung vermieden werden könne. Sie versuchen, ebenso wie die Angehörigen, der Patientin wiederholt die positiven Seiten ihres Lebens nahezubringen. Die Patientin bittet schließlich die Familie darum, in den assistierten Suizid einzuwilligen und sie dabei zu unterstützen, mit einer Sterbehilfevereinigung Kontakt aufzunehmen. Nach mehreren Besuchen dort trifft die Familie gemeinsam die Entscheidung zum assistierten Suizid der Patientin. Die Familie begleitet die Patientin bis zu ihrem Lebensende und ist auch zu dem Zeitpunkt anwesend, zu dem der Suizid vollzogen wird. Nach dem Suizid verbleibt die Familie noch Stunden in dem Zimmer, um die Patientin spirituell zu begleiten. Es besteht auf Seiten der Angehörigen große Trauer über den Verlust, zugleich aber die Überzeugung, dass alle richtig gehandelt haben.

Von der zeitlich überdauernden Erschöpfung und Lebensmüdigkeit sind Gefühle der *Lebenssattheit* abzugrenzen.<sup>49</sup> Auch bei der Lebenssattheit treten die von der Person erlebten Grenzen ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit wie auch ihrer Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung erkennbar in den Vordergrund und werden deutlich artikuliert. Doch tritt bei der Lebenssattheit vielfach das persönliche Empfinden hinzu, so viel erlebt und erfahren zu haben, dass man in die Grenzen eigenen Handelns sowie in die Begrenztheit des eigenen Lebens ausdrücklich einwilligt und diese annimmt. Aus einem solchen Empfinden kann schließlich die Tendenz hervorgehen, ärztlichen Empfehlungen nicht mehr oder nur noch halbherzig zu folgen, in akuten körperlichen und seelischen Belastungssituationen wiederholt den Tod „herbeizuwünschen“ und diesen als „Erlösung“ in den Blick zu nehmen. Vor allem dann, wenn vom Leben keine Anregungen mehr hervorgehen, kann sich diese Antizipation zu dem Vorsatz verdichten, das Leben zu beenden, wobei die Ausbildung und die Umsetzung dieses Vorsatzes nicht von Niedergeschlagenheit oder Depressionen begleitet sein müssen, sondern subjektiv auch als Ausdruck von Freiheit gedeutet werden können.

---

49 Vgl. Kipke 2021.

## 2.5 Erlebter Entscheidungsdruck bei absehbarem Verlust der Handlungskontrolle

Es gibt Situationen, in denen auftretende Suizidgedanken nicht das Ergebnis einer monate- oder jahrelangen Entwicklung sind, sondern sich mehr oder minder abrupt einstellen.<sup>50</sup> 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, zu denen in naher Zukunft weitere hinzukommen werden. Die erkrankte Person empfindet die Situation als Bedrohung oder Zerstörung der Identität bzw. der Fähigkeit zur Selbstbestimmung.<sup>51</sup> In einem solchen Falle steht die Person vor der Aufgabe, sich auf das baldige Lebensende einzustellen und sich damit von ihren Lebensbindungen innerhalb kurzer Zeit zu lösen. Unter derartigem Zeitdruck ist eine fachlich ausreichend qualifizierte Begleitung in einer suizidalen Krise deutlich erschwert. In dieser Grenzsituation stellt die Begleitung 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.

### Fallvignette 10

Ein 58 Jahre alter, zuvor gesunder und in einer beruflich wie familiär guten Lebenssituation befindlicher Mann erleidet während einer Familienfeier völlig überraschend einen epileptischen Anfall. Mit Hilfe bildgebender Verfahren zeigt sich ein dringend auf einen Tumor im Gehirn hinweisender Befund. Durch eine Biopsie wird ein Glioblastom nachgewiesen, also ein hochgradig bösartiger Tumor hirneigener Bindegewebszellen. Es erfolgt eine Operation, bei der in für diese Krankheit typischer Weise nur ein Teil

<sup>50</sup> Vgl. Brokke/Landrø/Haaland 2020.

<sup>51</sup> Vgl. Silva-Moraes et al. 2020; Zhang et al. 2020.

der Tumormasse entfernt werden kann. Ein Wiederauftreten ist praktisch unausweichlich. Mit dem durch die Krankheit geistig nicht beeinträchtigten Patienten wird besprochen, dass eine palliative Chemotherapie die insgesamt äußerst ungünstige Prognose nicht verändern, sondern allenfalls das Versterben um einige Monate hinauszögern könnte. Innerhalb kurzer Zeit bildet sich ein massives Beschwerdebild mit medikamentös kaum kontrollierbaren Schmerzattacken und häufiger werdenden Krampfanfällen heraus. Der Patient ist bettlägerig zu Hause mit aufopferungsvoller Pflege durch die Ehefrau und ambulanter palliativmedizinischer Begleitung. Der Tumor ist in der Nähe des Sprachzentrums lokalisiert, und es ist damit zu rechnen, dass im weiteren Verlauf ein Verlust der Kommunikationsfähigkeit bei mehr oder weniger vollem Bewusstsein eintreten wird. Diese Perspektive wird von dem Patienten als ultimativer Kontrollverlust empfunden, und er wünscht so schnell wie irgend möglich einen assistierten Suizid zu Hause mit Unterstützung des ihm vertrauten Palliativmediziners.

Der assistierte Suizid kann auch dann zu einer subjektiv bedeutsamen Handlungsoption werden, wenn im Falle einer Demenz leichtere bis mittelgradige Krankheitssymptome im kognitiven und emotionalen Bereich bestehen, die schon aktuell zu Konflikten mit An- und Zugehörigen führen. Die absehbar zunehmenden Symptome und die damit drohenden noch intensiveren Konflikte können aus Sicht der erkrankten Person die Voraussetzungen für ein sinnerfülltes Leben zerstören.<sup>52</sup> In die Entscheidung über den assistierten Suizid geht nicht nur die eigene Situation, sondern oftmals auch die Situation der An- und Zugehörigen ein, die vor den befürchteten Belastungen durch Folgen zukünftiger Krankheitssymptome geschützt werden sollen.

#### Fallvignette 11

Die Mutter eines 45 Jahre alten Mannes ist, wie schon ihr Vater, um das 50. Lebensjahr von einer rasch fortschreitenden frontotemporalen Demenz (FTD) betroffen, in deren Verlauf es über die rein kognitiven Einschränkungen hinaus zu tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderungen mit sexueller Enthemmung und Gewalttätigkeit auch gegen vertraute Personen kommt. Die Frau muss in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden und verstirbt dort unter dem Bild eines praktisch kompletten Persönlichkeitszerfalls, wobei sich in den letzten Lebensmonaten zusätzlich das Bild einer amyotrophen Lateralsklerose mit rasch fortschreitender

52 Vgl. Holmstrand et al. 2021; Schmutte et al. 2022.

Atemlähmung herausbildet. Nach dem Familienstammbaum ist von einer autosomal-dominanten FTD mit 50 Prozent Wiederholungsrisiko für Nachkommen auszugehen. Der Sohn dieser Frau fühlt sich durch diese Familienvorgeschichte und die daraus resultierende Ungewissheit dermaßen psychisch belastet, dass er unter leitliniengemäßer psychotherapeutischer Begleitung eine prädiktive genetische Diagnostik auf erbliche Demenzen in Anspruch nimmt. Diese ergibt bei ihm eine offenbar von der Mutter ererbte eindeutig krankheitsursächliche Mutation. Damit ist bei ihm eine genetisch determinierte Sonderform von erblicher FTD mit Elementen einer ALS nachgewiesen. Etwa zwei Jahre nach der Diagnose nimmt der Patient an sich selbst – ebenso wie seine Partnerin an ihm – leichte, aber zunehmende Defizite im Kurzzeitgedächtnis und eine nachlassende emotionale Impulskontrolle mit Ansätzen drohender häuslicher Gewalt wahr. In einem daraufhin anberaumten Beratungsgespräch äußert der Patient in kohärenter Argumentation, aber mit deutlich erkennbaren Wortfindungsstörungen, dass er angesichts der Erfahrung mit seiner Mutter bald selbst eine Gefahr für seine Angehörigen darstellen werde, aber nicht bereit sei, in der Psychiatrie „zu krepieren“. Auch seine Partnerin äußert sich verängstigt vor einem Zustand, der ihr schon für ihre eigene Sicherheit ein weiteres Zusammenleben mit ihrem Partner nicht erlauben würde. Er sieht keine andere Möglichkeit als „ein Ende zu machen, bevor noch mehr passiert“.

In solchen Situationen stellen sich mehrere Fragen: Inwieweit sind angesichts der kognitiven Symptomatik die Grundlagen für eine freiverantwortliche Entscheidung für oder gegen einen Suizid gegeben? Inwieweit kann die betroffene Person durch einen vertrauensvollen Austausch mit Mitgliedern des Versorgungssystems dafür gewonnen werden ihre Entscheidung im Lichte zu erörternder Optionen nicht-suizidaler Vorgehensweisen zu überdenken? Inwiefern kann durch Beratung der Bezugspersonen eine gelingende Beziehung zu der suizidalen Person stabilisiert oder unterstützt werden?<sup>53</sup> Auch wenn die Entscheidung zum Suizid mehr oder minder endgültig erscheint, so entbindet sie die Mitglieder des Versorgungssystems nicht von der Aufgabe differenzierter Aufklärung, in der Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt, aber auch Interventionsgrenzen nicht verschwiegen werden. Diese Aufklärung soll Entscheidungsgrundlagen erweitern.

---

53 Vgl. Cipriani/Di Fiorino 2019; Mondragón et al. 2020; Mukhopadhyay/Banerjee 2021; Maio 2022; Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie 2020.

## 2.6 Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit aufgrund äußerer Beeinflussung

In einer persönlichen Grenzsituation, in der eine Person zutiefst verunsichert und (auch) psychisch in hohem Maße belastet ist sowie – zumindest aktuell – keine tragfähige Zukunftsperspektive aufweist, nimmt das Risiko einer wachsenden äußeren Beeinflussung 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 der zutiefst verunsicherten und psychisch hoch belasteten Person zu bewahren oder wiederherzustellen. Die Professionellen können die Deutungen der An- und Zugehörigen reflektieren und sich von diesen gegebenenfalls auch distanzieren. Die einschlägige Forschung wertet dies auch für den Themenbereich des assistierten Suizids als einen wichtigen, aber vielfach vernachlässigten Aspekt der Suizidprävention.<sup>54</sup>

Der Begriff der „relationalen Autonomie“<sup>55</sup> erweist sich hier konzeptionell als hilfreich; er ist auch als Orientierung für die professionellen Sorgebeziehungen wichtig.<sup>56</sup> So lassen sich die zahlreichen Initiativen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung (GVP) (SGB V § 132g)<sup>57</sup> von der Überlegung leiten, wie die Autonomie im Pflege- und Behandlungsprozess gestärkt werden kann. So kann sich die für die Lebensqualität in der Grenzsituation schwerer Erkrankung zentrale Überzeugung ausbilden, weiterhin über Entscheidungs- wie

---

54 Vgl. Lindner/Voltz 2020.

55 Vgl. z. B. Ach/Schöne-Seifert 2013.

56 Vgl. Lob-Hüdepohl 2003.

57 Zur Kontroverse um das Konzept der GVP (und das Advance Care Planning) vgl. die Beiträge in Höfling/Otten/Schmitt 2019.

auch Handlungskontrolle zu verfügen.<sup>58</sup> In der Beratung und Intervention ist eine systemische Perspektive unerlässlich. Die suizidgefährdete Person ist auch in ihren Beziehungen zum sozialen Umfeld zu betrachten. Dabei muss geprüft werden, in welcher Weise das Umfeld auf ihren Reflexions-, Entscheidungs- und Handlungsprozess Einfluss nimmt bzw. zu nehmen versucht.<sup>59</sup>

#### Fallvignette 12

Eine 81-jährige Frau, die über Gedächtnisprobleme, Sprachproduktionsstörungen und depressive Verstimmungen „in den letzten zehn bis zwölf Monaten“ klagte, stellte sich in der Gedächtnisambulanz mit der Bitte vor, die möglichen Ursachen dieser Veränderungen abzuklären. Bei der Frau herrschte die Überzeugung vor, an einer Demenz wie auch an einer Depression zu leiden. Sie wird begleitet von ihrem 83-jährigen Ehemann, der seine psychische und kognitive Situation als „stabil“ beschreibt, jedoch unvermittelt die Aussage trifft, dass er seit Wochen mit seiner Frau darüber spreche, wie „wir beide am besten aus dem Leben scheiden können, wenn sich der Verdacht auf Demenz bestätigt“. Die Frau antwortet auf diese Aussage mit einem Kopfnicken, auf welches aber gleich ein Kopfschütteln folgt. Auf die Frage durch den Untersucher, ob sie auch der Meinung sei, im Falle einer Demenzdiagnose gemeinsam mit ihrem Mann aus dem Leben scheiden zu müssen, antwortet sie allerdings bejahend. Die Tatsache, dass im Gespräch fast nur der Mann auf Fragen nach den Motiven für einen potenziellen Suizid beider antwortet, hingegen nicht die Frau, veranlasst den Untersucher, das Thema „Suizid“ noch einmal gezielt anzusprechen. In dem Gesprächsverlauf weist die Frau, von dem Untersucher ausdrücklich auch um Schilderung ihrer eigenen Meinung gebeten, darauf hin, dass sie ihr Mann in den letzten Monaten davon überzeugt habe, dass ein gemeinsam ausgeführter Suizid die beste Lösung für sie wie auch für ihren Mann darstelle. Doch bleibt bei dem Untersucher der Verdacht zurück, dass die Frau die „Entscheidung“ für einen möglichen Suizid „nicht aus freien Stücken getroffen, sondern sich dem Willen des Ehemannes unterworfen“ habe. Es werden Diagnostik- und Konsultationstermine vereinbart. Die psychometrische und bildgebende Diagnostik bestätigen den Verdacht auf eine Alzheimer-Demenz. Allerdings zeigt sich diese symptomatisch so diskret, dass die Frau – von ihren bestehenden kognitiven Ressourcen her betrachtet – durchaus in der Lage ist, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Auch die depressive Symptomatik erweist sich als so diskret, dass das Gehemmt-Sein der Frau, welches sich in den Gesprächen zeigt, nur bedingt auf die depressive Symptomatik zurückgeführt werden kann. Nach ausführlicher Befunddarlegung und -erläuterung äußert der Ehemann, dass „wir nun unseren Vorsatz, uns das Leben zu nehmen, umsetzen wollen – das ist mein Wille, das ist ihr Wille“. Auch auf diese Aussage hin reagiert die Frau mit Kopfnicken und

58 Vgl. Kruse 2021, 122 ff.

59 Vgl. grundlegend Lob-Hüdepohl 2003.

darauflfolgendem Kopfschütteln, begleitet durch die Ausrufe: „Ja, ja!“, „Nein, nein!“ Der Untersucher thematisiert die offenkundige Ambivalenz in den Aussagen der Frau, wird hier aber vom Ehemann unterbrochen, der betont, dass die Lebensbeendigung „auch der ausdrückliche Wunsch der Frau“ sei. Diese reagiert auf die Aussage des Ehemannes mit Tränenausbruch, sodass der Untersucher den Ehemann darum bittet, die Dominanz im Gespräch, aber auch in dem Entscheidungsprozess unbedingt aufzugeben und seiner Frau die Möglichkeit zur Darstellung „ihres eigenen Willens“ zu geben. Dabei ist dem Untersucher im Verlaufe der Gespräche klargeworden, dass das Ehepaar kurz vor Ausführung der Tat steht (geplant ist eine gezielte Vergiftung mit Medikamenten). Durch die Intervention des Untersuchers gelingt es, der Frau sehr viel mehr Raum im Gespräch zu geben. In zwei Vieraugengesprächen mit der Frau zeigt sich, dass diese nicht zum Suizid bereit ist, sondern sich mit Blick auf diesen zum einen von dem Willen des Mannes, zum anderen von der befürchteten „Perspektivlosigkeit nach dem Tod meines Mannes“ leiten ließ. Zwei weitere Gespräche mit dem Ehepaar dienen dazu, die mit der neurokognitiven Erkrankung der Frau verbundenen Zukunftsängste beider zu lindern (indem vorsichtig auf die Ressourcen zu einem sinnerfüllten und stimmigen Leben auch bei Demenz hingewiesen wird) und die positive emotionale Bindung zwischen den Ehepartnern hervorzuheben, die in den Gesprächen sehr deutlich geworden ist. Sowohl die Ehefrau als auch der Ehemann versichern sich gegenseitig sowie dem Untersucher, dass sie „es nun weiter versuchen wollten“. Wie drei Folgegespräche sowie die über zwei Jahre anhaltende Korrespondenz zwischen Ehepaar und Untersucher zeigen, ist dies dem Ehepaar auch gelungen (mit Nutzung des Angebots zum Betreuten Wohnen und Inanspruchnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung).

Die Fallvignetten veranschaulichen, dass das Thema „Suizid“ zahlreiche Phänomene umfasst. Sie stellen die Dynamik der Entstehung und Umsetzung von Suizidgedanken wie auch die unterschiedlichen Haltungen gegenüber dem eigenen Leben dar, aus denen sie hervorgehen. In diesen Haltungen manifestieren sich innere und äußere Problemlagen, in denen Lebensbindungen zurückgehen. Einschränkungen oder Belastungen können so stark dominieren, dass Suizidgedanken entstehen und sich verfestigen. Die Entwicklung und Umsetzung dieser Suizidgedanken sind im Kontext der Beziehungen zur sozialen Umwelt zu betrachten. Isolation und Einsamkeit sowie die Überzeugung, nicht mehr dazuzugehören, bilden ebenfalls Risikofaktoren für Suizidalität.

Die Dynamik von Suizidgedanken und suizidalen Handlungen führt vor Augen, wie wichtig Suizidprävention ist, die ausdrücklich auch mögliche Risikofaktoren für Suizidalität in



den Blick nimmt und diese zu vermeiden oder substanziell zu lindern versucht. Zu diesen Risikofaktoren zählen das Erleben oder das Antizipieren gesundheitlicher Belastungen, die eine Bejahung und Fortsetzung des Lebens unmöglich erscheinen lassen. Eine angemessene medizinisch-pflegerische Begleitung kann vielfach eine Linderung von Symptomen und damit verbundener seelischer Belastung bewirken. Einzelne Fallvignetten zeigen allerdings Grenzen von Medizin und Pflege auf. Die Fallvignetten weisen außerdem auf die Notwendigkeit hin, die Freiverantwortlichkeit wie auch die Beständigkeit (vs. Volatilität) von Suizidgedanken zu einem zentralen Thema der Gespräche mit einer suizidbereiten Person zu machen. Suizidgedanken können an Intensität verlieren, wenn Entlastung angeboten und damit die Lebensbindung wieder gestärkt wird.

### 3 VORAUSSETZUNGEN EINER FREIVERANTWORTLICHEN SUIZIDENTSCHEIDUNG

#### 3.1 Grundlagen

##### *Freiverantwortlichkeit, Autonomie und Selbstbestimmung*

In der Debatte um Suizid und Suizidassistentz 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 Anforderungen genügen muss. Diese Anforderungen werden zumeist mit den Begriffen der Autonomie, der Freiverantwortlichkeit oder der Selbstbestimmung umschrieben.<sup>60</sup>

Dabei ist zu beachten, dass die Annahme von Freiverantwortlichkeit, Autonomie und Selbstbestimmung Ausdruck eines gesellschaftlichen Aushandlungsprozesses ist. Dieser sollte immer das Ergebnis eines Zusammenspiels verschiedener humanwissenschaftlicher Erkenntnisse und deren normwissenschaftlicher Interpretation sein. Das Verständnis von Freiverantwortlichkeit, Autonomie und Selbstbestimmung ist für alle moralisch und rechtlich bedeutsamen individuellen Freiheiten folgenreich. Das gilt sowohl für den Schutz als auch für die Verfügungsmacht über diese individuellen Rechte. Ethische und juristische Perspektiven können dabei in der näheren Bestimmung differieren.

Sofern eine Person *freiverantwortlich* selbstbestimmt bzw. in diesem Sinne autonom handelt,<sup>61</sup> müssen selbst erhebliche

---

60 Zur Verhältnisbestimmung von Selbstbestimmung, Autonomie und Freiverantwortlichkeit vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 36 ff.

61 Zur offenkundigen Problematik der epistemischen Unsicherheit und den damit verbundenen Fragen der Feststellung von Freiverantwortlichkeit in solchen Situationen vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 88 ff.

Beeinträchtigungen ihrer eigenen Güter als Ausdruck von Selbstbestimmung bzw. Autonomie hingenommen werden. Sie berechtigen Dritte – sofern Fremdgefährdung ausgeschlossen ist – nicht dazu, diese Person an der Ausführung zu hindern. Ob Freiverantwortlichkeit, Autonomie bzw. Selbstbestimmung im Einzelnen zuerkannt werden, hängt maßgeblich davon ab, welche Verfügungsmacht über individuelle Freiheiten die Gesellschaftsmitglieder einander generell zuschreiben. Angesichts der Irreversibilität und des erheblichen Gewichts der Entscheidung über das fundamentale Gut des Lebens ist es gerechtfertigt, die Anforderungen für die Zuschreibung einer freiverantwortlich selbstbestimmten bzw. in diesem Sinne autonomen Willensentscheidung der betreffenden Person höher anzusetzen als im Hinblick auf Verfügungen über andere individuelle Rechtsgüter. Zugleich darf der Verfügungsspielraum der betroffenen Person über das höchstpersönliche Gut ihres Lebens nicht durch zu hohe Anforderungen faktisch aufgehoben werden.

In Ethik und Recht ist der Verweis auf „Autonomie“ allgegenwärtig. Gelegentlich wird er auch mit dem Begriff der Selbstbestimmung zur „autonomen Selbstbestimmung“ verknüpft.<sup>62</sup> Allerdings verbergen sich hinter dem Begriff der Autonomie sehr unterschiedliche Verständnisse. Während für die klassische, in der kantischen Tradition verwurzelte Autonomiekonzeption der Gedanke einer universal ausgerichteten Vernunftbindung der Willensbestimmung zentral ist, betonen andere Ansätze eher die Authentizität und Privatheit der jeweiligen Willensbildung.<sup>63</sup> Trotz seiner Omnipräsenz in der Diskussion um den assistierten Suizid bleibt daher oft

---

62 Diese Begrifflichkeit verwendet insbesondere das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, das die Entscheidung der einzelnen Person, ihrem Leben entsprechend dem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, als „Akt autonomer Selbstbestimmung“ bezeichnet (BVerfGE 153, 182, Rn. 210). Der Begriff wird in dem Urteil nicht näher erläutert. Das Syntagma aus diesen beiden normwissenschaftlichen Begriffen ist in der Debatte unüblich und wird deswegen nicht weiter aufgegriffen.

63 Vgl. Sensen 2013; Betzler 2013; Bormann 2021.

unklar, worauf der Autonomiebegriff konkret referiert. Um die daraus resultierenden Missverständnisse zu vermeiden, verzichtet der Deutsche Ethikrat nachfolgend auf diese zwar wichtige, aber mehrdeutige Kategorie. Da jedoch auch die von uns verwendeten Begriffe der Selbstbestimmung und der Freiverantwortlichkeit keineswegs selbsterklärend sind, bedarf es einiger grundsätzlicher Hinweise. Diese betreffen zum einen die freiheitstheoretischen Voraussetzungen der Rede von der Selbstbestimmung und zum anderen die Konturen der anthropologischen Personalitätskonzeption bzw. des psychologischen Persönlichkeitsmodells, das einer freiverantwortlichen Entscheidung zugrunde liegt.

Der Begriff der Selbstbestimmung ist eng mit dem der Freiheit – insbesondere der Willensfreiheit – verbunden. Freiheit meint die komplexe Fähigkeit zur überlegten und ungehinderten bzw. gegebenenfalls hindernisüberwindenden Entscheidungs- bzw. Willensbildung<sup>64</sup>, die als solche an eine Vielzahl unterschiedlicher Einzelkompetenzen und Voraussetzungen gebunden ist. Die Debatte um die Willensfreiheit ist komplex und vielstimmig.<sup>65</sup> Gleichwohl stimmen zumindest die Anhänger kompatibilistischer<sup>66</sup> und libertarischer<sup>67</sup> Positionen darin überein, dass die wechselseitige Unterstellung von Willensfreiheit die notwendige Voraussetzung für eine soziale Welt ist, die auf klar zuweisbaren Verantwortlichkeiten beruht. Als handlungs- und entscheidungsfähige Subjekte gehen wir in der Regel davon aus, dass wir in einer bestimmten Situation so oder anders handeln können

---

64 Vgl. Seebaß 2006, 212.

65 Zum Überblick vgl. Pauen 2011; Keil 2007.

66 Kompatibilistinnen und Kompatibilisten vertreten die Auffassung, dass Freiheit und Determinismus miteinander vereinbar sind, wobei unterschiedliche Spielarten eines solchen Versöhnungsprojektes mit jeweils unterschiedlichen Konsequenzen für das konkrete Freiheitsverständnis entwickelt wurden (vgl. Keil 2007, 50 ff.).

67 Der Libertarismus verteidigt einen starken Begriff der Willensfreiheit, indem er das Anderskönnen unter gegebenen Bedingungen sowohl gegenüber einem harten Determinismus als auch gegenüber kompatibilistischen Positionen verteidigt.

(Alternativismus<sup>68</sup>), und dies aus mindestens subjektiv plausiblen Gründen. Unabhängig davon, wie man den Sinngehalt des Freiheitsbegriffs im Einzelnen konzeptualisiert – zum Beispiel als Spontaneität oder als Handlungsurheberschaft –, bildet die grundsätzliche Zuerkennung von Willensfreiheit einen integralen Bestandteil unseres basalen Selbstverständnisses als verantwortungsfähige Personen.

Der Begriff der Person markiert in seiner anthropologischen Dimension das prinzipielle Vermögen jedes Menschen zur Selbstreflexivität und verantwortlichen Selbstgestaltung. Zugleich steht er für die Existenzweise des Menschen, die sich in seiner wesentlichen Beziehungshaftigkeit manifestiert. Anders gewendet: Person ist Individualität in und aus Sozialität. In dieselbe Richtung weist ein psychologisch fundierter Begriff der Person: Mit diesem wird die Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit jedes Menschen zum Ausdruck gebracht, die sich in der organischen Gesamtheit der Vielzahl von psychischen Funktionen widerspiegelt: „Eine Person ist ein [...] Existierendes, das, trotz der Vielheit der Teile, eine reale, eigenartige und eigenwertige Einheit bildet, und als solche, trotz der Vielheit der Teilfunktionen, eine einheitliche, zielstrebige Selbsttätigkeit vollbringt.“<sup>69</sup> Dabei ist die Person immer in ihrer biografischen Entwicklung zu begreifen.<sup>70</sup> Mit Persönlichkeit wird dagegen die besondere Art einer Person umschrieben, zu denken, sich zu verhalten, Probleme zu verarbeiten und zu bewältigen;<sup>71</sup> hier werden also bestimmte Merkmale der Person

---

68 Dieser sogenannte Alternativismus ist auf der einen Seite von einem Freiheit und Verantwortung ausschließenden Determinismus und auf der anderen Seite vom bloßen Zufall abzugrenzen. Während menschliche Handlungen aus deterministischer Perspektive als bloße Glieder einer kausal feststehenden Ereignisabfolge zu verstehen sind, gleicht die gegenläufige Strategie einer immer weiteren Entkopplung der Willensfreiheit von der Welt der Handlungsgründe freie Entscheidungen dem bloßen Zufall an. Beides widerspricht unserer Selbsterfahrung.

69 Stern 1906, 16.

70 Vgl. Kruse 2005.

71 Vgl. grundlegend Neyer/Asendorpf 2018, darin vor allem 23 ff. und 135 ff.

ins Zentrum gerückt, die sich auch dazu eignen, Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen Personen zu erfassen.

Eine freiverantwortliche Entscheidung setzt voraus, dass eine Person tatsächlich in der Lage ist, verschiedene Handlungsalternativen in ihrer Bedeutung für sich selbst und ihre Umwelt, insbesondere ihre Mitmenschen, zu bewerten und ihre Entscheidung am Ergebnis dieser Bewertung auszurichten. Dies zu betonen, scheint gerade im Kontext der Debatte um Suizid und Suizidassistentz wichtig, weil es im Zuge der Entstehung einer manifesten Suizidalität zu kognitiven oder emotionalen Verengungen der eigenen Wahrnehmungs- und Erlebnisfähigkeit kommen kann, die im Ergebnis dazu führen, dass tatsächlich bestehende Handlungsalternativen nicht mehr als solche in den Blick kommen und erfahren werden.

Bei der Betrachtung möglicher Handlungsalternativen, die sich dem Individuum bieten, ist zwischen einer objektiven und einer subjektiven Perspektive zu unterscheiden. Die objektive Perspektive beschreibt Handlungsalternativen, die sich bei einer fachlichen Analyse der gegebenen Situation zeigen. Die subjektive Perspektive beschreibt Handlungsalternativen, die das Individuum selbst wahrnimmt, wobei die individuelle Wahrnehmung der Situation deutlich von deren objektiver Bewertung abweichen kann. Die Art und Weise, wie die Person auf eine Situation – in dem hier angesprochenen Falle: auf die Handlungsalternativen – blickt, ist nicht nur von der objektiven Beschaffenheit der Situation beeinflusst, sondern auch von Gefühlen und Affekten in der gegebenen Situation (emotionale Prozesse) sowie von Bedürfnissen und persönlich verpflichtenden Werten und Normen, die in der Situation angesprochen sind (motivationale Prozesse).

Die Interaktion zwischen kognitiven, emotionalen und motivationalen Prozessen zeigt sich zunächst bei einer *thematischen Analyse* des aktuellen Erlebens, Verhaltens und Handelns. Mit der thematischen Analyse wird der Akzent auf die *Themen* gesetzt, die das aktuelle Erleben einer Person beeinflussen und auf diesem Wege mitbestimmen, ob und in

welchem Maße das Individuum frei und verantwortlich entscheiden kann. So kann im Falle einer für das Individuum hochgradig belastenden, wenn nicht sogar traumatisierenden Situation der Blick auf andere Themen und damit auf mögliche Handlungsalternativen verstellt sein. Eine solche thematische Dominanz ist vor allem in Situationen beobachtbar, in denen das Individuum in so hohem Maße emotional und affektiv reagiert, dass von einer seelischen Erschütterung zu sprechen ist. Eine freiverantwortliche Entscheidung ist in solchen Situationen gegebenenfalls nur bedingt möglich. Erst im Prozess der Überwindung der Erschütterung beginnt die Person die sich bietenden Handlungsalternativen differenzierter wahrzunehmen und zu beurteilen, und schafft damit die Grundlagen für eine freiverantwortliche Entscheidung. Die thematische Analyse kann aber auch zu dem Ergebnis führen, dass die Person selbst in der hochgradig belastenden oder traumatisierenden Situation in der Lage ist, eine freiverantwortliche Entscheidung zu treffen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich in der Biografie eine zeitlich überdauernde thematische Struktur ausgebildet hat, in der mehr und mehr das Leitbild einer alle Situationen (auch) rational analysierenden, sich (auch) vom emotionalen Gehalt belastender Situationen distanzierenden Haltung dominiert.

Damit sind subjektive Kompetenz- oder Wirksamkeitsüberzeugungen angesprochen, die gleichfalls große Bedeutung für die gegebene bzw. eingeschränkte Fähigkeit besitzen, in einer hochbelastenden Situation frei und verantwortlich zu entscheiden. Wird eine Person von der konstant wirksamen Überzeugung bestimmt, auch solche Situationen gestalten, das heißt in positiver Richtung verändern zu können, dann wird sie Handlungsalternativen in der Regel klarer wahrnehmen, als wenn ihre Kompetenz- oder Wirksamkeitsüberzeugungen gering ausgeprägt sind. Personen, bei denen die Ausprägung dieser Überzeugungen gering ist, tendieren in Situationen mit hoher psychischer Belastungsintensität dazu, ihre Gestaltungs- und Veränderungsressourcen in Zweifel zu ziehen.

Bedeutsam ist hier, dass Personen mit stark ausgeprägten Kompetenz- oder Wirksamkeitsüberzeugungen über ihre Emotionen und Affekte reflektieren und diese damit sowohl in ihr Selbstkonzept als auch in ihre Lebensgestaltung sehr viel besser integrieren können. Nur wenn Emotionen nicht ausgeblendet werden oder wir uns nicht von ihnen überwältigen lassen, können sie zu einer selbstbestimmten Lebensgestaltung beitragen. Den Ausdruck von Emotionen und Affekten sowie deren Intensität und Verlauf können wir *gestalten*, wobei die differenzierte (Selbst-)Beobachtung zeigt, dass Emotionen und Affekte als dynamisches Geschehen zu begreifen sind. Beide bleiben nicht konstant oder stabil, sondern unterliegen in Intensität und Inhalt Veränderungen. Ihre personale Gestaltung birgt die Chance ihrer Bewusstwerdung. In diesem Gestaltungsprozess kann der Person etwas bewusst werden, was sie vorher *so* noch nicht erkannt hat. Das Reflektieren über aktuell auftretende Emotionen und Affekte ist eine Grundlage von Selbsterkenntnis.<sup>72</sup>

Zudem kommt Emotionen und Affekten eine bedeutende „responsive Funktion“ zu: Sie bilden den Resonanzboden für Ereignisse in der persönlichen Umwelt und tragen auch dadurch zu deren Bewusstwerdung bei. Dabei können sehr unterschiedliche Formen und Grade der emotionalen Sensibilität bestehen. Entsprechend ergeben sich große Unterschiede in der Responsivität. Über diese Erkenntnis ermöglichende Funktion hinaus erweist sich die Gestaltung von Emotionen und Affekten auch in motivationaler Hinsicht als bedeutsam. Die tugendethischen Traditionen der Moralphilosophie beruhen auf der Einsicht, dass es der Kultivierung menschlicher Emotionen und Affekte bedarf, um moralische Überzeugungen und Einsichten tatsächlich handlungswirksam werden zu lassen.

---

72 Vgl. Filipp 1999; grundlegend Filipp/Aymanns 2018; zum tugendethischen Hintergrund dieser Thematik vgl. Wolf 1995; Luckner 2005.



### ***Relationale und graduierbare Selbstbestimmung***

Entsprechend dem dargelegten relationalen Verständnis der Person (siehe oben zu „Freiverantwortlichkeit, Autonomie und Selbstbestimmung“) geht der Deutsche Ethikrat auch 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.<sup>73</sup> Dementsprechend hat die Selbstbestimmung kognitive, emotionale wie auch voluntative Komponenten und ist darüber hinaus an bestimmte soziale Bedingungen gebunden.<sup>74</sup> 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.

Die kognitiven, emotionalen und voluntativen Faktoren, die Selbstbestimmung ermöglichen, sind in bestimmten Lebensphasen und -bereichen je nach äußerer Lage oder innerer Verfassung in unterschiedlichem Ausmaß vorhanden: die Erkenntnis der für eine Entscheidung relevanten Umstände (vgl. Abschnitt 3.2); die von der Reife und etwaigen psychischen Beeinträchtigungen<sup>75</sup> abhängige Fähigkeit, die Bedeutung der erkannten Umstände zu erfassen und die sich aus dieser Bedeutung ergebenden Präferenzen realitätsbezogen gegeneinander abzuwägen (vgl. Abschnitt 3.3); die Überlegtheit und Ernsthaftigkeit der Entscheidung (vgl. Abschnitt 3.4) sowie deren Eigenständigkeit (vgl. Abschnitt 3.5). Die

---

73 Zum Begriff der Selbstbestimmung vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 46 ff.; 2018, 39 f.

74 Vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 48.

75 Miteinbezogen sind hier auch die neurokognitiven Störungen (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 811 ff.).

Belastung durch Lebenslagen ist hierbei ebenfalls variabel (vgl. Abschnitt 3.6). Aufgrund der Variabilität all dieser Faktoren ist Selbstbestimmung immer graduert.<sup>76</sup> Deshalb sind die Entscheidungen eines Menschen in unterschiedlichem Maße selbstbestimmt.

### ***Freiverantwortliche Selbstbestimmung***

Ist das Maß der Selbstbestimmung für eine Entscheidung hinreichend, so sprechen wir von freiverantwortlicher Selbstbestimmung. Der Begriff der Freiverantwortlichkeit impliziert, dass die Entscheidung aufgrund des Maßes der Selbstbestimmung als frei zu bewerten und deshalb moralisch zu verantworten ist und zwar sowohl vor sich selbst als auch vor den Anderen, die von der Entscheidung unausweichlich (mit-) betroffen sind.<sup>77</sup> Dieser Begriff verweist damit auf die relationale Verfassung von Freiheit und Selbstbestimmung<sup>78</sup>, ist aber – ungeachtet der Doppeldeutigkeit des Wortteils verantwortlich<sup>79</sup> – nicht als moralische Bewertung des Inhalts der Entscheidung zu verstehen.

In welchem Maße die Anforderungen an die Selbstbestimmung für die Qualifikation einer Entscheidung als freiverantwortlich erfüllt sein müssen, ist normativ zu bestimmen und hängt vom Gegenstand der zu treffenden Entscheidung ab. Maßgeblich ist dabei in erster Linie deren Komplexität. Die Anforderungen an die Selbstbestimmung müssen für eine

---

76 Vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 46 ff.; 2017b, 178 ff.; 2018, 40 ff.

77 Vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 39 f.

78 Zur Relationalität von Freiheit und Selbstbestimmung vgl. Deutscher Ethikrat 2012, 47; 2018, 39 f.

79 Sowohl nach dem allgemeinen Sprachgebrauch als auch aus ethischer Perspektive besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen einer „zu verantwortenden“ und einer „verantwortbaren“ Entscheidung. Während erstere ungeachtet ihrer persönlichen Zurechenbarkeit auch moralisch falsch sein kann, zeichnet sich letztere gerade dadurch aus, dass sie wohlbegründet erscheint und damit zu Recht den Anspruch der sittlichen Richtigkeit erhebt. Mögliche Bedenken gegen den Begriff der Freiverantwortlichkeit stellt der Deutsche Ethikrat hier zurück (zur Gesamtproblematik des Begriffsfeldes der Freiverantwortlichkeit vgl. Deutscher Ethikrat 2018, inkl. Sondervotum).

freiverantwortliche Entscheidung umso höher sein, je schwieriger Handlungsoptionen für die betroffene Person zu übersehen und zu bewerten sind. Außerdem sind die Anforderungen umso höher, je gravierender die Folgen dieser Entscheidung für grundlegende Güter dieser Person selbst oder für Dritte sind.

Sind die Konsequenzen einer Entscheidung wenig gravierend, so kann für eine Ausübung des Selbstbestimmungsrechts ein vergleichsweise geringes Maß an Selbstbestimmung schon als hinreichend erachtet werden. Hat eine Entscheidung hingegen für die betroffene Person schwerwiegende Konsequenzen, so muss das Maß der Selbstbestimmung hoch sein, um die Entscheidung als freiverantwortlich anzuerkennen.

Aufgrund der existentiellen Bedeutung einer Suizidentcheidung sind an deren Freiverantwortlichkeit besonders hohe Anforderungen zu stellen. Demnach müssen Anforderungen, deren Erfüllung für die Freiverantwortlichkeit anderer Entscheidungen hinreicht, nicht auch die von Suizidentscheidungen verbürgen. Insbesondere nicht gründlich überlegte oder lediglich den Erwartungen anderer Personen Rechnung tragende Suizidentscheidungen sind nicht als freiverantwortlich zu bewerten (vgl. Abschnitte 3.4 und 3.5).

Die Anforderungen an die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung müssen damit einerseits besonders hoch sein, dürfen aber andererseits das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben nicht entleeren. Daraus ergibt sich ein gewisses Spannungsverhältnis, das bei der folgenden Analyse der einzelnen Voraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentcheidung ausbalanciert werden muss. Dies ist auch deshalb eine Herausforderung, weil der Vielfalt von Suizidentscheidungen in unterschiedlichen Lebenslagen Rechnung zu tragen ist. Die Anforderungen an einen freiverantwortlichen Suizid können nicht nur mit dem Blick auf bestimmte Konstellationen des Suizids formuliert werden, sondern müssen für die gesamte in den Fallvignetten dargestellte Vielfalt möglicher Suizidentscheidungen angemessen sein.

### 3.2 Hinreichende Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte

Auf der Grundlage der vorstehenden Überlegungen sind an die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung als erstes kognitive Anforderungen zu stellen. Eine freiverantwortliche Suizidentscheidung setzt voraus, dass die entscheidende Person über den Gegenstand der von ihr zu treffenden Entscheidung hinreichend informiert ist. Für die Suizidentscheidung hat das Bundesverfassungsgericht an diese hinreichende Information zu Recht besonders anspruchsvolle Voraussetzungen gestellt. Um freiverantwortlich über die Beendigung des eigenen Lebens entscheiden zu können, muss die betroffene Person über „sämtliche Informationen“ verfügen, das heißt, ihr müssen „alle entscheidungserheblichen Gesichtspunkte tatsächlich bekannt“ sein. Dies schließt ein, „dass der Entscheidungsträger Handlungsalternativen zum Suizid erkennt, ihre jeweiligen Folgen bewertet und seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft“.<sup>80</sup>

Bevor nachfolgend der Umfang der als „erheblich“ zu qualifizierenden Informationen näher bestimmt und verschiedene Formen ihres Fehlens gegeneinander abgegrenzt werden, sind drei grundsätzliche Aspekte zu betonen: Erstens kommt es bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung auf die Gründe für eine etwaige Unkenntnis nicht an. Auch wenn die Unkenntnis für die betroffene Person vermeidbar ist, also darauf beruht, dass sie sich nicht darum bemüht, die für ihre Entscheidung erheblichen Gesichtspunkte zutreffend zu erfassen, ist eine ohne hinreichende Kenntnis dieser Gesichtspunkte getroffene Suizidentscheidung nicht freiverantwortlich. Entsprechendes gilt, wenn Betroffene sich gegenüber der Faktenlage verschließen, also zum Beispiel entgegen ärztlicher Diagnose und Aufklärung auf der

---

80 BVerfGE 153, 182, Rn. 242.

Fehlvorstellung beharren, an einer schwerwiegenden Erkrankung zu leiden, deren weiteres Fortschreiten mit unerträglichen Schmerzen verbunden sein wird.

Zweitens ist generell zwischen der Ebene der entscheidungsrelevanten Sachverhalte und ihrer subjektiven Bewertung zu unterscheiden (siehe auch die Ausführungen zum Persönlichkeitsmodell in Abschnitt 3.1). Für die Freiverantwortlichkeit ist allein die erste Ebene der den Sachverhalt konstituierenden Umstände bedeutsam, die als solche einer Dritte-Person-Perspektive und damit einer intersubjektiven Überprüfung zugänglich sein müssen. Wie dieser Sachverhalt dagegen zu bewerten ist, bleibt den individuellen Überzeugungen der Betroffenen und damit dem Selbstbestimmungsrecht der Suizidwilligen überlassen. Da die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung strikt von der moralischen Richtigkeit des Entscheidungsergebnisses zu unterscheiden ist, sind Wertvorstellungen der betroffenen Person zur Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechts bei der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit uneingeschränkt zu respektieren. Auch wenn sie von den allgemein in der Gesellschaft vorherrschenden Vorstellungen erheblich abweichen und die auf ihnen beruhende Suizidentscheidung deshalb im Ergebnis „nicht nachvollziehbar“ erscheint, schließt dies die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung nicht aus. Jedoch sollte die fehlende Nachvollziehbarkeit einer Suizidentscheidung stets dazu Anlass geben, der Frage nachzugehen, ob die der Entscheidung zugrundeliegende Überlegung ihrerseits auf der Unkenntnis tatsächlicher Umstände beruht.

Drittens ist davon auszugehen, dass die Motive einer Suizidentscheidung – wie die in Kapitel 2 enthaltenen Fallvignetten zeigen – unterschiedlich komplex ausfallen können und der betroffenen Person selbst nicht immer vollumfänglich bewusst sind, da im Zuge einer suizidalen Entwicklung mit erheblichen kognitiven Einengungen zu rechnen ist.

Dies vorausgeschickt ist im Blick auf mögliche kognitive Defizite, die die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung

aufheben, die Konstellation des *Irrtums* von der des *Nichtwissens* zu unterscheiden. Ein Irrtum besteht in einer realitätsfernen Überzeugung bezüglich eines entscheidungsrelevanten Umstandes, die objektiven, einer empirischen Überprüfung zugänglichen Sachverhalten widerspricht. Ein Nichtwissen liegt vor, wenn der betroffenen Person die Vorstellung über eine Möglichkeit des Umgangs mit einem Umstand fehlt, der für ihre Entscheidung von Bedeutung ist. Das Fehlen solcher Vorstellungen ist in diesem Zusammenhang deswegen besonders relevant, weil es gerade im Kontext suizidaler Entwicklungen oft dazu kommt, dass sich die Wahrnehmung Betroffener auf bestimmte Ausschnitte der Realität fixiert und andere Sachverhalte ausblendet. Sowohl Irrtum als auch Nichtwissen können je nach Lebenslage und Kontext unterschiedliche Komplexitätsgrade aufweisen.

Aus Informationsverarbeitungsperspektive kann der Entscheidungsprozess zunächst sowohl durch Aufmerksamkeits- als auch durch Ausblendungsdefizite beeinträchtigt werden.<sup>81</sup> Relevante Informationen werden zum Teil nicht erkannt oder nur unzureichend beziehungsweise gar nicht beachtet. Für die Entscheidungsfindung irrelevante Situationsmerkmale und Assoziationen können möglicherweise nicht in dem für eine konzentrierte Verarbeitung notwendigen Maße ausgeblendet werden. Das kann wiederum dazu beitragen, dass *impulsive*, unter Umständen durch flüchtige Eindrücke nahegelegte Intentionen gebildet und realisiert werden. Die hier angesprochene Problematik zeigt sich besonders deutlich bei andauernden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen, insbesondere bei vorliegender psychischer Komorbidität.<sup>82</sup> Zu verweisen ist zudem auf ruminative Prozesse („andauerndes Grübeln“),<sup>83</sup> die das Fortbestehen einmal aufgetretener

---

81 Vgl. Reuter-Lorenz/Festini/Jantz 2021; Filipp 1999.

82 Vgl. Forte et al. 2021; Fuller-Thomson et al. 2022.

83 Der Begriff der Rumination bezeichnet das fortgesetzte Grübeln über Schicksalsschläge sowie das Nachdenken über eigene Fehler. In diesem Prozess werden vielfach Situationen aus der Biografie erinnert, in denen

Suizidgedanken begünstigen können. Der Informationsverarbeitungsprozess ist hier möglicherweise blockiert und muss immer wieder von neuem begonnen und durchlaufen werden, ohne dass es der Person gelingt, zu einer optimistischeren Einschätzung ihrer Lage zu finden.<sup>84</sup>

Da Suizidwünsche aus unterschiedlichen Gründen entstehen können, ist für die informationellen Mindestvoraussetzungen einer freiverantwortlichen Suizidentcheidung die subjektive Perspektive des jeweiligen Individuums entscheidend. Welche Gesichtspunkte und Informationen als entscheidungserheblich zu qualifizieren sind, hängt damit auch von den Gründen ab, aus denen Betroffene ihr Leben beenden wollen. Je konkreter diese Gründe sind, desto leichter dürfte festzustellen sein, ob die diesbezüglichen Annahmen der Person auf realitätsgerechten Urteilen oder aber auf relevanten Irrtümern oder Wissenslücken beruhen.

Wie die Fallvignetten zeigen, basiert der Suizidwille in vielen Fällen darauf, dass Betroffene eine belastende Lebenslage entweder nicht mehr ertragen oder das Eintreten einer als unerträglich antizipierten Lebenslage vermeiden wollen (vgl. Abschnitt 3.6). In diesen Fällen sind für die Suizidentcheidung alle tatsächlichen Umstände erheblich, die für die Art und das Ausmaß der Belastung von Bedeutung sind. Zu diesen Umständen gehören neben dem die Belastung begründenden Sachverhalt auch die Möglichkeiten, diese Belastung ohne einen Suizid abzuwenden oder zumindest zu reduzieren.

So ist zum Beispiel die Entscheidung, mit einer bestimmten körperlichen oder psychischen Erkrankung nicht weiterleben zu wollen, letztendlich zu respektieren, wenn ihr – wie in den Fallvignetten 9, 10 und 11 – eine zutreffende Vorstellung über den erwartbaren Ablauf der Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zugrunde liegt. Beruht eine solche

---

die Person – in ihrer Selbstwahrnehmung – Misserfolge erlitten hat oder gescheitert ist. Viele Personen fühlen sich zudem niedergeschlagen und den wiederkehrenden Gedanken ausgeliefert (vgl. Watkins/Roberts 2020).

84 Vgl. Izanloo et al. 2021; Rogers/Gallyer/Joiner 2021.

Entscheidung jedoch darauf, dass die betroffene Person keine hinreichend realistische Vorstellung über die Auswirkungen der bei ihr diagnostizierten Erkrankung hat oder sie über die Möglichkeiten zu deren Behandlung nicht hinreichend informiert ist, so kennt sie nicht alle für die Suizidentscheidung erheblichen tatsächlichen Umstände. In einem solchen Fall ist ihre Entscheidung nicht als freiverantwortlich zu bewerten. Denn nicht nur die irrtümliche Vorstellung belastender Umstände, sondern auch die Unkenntnis bestehender Möglichkeiten zur Abwendung einer vorhandenen oder drohenden Belastung schließen die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung aus. Dies gilt nicht nur für eine durch schwerwiegende körperliche oder psychische Erkrankung motivierte Suizidentscheidung, sondern in gleicher Weise auch für Suizidentscheidungen, die auf anderen stark belastenden Lebenslagen, etwa auf Vereinsamung, Überforderung oder materieller Not beruhen. Auch in derartigen Fällen ist eine Suizidentscheidung nur dann freiverantwortlich, wenn die betroffene Person über die zur Abwendung oder Verminderung der jeweiligen Belastung bestehenden Möglichkeiten und die diesbezüglichen Hilfsangebote hinreichend informiert ist.

Die Frage, ob und inwieweit bestehende Hilfsangebote geeignet sind, die zum Suizid motivierende Belastung abzuwenden bzw. zu vermindern, ist allein auf der Grundlage der individuellen Suizidmotivation sowie der persönlichen Einstellungen und Wertoptionen der Betroffenen zu beurteilen. Für die Beurteilung muss daher insbesondere die Suizidmotivation genau analysiert werden. Beruht etwa – wie in Fallvignette 3 – der Wille zur Beendigung des Lebens darauf, dass eine betroffene Person dem Leben nach dem Verlust ihres Ehepartners, einer zunehmenden Vernachlässigung durch die eigenen Kinder sowie fortschreitenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen keinen Sinn mehr abgewinnen kann, so darf dies nicht pauschal mit einer auf Vereinsamung beruhenden Suizidmotivation gleichgesetzt werden. Die bloße Ermöglichung alternativer sozialer Kontakte beseitigt in einer solchen



Konstellation in der Regel nicht die Suizidmotivation. Dementsprechend ist die Kenntnis darauf gerichteter Hilfsangebote keine notwendige Voraussetzung für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung.

Besteht der zentrale Grund für den Suizidwunsch darin, „anderen nicht (länger) zur Last zu fallen“, ist die Bestimmung der entscheidungserheblichen Informationen anspruchsvoll. Da sich hinter diesem Wunsch verschiedene Motive (etwa des Altruismus, der Scham angesichts des eigenen körperlichen und/oder geistigen Verfalls, der damit verbundenen narzisstischen Kränkung) verbergen können, sind entscheidungsrelevante Irrtümer und Wissensdefizite nicht immer einfach zu identifizieren. Es mag Fälle geben, in denen die betreffende Person nicht um die Bereitschaft von An- und Zugehörigen weiß, etwaige Pflegeleistungen zu übernehmen. Aber diese Bereitschaft stellt die Freiverantwortlichkeit einer solchen Suizidentscheidung nicht zwangsläufig infrage. Beruht die Suizidmotivation auf Altruismus oder Scham, kann die Bereitschaft zur Übernahme der Pflege diese sogar verstärken. Wie schon die Fallvignetten zeigen, sind die Probleme nicht rein kognitiver Natur, sondern betreffen auch die affektive bzw. emotionale Ebene – etwa des Vertrauens in bestehende oder neue Beziehungsangebote.

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 ein individueller Maßstab zugrunde zu legen sei, das heißt, dass sich die Pflicht zur Aufklärung nach dem konkreten Wissensbedarf und dem Willen der Betroffenen bestimme. Auch wenn ein vollständiger Verzicht auf die Aufklärung nicht ermöglicht werden könne, hinge damit das Ausmaß der für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung erforderlichen Information über Hilfsangebote davon ab, ob die suizidale Person die betreffenden Angebote annähme oder nicht. Lehne sie

aufgrund ihrer persönlichen Wertvorstellungen beispielsweise bestimmte Formen medizinischer Behandlung grundsätzlich ab, so müsse sie – ungeachtet der Notwendigkeit einer medizinischen Basisaufklärung – für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung nicht darüber informiert sein, welche Möglichkeiten und Erfolgsaussichten die betreffenden Behandlungen in ihrem Fall bieten würden. Entsprechendes gelte auch für nicht medizinische Möglichkeiten zur Abwendung bestehender Belastungen. Betroffene hätten deshalb 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.

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 der suizidalen Person abhängig gemacht werden dürfe und in diesem Sinne umfassend sein müsse. Die Aufklärung sei zwar insofern durchaus auf die (vermutete) individuelle Motivkonstellation der betroffenen Person auszurichten, als unmöglich alle denkbaren Konstellationen erfasst werden können. Der Sinn einer im Rahmen der jeweiligen Sorgfaltspflichten zu leistenden Informationsgabe professioneller Akteurinnen und Akteure bestehe jedoch gerade darin, die Wahrnehmung der Betroffenen zu weiten und zu helfen, situative Fixierungen zu überwinden. Erst auf der Grundlage einer erfolgten umfassenden Aufklärung und Pflichtberatung stehe es einer suizidalen Person im Rahmen ihrer persönlichen Wertüberzeugungen daher frei, die ihr eröffneten alternativen Handlungsmöglichkeiten abzulehnen und sich freiverantwortlich für den Suizid zu entscheiden.

Beruhet der Wille zur Beendigung des eigenen Lebens schließlich nicht auf einer konkreten, die betroffene Person

belastenden Lebenslage, sondern auf einem allgemeinen Verlust des Lebenswillens, zum Beispiel einer als dauerhaft empfundenen Erschöpfung der Lebenskräfte (vgl. Abschnitt 2.4) oder dem Gefühl, im Leben „zutiefst überflüssig“ zu sein (Fallvignette 7), so stellen sich wiederum anders gelagerte Herausforderungen an die Bestimmung der informationellen Mindestanforderungen einer freiverantwortlichen Entscheidung. Zwar besteht auch hier die Möglichkeit, dass einer suizidwilligen Person phasenweise die Vorstellung fehlt, sich alternative Möglichkeiten zu einem neuen Sinnerleben auf womöglich völlig neuen Handlungsfeldern erschließen zu können. Doch ist angesichts der irreduziblen Pluralität des Sinnerlebens auch damit zu rechnen, dass solche existenziellen Sinnkrisen dauerhaft bestehen bleiben und von der betroffenen Person nicht mehr überwunden werden können. Dementsprechend sind in solchen Fällen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung anders geartete informationelle Anforderungen zu stellen. Die zum Suizid motivierende Gefühlslage muss selbstkritisch reflektiert werden. Sie muss insbesondere daraufhin überprüft werden, ob es nicht doch Möglichkeiten gibt, die erschöpften Lebenskräfte wiederzubeleben bzw. im eigenen Leben neuerlich Sinn zu finden.

### **3.3 Hinreichende Selbstbestimmungsfähigkeit**

Eine freiverantwortliche Suizidentscheidung setzt neben der vorstehend beschriebenen Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte 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. 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. Zudem können psychische Störungen die Selbstbestimmungsfähigkeit so erheblich beeinträchtigen, dass das für eine freiverantwortliche Suizidentcheidung erforderliche hohe Maß nicht erreicht wird.

#### **a. Beeinträchtigung durch psychische Störungen**

Psychische Störungen einschließlich der neurokognitiven Störungen<sup>85</sup> begünstigen oft das Auftreten von Suizidgedanken und -impulsen. Sie sind ein erheblicher Risikofaktor für Suizide (vgl. Abschnitt 2.2). Deshalb sind effektive Hilfsangebote unbedingt nötig (vgl. Abschnitte 4.3 ff.). Derartige Störungen schließen die Fähigkeit zu einer freiverantwortlichen Suizidentcheidung freilich nicht automatisch aus.<sup>86</sup> Maßgeblich für den Ausschluss der Freiverantwortlichkeit durch eine psychische Störung ist eine aus dieser Störung resultierende bzw. mit ihr verbundene normativ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit. Wenn eine psychische Erkrankung<sup>87</sup> diese Fähigkeit nicht so weit einschränkt, dass eine realitätsbezogene, am eigenen Selbstbild ausgerichtete

---

85 Zur Verwendung des Begriffs der psychischen Störung als Oberbegriff vgl. Fn. 75.

86 Vgl. Calati et al. 2020; Richter 2021.

87 Psychische Erkrankungen wurden in der Geschichte der Psychiatrie und der Psychologie in sehr unterschiedlicher Weise klassifiziert. Heute dominieren mit der International Classification of Diseases (ICD) der WHO und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association psychopathologisch orientierte, das heißt auf die Erscheinungsform und nicht auf die Ursache der Beeinträchtigung abstellende Klassifikationssysteme. Die beiden dominierenden Systeme unterscheiden sich nicht grundlegend voneinander und werden fortlaufend revidiert (zum Ganzen näher vgl. Schneider/Frister/Olzen 2020, 60 ff.). Die folgende Darstellung orientiert sich an der 10. Revision der ICD (ICD-10), die derzeit in Deutschland Verwendung findet. Die WHO hat zwar 2019 bereits die 11. Revision der ICD (ICD-11) vorgestellt. Diese soll aber ab dem 1. Januar 2022 zunächst nur zur Dokumentation der Todesursachen angewendet werden (zu Ablauf und Bedeutung der 11. Revision der ICD vgl. Sievers 2021).

Abwägung des Für und Widers nicht mehr möglich ist, schließt sie die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung nicht aus. Dies gilt selbst dann, wenn das mit der Erkrankung verbundene psychische Leid diese Entscheidung mit verursacht.

Gleichwohl sind psychische Störungen, die das Auftreten von Suizidgedanken und -impulsen begünstigen, häufig mit mehr oder weniger gravierenden Beeinträchtigungen der Selbstbestimmungsfähigkeit verbunden. Besonders schwerwiegend sind diese Beeinträchtigungen bei der mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen verbundenen Schizophrenie<sup>88</sup>, die zumindest während einer akuten Episode die Fähigkeit zu freiverantwortlichen Entscheidungen ausschließt.<sup>89</sup> Weil es zwischen den akuten Episoden durchaus zu einem teilweisen oder sogar vollständigen Rückgang der Symptome kommen kann,<sup>90</sup> ist jedoch selbst bei dieser Erkrankung eine konkrete Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit für den Zeitpunkt der Suizidentscheidung erforderlich.<sup>91</sup>

Offensichtlich ist die Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei akuten Rauschzuständen durch Alkohol- oder Drogenkonsum (ICD-10 F10.0)<sup>92</sup> sowie bei organischen Erkrankungen oder Verletzungen, die zu einer Störung der Funktion des Gehirns führen.<sup>93</sup> Zu diesen Erkrankungen

---

88 Die verschiedenen Erscheinungsformen der Schizophrenie und der mit ihre verwandten schizotypen und wahnhaften Störungen sind in der ICD-10 unter F20–F29 beschrieben und kategorisiert.

89 Vgl. Pompili 2019; Spittler 2015.

90 Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann „entweder kontinuierlich episodisch mit zunehmenden oder stabilen Defiziten sein, oder es können eine oder mehrere Episoden mit vollständiger oder unvollständiger Remission auftreten“ (ICD-10 F20.-).

91 Vgl. Zürcher 2022; Grigoriou/Uptegrove/Bortolotti 2019.

92 Vgl. Atzendorf et al. 2019.

93 Die Funktionsstörung kann nicht nur aus spezifischen Krankheiten und Verletzungen des Gehirns, sondern auch aus Krankheiten resultieren, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen. Die verschiedenen Erscheinungsformen der hirnorganischen Erkrankungen werden in der ICD-10 unter Foo–Fog beschrieben und kategorisiert.

gehören auch verschiedene Formen der Demenz (ICD-10 F01–F03), bei denen höhere kortikale Funktionen wie etwa das Gedächtnis, das Denken, die Orientierung und die Auffassung gestört sind. In einem fortgeschrittenen Stadium schließen sie deshalb die Fähigkeit zu einer freiverantwortlichen Suizident-scheidung aus.

Schwieriger ist die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit dagegen in frühen Stadien einer Demenz.<sup>94</sup> Leichte Defizite im Kurzzeitgedächtnis und deutlich erkennbare Wortfindungsstörungen sind zwar häufig auftretende Symptome einer beginnenden Demenz, wirken sich aber noch nicht im erheblichen Maße auf die Selbstbestimmungsfähigkeit aus und stellen deshalb die Freiverantwortlichkeit einer Suizident-scheidung nicht infrage.

Als Beispiel für die erhaltene Freiverantwortlichkeit in frühen Stadien einer Demenz kann Fallvignette 11 dienen. Die in dieser Fallvignette deutlich hervortretende, differenzierte Antizipation möglicher Entwicklungen des Krankheits- und Symptomeschehens mit ihren etwaigen Auswirkungen auf die nächsten Zu- und Angehörigen legt die Freiverantwortlichkeit der Suizident-scheidung nahe.

Das Nachlassen der emotionalen Impulskontrolle bei einer Demenz, das sich in der Fallvignette 11 in Ansätzen drohender häuslicher Gewalt andeutet, ist allerdings für die Selbstbestimmungsfähigkeit von Bedeutung. Aber nur wenn die Impulskontrolle bereits in einem signifikanten Maße unter das selbst bei impulsiven Charakteren im Regelfall vorhandene Niveau abgesunken ist, ist die Fähigkeit zu einer rationalen Abwägung der sich aus der Beurteilung der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte ergebenden Präferenzen so stark beeinträchtigt, dass eine Suizident-scheidung nicht mehr als freiverantwortlich zu bewerten ist.

---

94 Vgl. Holmstrand et al. 2021; Mangino et al. 2020.

Auch bei den affektiven Störungen<sup>95</sup>, deren depressive Formen (ICD-10 F31–F34) in besonderem Maße mit einem Suizidrisiko verbunden sind (vgl. Abschnitt 2.2), ist der Ausschluss der Fähigkeit zu einer freiverantwortlichen Suizidentcheidung vom Ausprägungsgrad der Erkrankung abhängig. Affektive Störungen sind zwar nur bei einigen sehr schweren Formen mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen verbunden (ICD-10 F31.2, F31.5, F32.2). Bei diesen Störungen kann aber auch ohne psychotische Symptome die krankhafte, vom Gegenstand des aktuellen Erlebens unabhängige Stimmungsveränderung so dominant sein, dass die für eine realitätsbezogene Bewertung notwendige emotionale Einordnung der Gegenstände des Erlebens weitgehend überlagert und nivelliert ist. Eine solche normativ relevante Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit liegt zumindest bei schwereren depressiven Episoden in aller Regel vor. Diese Beeinträchtigung wird aber nicht bereits durch jede gedrückte Stimmung und auch nicht durch jede Verminderung von Aktivität und Antrieb ausgelöst.<sup>96</sup>

Dementsprechend beeinträchtigt insbesondere die Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine chronische, über Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch anhaltend genug ist, um die Kriterien einer wiederkehrenden depressiven Störung zu erfüllen, die Selbstbestimmungsfähigkeit in der Regel nicht auf juristisch oder ethisch erhebliche Weise. Sie ist zwar ebenfalls mit einem stark erhöhten Suizidrisiko verbunden, welches aber aus dem beträchtlichen Leid und der sich daraus ergebenden seelischen Not der Betroffenen resultiert, die nicht mit einer Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit gleichzusetzen ist (vgl. Abschnitt 3.6).

---

95 Affektive Störungen sind durch eine depressive oder manische Verschiebung der Stimmung und eine damit einhergehende Veränderung der Aktivität gekennzeichnet. Ihre verschiedenen Erscheinungsformen werden in der ICD-10 unter F30–F39 beschrieben und kategorisiert.

96 Vgl. Holmes et al. 2021.

Hier lässt sich als ein erstes Beispiel Fallvignette 7 anführen. Es handelt sich bei dem 73-jährigen Mann um eine Person mit Merkmalen einer Dysthymia. Diese Dysthymia wird akzentuiert durch die Erfahrung, nach Ausscheiden aus dem Beruf von anderen Menschen nicht mehr beachtet zu werden. Die Tatsache, dass der Mann um Gespräche nachsucht, in denen er über die bestehende psychische Belastung („nicht mehr gebraucht zu werden“, „nicht mehr anerkannt zu sein“) wie auch über seine Todeswünsche und Suizidintendenzen reflektieren kann, und dass er in der Lage ist, differenziert über seine Biografie und seine aktuelle Situation zu sprechen, zeugt von erhaltener Selbstbestimmungsfähigkeit.

Als ein zweites Beispiel dient Fallvignette 4. Diese veranschaulicht die Möglichkeit erhaltener Selbstbestimmungsfähigkeit selbst im Falle einer stärker ausgeprägten Dysthymia. Die 66-jährige Frau setzte sich intensiv mit dem „Für und Wider“ eines Suizids auseinander; darauf deutet auch der Abschiedsbrief hin. Sie hat sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, um eine Linderung der depressiven Störungen zu erreichen. Von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wurde sie als überlegt charakterisiert, ihr Handeln wurde als reflektiert eingeschätzt. Auch diese psychiatrisch-psychotherapeutische Einschätzung weist auf die erhaltene Selbstbestimmungsfähigkeit hin.

In derartigen Fällen ist dem Suizidrisiko durch effektive Hilfsangebote zur Linderung des Leidensdrucks entgegenzuwirken, ein Ausschluss der Freiverantwortlichkeit einer Suizidentcheidung aufgrund fehlender Selbstbestimmungsfähigkeit jedoch nicht anzunehmen.

Eine außergewöhnliche physische oder psychische Krisensituation kann selbst bei psychisch stabilen Menschen die Selbstbestimmungsfähigkeit beeinträchtigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn das persönliche Lebensfundament in *traumatischer* Weise erschüttert oder gänzlich zerstört ist (*shattered assumptions*<sup>97</sup>). Insbesondere die plötzliche Konfrontation mit extrem belastenden Ereignissen führt häufig zu einer Art von kurzfristiger „Betäubung“, zu einer massiven Einengung des Erlebenshorizonts, eingeschränkter Aufmerksamkeit, Unfähigkeit zur Verarbeitung von Reizen und zu Desorientiertheit.<sup>98</sup> So lange diese meist wenige Minuten nach dem initialen belastenden Ereignis auftretende und in der Regel bereits nach einigen Stunden oder wenigen Tagen

---

97 Vgl. Janoff-Bulman 1992.

98 Zur Symptomatik einer akuten Belastungsreaktion vgl. ICD-10 F43.0.



wieder abklingende akute Belastungsreaktion andauert, ist die Selbstbestimmungsfähigkeit in so einem Maße beeinträchtigt, dass eine Suizidentcheidung nicht als freiverantwortlich zu bewerten ist.

Als Beispiel kann Fallvignette 2 dienen. Zunächst ist zu konstatieren, dass der 42-jährige Mann bereits durch die Entwicklungen in der Partnerschaft (Folge von Kränkungen) und im Beruf (Ringeln um Stuserhalt) psychisch belastet war, womit die Widerstandsfähigkeit mit Blick auf weitere Belastungen erkennbar reduziert war. Die abrupt erfolgte Kündigung seiner Arbeitsstelle muss im Sinne höchster psychischer Belastung, wenn nicht sogar eines Traumas gedeutet werden. Die Selbstbestimmungsfähigkeit war durch die hochgradig affektive Reaktion erheblich eingeengt.

Außergewöhnliche physische oder psychische Belastungen können zudem – mitunter auch ohne eine vorherige, nach außen hin erkennbare akute Belastungsreaktion – länger anhaltende Belastungs- bzw. Anpassungsstörungen zur Folge haben.<sup>99</sup> Sie weisen allerdings zumeist eine weniger ausgeprägte psychopathologische Symptomatik auf und beeinträchtigen die Selbstbestimmungsfähigkeit in der Regel nicht so erheblich, dass die Freiverantwortlichkeit ausgeschlossen werden müsste. Zu beachten ist allerdings, dass sich eine anhaltende Belastungs- oder Anpassungsstörung nicht nur auf die Selbstbestimmungsfähigkeit auswirken, sondern auch andere Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit in Frage stellen kann. Die Freiverantwortlichkeit bedarf in solchen Fällen vor allem im Hinblick auf die erforderliche Überlegtheit der Entscheidung (vgl. Abschnitt 3.4) einer sorgfältigen Überprüfung.

Neben den genannten können noch weitere psychische Störungen, etwa Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F60–F69), neurotische Störungen (ICD-10 F40–F43) wie auch Intelligenzstörungen (ICD-10 F70–F79) die Selbstbestimmungsfähigkeit beeinträchtigen. Ob und inwieweit eine

---

<sup>99</sup> Zu deren Beschreibung und Symptomatik vgl. ICD-10 F43.1, F43.2.

solche Beeinträchtigung vorliegt, ist bei derartigen Diagnosen erneut auf der Grundlage der im konkreten Fall vorliegenden psychopathologischen Symptomatik zu entscheiden. Wenn sich aus dieser Symptomatik ergibt, dass die Fähigkeit, die für die Suizidentscheidung maßgeblichen Gesichtspunkte zu beurteilen und gegeneinander abzuwägen, nicht ausreicht, ist auch eine unter dem Einfluss solch weiterer Erkrankungen getroffene Suizidentscheidung als nicht mehr freiverantwortlich zu bewerten.

Ohne eine einzelfallbezogene substanziierte Begründung für eine normativ erhebliche Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit ist die Entscheidungsfreiheit der betreffenden Person zu respektieren. Die Diagnose einer psychischen Erkrankung als solcher schließt die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nicht aus.

#### ***b. Hinreichende geistige und psychische Reife***

Die Selbstbestimmungsfähigkeit wird durch kognitive, emotionale und volitive Fähigkeiten des Menschen begründet,<sup>100</sup> die Kinder und Jugendliche im Rahmen ihrer Entwicklung zum Erwachsenen erst allmählich erwerben und vertiefen.<sup>101</sup> Die Entwicklung dieser Fähigkeiten, die in ihrer Gesamtheit eine reife Persönlichkeit konstituieren, ist dabei nicht notwendigerweise gleichförmig, sondern verläuft zum Teil sprunghaft und zudem in den verschiedenen Teilbereichen mit unterschiedlicher Geschwindigkeit. Typischerweise entwickeln sich die kognitiven Fähigkeiten schneller als die emotionalen und volitiven. So verfügen Kinder und Jugendliche oft bereits über die Fähigkeit, die für eine Entscheidung erheblichen Gesichtspunkte zu erkennen, sind aber noch nicht in der Lage, deren emotionale Bedeutung anhand eines längerfristigen

---

<sup>100</sup> Die volitive Fähigkeit besteht in der notwendigen Willensstärke und Lebenszuversicht, eine ggf. grundsätzlich vorhandene Motivation in ein entsprechendes Eigenengagement zu transformieren (vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 50 f. m. w. N.).

<sup>101</sup> Vgl. Ryan/Deci 2020.

Erlebenshorizonts zu erfassen und ihre kurzfristigen, auf die Befriedigung spontaner Bedürfnisse gerichteten Willensimpulse entsprechend zu kontrollieren.<sup>102</sup>

Darüber hinaus verläuft die Entwicklung der die Selbstbestimmungsfähigkeit begründenden kognitiven, emotionalen und volitiven Fähigkeiten individuell sehr unterschiedlich, so dass gleichaltrige Kinder und Jugendliche in ganz unterschiedlichem Maße selbstbestimmungsfähig sein können.<sup>103</sup> Damit kann im Hinblick auf geistige und psychische Reife die Orientierung am chronologischen Alter immer nur eine vorläufige sein. Gleichwohl ist es geboten, „Volljährigkeit“ auch psychologisch zu deuten.<sup>104</sup> Das Individuum sollte mit Eintritt in die Volljährigkeit imstande sein, Verantwortung für die Folgen eigenen Handelns zu übernehmen sowie Überzeugungen und Entscheidungen unabhängig von Eltern und anderen Bezugspersonen zu vertreten. Werte und Ziele sollten realistisch und rational fundiert sein (auch im Sinne subjektiv stimmiger Begründung). Die Person sollte über jene Selbstregulationsfähigkeiten verfügen, die sie in die Lage versetzen, ihre Motivlage differenziert einzuschätzen und auszudrücken wie auch für die Gegenwart und Zukunft realistisch und persönlich stimmig zu planen. Weiterhin sollte die Perspektivenübernahme (im Sinne des Sich-Hineinversetzens in andere Menschen) gelingen. Schließlich sollte die Person eine stabile narrative Identität zeigen, mithin in der Lage sein, in Selbsterzählungen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu integrieren.

Deshalb kommt es aus *ethischer Sicht* für die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung darauf an, ob die geistige und psychische Reife eines Menschen im Einzelfall bereits ausreichend entwickelt ist. Aus *juristischer Sicht* ist in dieser Hinsicht jedoch auch die gesetzlich festgelegte Volljährigkeit bedeutsam. Sofern ein Gesetz keine besondere Altersgrenze

---

<sup>102</sup> Vgl. Krettenauer 2020.

<sup>103</sup> Vgl. Robson/Allen/Howard 2020.

<sup>104</sup> Hier handelt es sich immer nur um eine bloße Annäherung (vgl. Arnett 2018; Newman/Newman 2020).

vorsieht,<sup>105</sup> gilt jeder Mensch mit Vollendung des 18. Lebensjahres von Rechts wegen als hinreichend geistig und psychisch reif, um selbstständig entscheiden und handeln zu können. Dementsprechend endet auch die besondere Verantwortung der Eltern als Inhaber der elterlichen Sorge erst, wenn ihr Kind diese Altersgrenze erreicht.

Allerdings sieht auch das Recht nicht für alle Entscheidungen eine feste Altersgrenze vor. So wird bei der Beurteilung einer Einwilligung in medizinische Eingriffe darauf abgestellt, ob eine minderjährige Person im Einzelfall dazu in der Lage ist, über den zu beurteilenden Eingriff aufgrund einer verständigen, an einem eigenen Selbstbild ausgerichteten Abwägung des Für und Widers zu entscheiden. Sofern Minderjährige bereits über die dafür erforderliche geistige und psychische Reife verfügen, haben sie bei medizinischen Eingriffen zumindest<sup>106</sup> ein Mitentscheidungsrecht. Für den Eingriff ist dann sowohl ihre eigene als auch die Einwilligung der Sorgeberechtigten notwendig, die ggf. durch das Familiengericht ersetzt werden kann.<sup>107</sup>

Im Gegensatz zu einer Einwilligung in medizinische Eingriffe kann die Entscheidung über die Beendigung des eigenen

---

105 Für die Einwilligung in eine medizinisch oder kriminologisch indizierte Kastration muss der Betroffene zum Beispiel gemäß Kastrationsgesetz mindestens das 25. Lebensjahr vollendet haben (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 KastrG). Dies erklärt sich allerdings auch daraus, dass vor der Vollendung des 25. Lebensjahres kaum zuverlässig festgestellt werden kann, ob die Kastration „nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um bei dem Betroffenen schwerwiegende Krankheiten, seelische Störungen oder Leiden, die mit seinem abnormen Geschlechtstrieb zusammenhängen, zu verhüten, zu heilen oder zu lindern“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 KastrG) oder „bei dem Betroffenen ein abnormer Geschlechtstrieb gegeben ist, der nach seiner Persönlichkeit und bisherigen Lebensführung die Begehung rechtswidriger Taten im Sinne der §§ 176 bis 178, 211, 212, 223 bis 227 des Strafgesetzbuches erwarten läßt, und die Kastration nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft angezeigt ist, um dieser Gefahr zu begegnen und damit dem Betroffenen bei seiner künftigen Lebensführung zu helfen“ (§ 2 Abs. 2 KastrG).

106 In strafrechtlicher Hinsicht können hinreichend einsichtsfähige Minderjährige sogar allein entscheiden, das heißt, die Strafbarkeit wegen Körperverletzung ist in solchen Fällen auch ohne die zusätzliche Einwilligung der Sorgeberechtigten ausgeschlossen (vgl. Frister 2020, 206 Rn. 9).

107 Vgl. Laufs/Katzenmeier/Lipp 2021, 73 ff. Rn. 15 ff., 255 ff. Rn. 177 ff.

Lebens von den Eltern in keinem Fall stellvertretend für ihr Kind getroffen werden. Deshalb können Minderjährige ihr Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch einen Suizid im Ergebnis jedenfalls solange nicht ausüben, wie sie nicht selbst über das Für und Wider eines Suizids entscheiden können. Vor dem Hintergrund der existentiellen Bedeutung von Suizidentscheidungen und der generell für Minderjährige geltenden rechtlichen Beschränkungen erscheint es darüber hinaus naheliegend, für eine solche Entscheidung stets Volljährigkeit zu verlangen.

Aufgrund der existentiellen Bedeutung von Suizidentscheidungen sind an deren Freiverantwortlichkeit besonders strenge Maßstäbe anzulegen (vgl. Abschnitt 3.1). Die Selbstbestimmungsfähigkeit einer noch nicht 18 Jahre alten Person mag im Einzelfall zwar bereits ausreichen, um das Für und Wider einer ärztlichen (Routine-)Behandlung abwägen zu können. Für eine am eigenen Selbstbild ausgerichtete Abwägung des Für und Widers eines Suizids ist sie jedoch in aller Regel nicht hinreichend. Dementsprechend setzen solche Entscheidungen ein Maß an geistiger und psychischer Reife voraus, das in der Regel nicht vor dem Eintritt der Volljährigkeit erreicht wird.

Allerdings rechtfertigen es die durch die existenzielle Bedeutung der Suizidentscheidung bedingten hohen Anforderungen an ihre Freiverantwortlichkeit für sich genommen nicht, für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung die Volljährigkeit der betroffenen Person als feste Altersgrenze zu verlangen.<sup>108</sup> Denn eine solche Formalisierung der erforderlichen Reife schließt die Möglichkeit einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung auch für diejenigen Menschen aus, welche die das Abwägen des Für und Widers eines Suizids erforderliche Reife schon vor Erreichen dieser festen Altersgrenze erworben haben. Der darin liegende Eingriff in das Recht dieser Menschen, selbst über eine Beendigung ihres Lebens zu entscheiden, lässt sich nicht mit der Notwendigkeit eines strengen

---

108 Vgl. Gargiulo 2020.

Maßstabs bei der Beurteilung der ausreichenden geistigen und psychischen Reife begründen, sondern bedarf einer zusätzlichen Rechtfertigung.

Diese Rechtfertigung ergibt sich im Grundsatz aus dem Ziel der Gewährleistung von Rechtssicherheit. Weil die Feststellung der ausreichenden Reife im Einzelfall oft schwierig und höchst unsicher ist, ist eine zusätzliche Absicherung der Freiverantwortlichkeit von Suizidentscheidungen durch die Volljährigkeit durchaus sinnvoll. Die darin liegende Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts besonders reifer junger Menschen erscheint für die einen – so auch im Deutschen Ethikrat – schon deshalb zumutbar, weil eine freiverantwortliche Suizidentscheidung ohnehin eine hinreichende Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit voraussetzt (vgl. Abschnitt 3.4) und die Betroffenen den Suizid nicht aufgeben, sondern nur bis zum Eintritt der Volljährigkeit aufschieben müssten. Daher sei angesichts der besonderen Tragweite und Bedeutung der Entscheidung für einen Suizid in jedem Fall an dieser festen Altersgrenze festzuhalten.

Demgegenüber verweisen die anderen – so auch im Deutschen Ethikrat – darauf, dass die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Minderjährigen, die im Einzelfall über die hinreichende Reife verfügen, in bestimmten Fällen unverhältnismäßig sein kann.<sup>109</sup> Sie schlagen vor, die Voraussetzung der Volljährigkeit für solche Fälle ausnahmsweise durch prozedurale Absicherungen zu ersetzen, in denen die erforderliche geistige und seelische Reife unter Einbeziehung der sorgeberechtigten Eltern sorgfältig geprüft und bestätigt wird.

---

109 Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen die Erfahrung einer schweren Erkrankung die Persönlichkeitsentwicklung beschleunigt und dazu geführt hat, dass die betroffenen Jugendlichen schon vorzeitig die erforderliche geistige und psychische Reife erlangt haben (vgl. Patton/Dobson 2021). Auch wenn in solchen Fällen zumeist die Möglichkeit besteht, die Behandlung zu begrenzen und das Sterben zu begleiten (vgl. Bundesärztekammer 2011, A348), kann die Notwendigkeit, mit der Inanspruchnahme von Suizidassistenten bis zum Eintritt der Volljährigkeit zu warten, im Einzelfall unverhältnismäßig erscheinen.

Es gibt allerdings auch Fälle, in denen das für eine Suizidentscheidung erforderliche hohe Maß an geistiger und psychischer Reife auch nach dem Eintritt der Volljährigkeit noch nicht entwickelt ist.<sup>110</sup> Deren Existenz rechtfertigt es zwar nicht, für Suizidentscheidungen eine höhere Altersgrenze als die Volljährigkeit festzulegen, weil damit auch jungen Erwachsenen das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben weitgehend vorenthalten würde. Jedoch ist auch nach Erreichen dieser Altersgrenze in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die betroffene Person aufgrund mangelnder geistiger oder psychischer Reife möglicherweise außerstande ist, über die Beendigung ihres Lebens aufgrund einer am eigenen Selbstbild ausgerichteten verständigen Abwägung des Für und Widers zu entscheiden. Eine solche Prüfung wird vor allem in der Phase der Adoleszenz, die auch über die Volljährigkeit hinaus andauert,<sup>111</sup> geboten sein. Jungen Erwachsenen darf die für eine freiverantwortliche Suizidentscheidung erforderliche geistige und psychische Reife aber nicht allein aufgrund ihres (numerisch) geringen Lebensalters abgesprochen werden.

### ***c. Natürlicher Wille und vorausverfügtetes Suizidhilfebegehren***

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben durch Suizid und das Recht auf Suizidhilfe setzen voraus, dass die Suizidentscheidung freiverantwortlich getroffen wird.<sup>112</sup> Ist der Suizid hingegen nicht freiverantwortlich, sind alle zu seiner Abwendung verpflichtet.<sup>113</sup> Dementsprechend ist in der Debatte um die Suizidhilfe praktisch einhellig anerkannt, dass auch nur zu einem freiverantwortlichen Suizid Hilfe geleistet werden darf.

---

110 Vgl. grundlegend Remschmidt/Becker 2019, darin vor allem 32 ff., 48 ff. und 134 ff.

111 Vgl. Eisenberg/Kölbel 2021, § 105 Rn. 6 m. w. N.

112 Vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 240 ff.

113 Eine Verletzung dieser Pflicht kann als unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB strafbar sein.

Vor dem Hintergrund der zuvor formulierten Anforderungen an die Selbstbestimmungsfähigkeit der suizidwilligen Person stellen sich damit zwei Folgeprobleme:

- (I) Es ist zu klären, welche Bedeutung den Willensäußerungen einer Person zukommt, die zum Zeitpunkt ihrer eigenhändigen Lebensbeendigung nicht in hinreichendem Maße über die Fähigkeit zur Selbstbestimmung verfügt.
- (II) Es sind Möglichkeit und Wirkung einer etwaigen Vorausverfügung der suizidwilligen Person zu klären, in der sie um Hilfe bei einem möglichen späteren Suizid bittet („vorausverfügtes Suizidhilfebegehren“).

Zu (I): Auch Menschen, die in der Situation des Suizids nicht zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage sind (vgl. Abschnitt 3.3 a und b), können wesentliche Aspekte des Selbst – zumindest in einem einfachen Sinn – ausdrücken. Auch sie haben einen Willen, den man teilweise als „natürlichen Willen“ bezeichnet, um zu verdeutlichen, dass er das „Niveau“ einer freiverantwortlichen Selbstbestimmung nicht erreicht.<sup>114</sup> Die Graduierbarkeit von Selbstbestimmung erlaubt es, neben freiverantwortlicher Selbstbestimmung auch diese Äußerungen als einfache Akte der Selbstbestimmung anzuerkennen. Daher ist zu klären, inwieweit auch Personen bei der Realisierung von Suizidwünschen unterstützt werden dürfen, die im Zeitpunkt der Durchführung Ausdruck eines solchen natürlichen Willens sind.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Entscheidungen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und zur Zwangsbehandlung einerseits klargestellt, dass diese Zwangsmaßnahmen

---

<sup>114</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 29 und 42; kritisch Jox 2013. In der Tradition der Strebsethik verweist die Rede vom „natürlichen“ oder „notwendigen Wollen“ ferner zum Beispiel auf basale artspezifische Neigungen (*inclinationes naturales*), die den Raum des moralisch legitimen Handelns zwar nicht determinieren, wohl aber im Sinne unbeliebiger, aber gestaltungsöffener Faktoren begrenzen.



gegen den so genannten natürlichen Willen der betroffenen Person schwerwiegend in die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit und der Fortbewegungsfreiheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 und S. 2 GG) eingreifen. Andererseits obliegt dem Staat eine Schutzpflicht insbesondere zugunsten des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Diese Schutzpflicht tritt in den Vordergrund, wenn die betroffene Person nicht zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig ist. Gefährdet sie sich selbst, so können unter strengen Voraussetzungen Zwangsmaßnahmen sogar grund- und menschenrechtlich nicht nur gerechtfertigt, sondern geboten sein.<sup>115</sup> Damit ist es letztlich ausgeschlossen, einen natürlichen Willen zum Suizid als rechtlich bindend anzuerkennen und bei der Realisierung zu unterstützen, wenn die suizidwillige Person (noch) nicht über die ausreichende geistige und psychische Reife verfügt oder infolge einer psychischen Störung vorübergehend bzw. dauerhaft nicht mehr zu einer freiverantwortlichen Entscheidung in der Lage ist.

Zu (II): Das zweite Problem betrifft den Stellenwert von Voraussetzungen, mit denen eine bei der Abfassung der Verfügung noch hinreichend selbstbestimmungsfähige Person darum bittet, ihr in einer zukünftigen Situation, in der sie nicht mehr freiverantwortlich handeln kann, bei einem Suizid zu assistieren.

Die Problematik derartiger Voraussetzungen besteht darin, dass der Wille zum Suizid aufgrund seines durch die Unwiederbringlichkeit des Lebens begründeten exzeptionellen Charakters nicht nur erklärt, sondern auch durch eigenes Handeln bestätigt und umgesetzt werden muss, um als Ausübung des Rechts auf Beendigung des eigenen Lebens anerkannt zu werden. Durch eine bloße Erklärung des Willens zur Beendigung des eigenen Lebens können Betroffene – wie insbesondere die grundsätzliche Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen

---

<sup>115</sup> Vgl. grundlegend BVerfGE 58, 208 (freiheitsentziehende Unterbringung); BVerfGE 128, 282 (Zwangsbehandlung).

(§ 216 StGB) zeigt – nicht über ihr Leben verfügen. Der freiverantwortliche Wille zum Suizid muss grundsätzlich durch eigenhändigen Vollzug bestätigt werden, um als hinreichend ernsthaft und damit maßgeblich anerkannt zu werden.<sup>116</sup>

Daraus schließen die einen – auch im Deutschen Ethikrat –, dass ein vorausverfügtes Suizidhilfebegehren als Grundlage für eine Suizidassistentz generell ausscheide. Das vorausverfügte Suizidhilfebegehren selbst sei als bloße Erklärung des Suizidwillens noch keine wirksame Verfügung über das eigene Leben und der nur noch von einem natürlichen Willen getragene Vollzug des Suizids stelle nicht mehr die für eine solche Verfügung erforderliche Betätigung eines freiverantwortlichen Suizidwillens dar. Dieser Argumentation folgend wäre in der akuten Suizidsituation der natürliche Suizidwunsch einer nicht freiverantwortlich handelnden Person weder als rechtlich verbindlich anzuerkennen noch dürfte sie bei der Realisierung dieses Suizidwunsches unterstützt werden. Dies gelte auch dann, wenn sie vorher ein vorausverfügtes Suizidhilfebegehren verfasst und zum Zeitpunkt dieser Vorausverfügung alle Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung erfüllt hat.

Andere – auch im Deutschen Ethikrat – sind dagegen der Auffassung, dass die erforderliche Mindestanforderung an einen rechtlich als freiverantwortlich zu qualifizierenden Suizid auch dann erfüllt sei, wenn der Suizid nach einer freiverantwortlichen Suizidassistentzvorausverfügung im Zustand akuter Einschränkung der Freiverantwortlichkeit durchgeführt wird. Das zeitliche Auseinanderfallen von erklärtem, freiverantwortlichem Suizidwillen und Suizidhandlung begründe nicht, dass der betroffenen Person keine Suizidassistentz geleistet werden dürfe. Den zu einem früheren Zeitpunkt geäußerten

---

<sup>116</sup> Ob und inwieweit auch ein dem tödlichen Handeln eines anderen nachfolgendes eigenes Unterlassen von Rettungsmaßnahmen als ausreichende Bestätigung des Willens zum Suizid bewertet werden kann – so der Beschluss des Bundesgerichtshofs vom 28. Juni 2022 (Az. 6 StR 68/21, <https://juris.bundesgerichtshof.de>, Rn. 14-20) –, ist für die Beurteilung des vorausverfügten Suizidhilfebegehrens ohne Bedeutung.

freiverantwortlichen Suizidwillen ausnahmslos nicht anzuerkennen, zwingt Menschen mit einer zum Verlust der Selbstbestimmungsfähigkeit führenden Erkrankung dazu, entweder ganz auf Suizidassistenten zu verzichten oder sie schon zu einem Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen, in dem sie dies eigentlich noch gar nicht wollen. Dies sei unter dem Aspekt des Autonomieschutzes inakzeptabel. Aus diesem Grund sei auch ein vorausverfügter Suizidwunsch prinzipiell zu akzeptieren. Dieser Argumentation folgend dürfte auch auf der Grundlage einer Vorausverfügung Suizidassistenten geleistet werden, wenn Zweifel daran, dass der Einzelne nicht mehr weiterleben möchte, in hinreichendem Maße ausgeschlossen werden können. Dazu ist es erforderlich, dass die betroffene Person im Zustand eingeschränkter Selbstbestimmungsfähigkeit erneut ernsthaft Suizidassistenten verlangt. Die Ernsthaftigkeit setzt dabei – nicht anders als bei einer in vollem Umfang selbstbestimmungsfähigen Person (vgl. Abschnitt 3.4) – eine gewisse Beständigkeit und Dauerhaftigkeit des Willens voraus, die aufgrund der oft sehr unsteten „natürlichen Willensbekundungen“ nur selten vorliegen dürfte.

Auch wenn die beiden Argumentationslinien sich in ihren Begründungswegen unterscheiden und im Grundsatz zu einem unterschiedlichen Ergebnis kommen, weisen beide auf die erheblichen epistemischen Unsicherheiten mit Blick auf den natürlichen Willen hin und stellen die Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer vorausverfügten Bitte um Suizidassistenten heraus.

### **3.4 Hinreichend überlegte und ernsthafte Entscheidung**

Suizidgedanken entwickeln sich dynamisch und beruhen regelmäßig auf einem komplexen Motivbündel (vgl. Kapitel 2). Suizidentschlüsse sind daher häufig ambivalent und wechselhaft.

Hier sei auf Fallvignette 4 verwiesen, in der die tiefe Ambivalenz und Volatilität der Suizidgedanken im Zentrum steht. Zudem wird die Ambivalenz der Suizidgedanken auch in Fallvignette 7 thematisiert, auch wenn die Suizidgedanken hier einen deutlich geringeren Ausprägungsgrad aufweisen als in Fallvignette 4. Die Komplexität der Motivlage zeigt sich in beiden Fallvignetten deutlich.

Aufgrund der hohen Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung muss eine solche Entscheidung hinreichend überlegt und hinreichend ernsthaft sein. Damit sind folgende Aspekte der Entscheidungsfindung angesprochen:

Als „überlegt“ lässt sich eine Suizidentscheidung bezeichnen, wenn eine Person die aus ihrer Sicht entscheidungserheblichen Gesichtspunkte kennt (vgl. Abschnitt 3.2), von ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit (vgl. Abschnitt 3.3) zur Abwägung dieser Gesichtspunkte Gebrauch macht und auf dieser Grundlage ihre Entscheidung trifft.

Als erstes Beispiel ist Fallvignette 11 zu nennen, aus der hervorgeht, wie intensiv sich der 45-jährige Mann um eine möglichst differenzierte diagnostische Abklärung seines Risikopotenzials (mit Blick auf eine Frontotemporale Demenz) bemüht und wie präzise er die auftretenden Symptome charakterisiert hat. Die Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte ist in seinem Falle gegeben.

Als zweites Beispiel sei Fallvignette 9 angeführt, die zeigt, dass die 54-jährige Patientin sehr präzise den weiteren Krankheits- und Symptomenverlauf einzuschätzen vermochte und vor diesem Hintergrund zu einer fundierten Entscheidung für einen Suizid gelangte.

Als drittes Beispiel sei Fallvignette 10 genannt, in der zwar die seelische Erschütterung nach Übermittlung der Diagnose im Zentrum steht, daneben aber auch das Bemühen um den Erwerb möglichst differenzierter und präziser Informationen über den weiteren Krankheits- und Symptomenverlauf eine bedeutende Rolle spielt. Auf der Grundlage dieser Informationen ist sehr rasch die – überlegte – Entscheidung für einen Suizid gefallen. Diese Fallvignette zeigt das *mögliche Ineinandergreifen* von seelischer Erschütterung einerseits und intensiver Informationssuche andererseits.

Nicht hinreichend überlegt ist demgegenüber eine Entscheidung zum Suizid, wenn der Handlungsimpuls nicht reflektiert und kontrolliert wird, so etwa, wenn die Suizidentscheidung kurzfristig und spontan aus einer momentanen Gefühlslage

heraus getroffen wird. Sie erfüllt nicht die hohen Anforderungen an eine freiverantwortliche Suizidentscheidung.

Hier sei noch einmal auf Fallvignette 2 verwiesen. Die momentane Gefühlslage, aus der heraus die Suizidentscheidung getroffen wird, ist sehr deutlich erkennbar. Im Kern handelt es sich um eine im Affekt getroffene Entscheidung, wobei dieser Affekt durch bereits lange andauernde Belastungen vorbereitet worden war.

Das Erfordernis einer „hinreichend ernsthaften“ Entscheidung trägt der unhintergehbaren Volatilität von Suizidwünschen Rechnung. Eine ernsthafte Entscheidung braucht Zeit, um „sich setzen“ zu können. Für die Ernsthaftigkeit einer Suizidentscheidung ist es daher erforderlich, dass diese Entscheidung beständig ist und eine gewisse Dauerhaftigkeit aufweist, um das Risiko einer unüberlegten Entscheidung auszuschließen bzw. zu vermindern.<sup>117</sup> Allerdings dürfen die daran geknüpften Anforderungen nicht so hoch sein, dass sie das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben letztlich entwerten. Daher kann der bloße Umstand, dass die sich suizidierende Person sich die Sache irgendwann noch einmal anders hätte überlegen können, die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung nicht ausschließen. Mit dem Erfordernis der „hinreichenden Ernsthaftigkeit“ des Entschlusses zum Suizid soll vielmehr sichergestellt werden, dass der Entschluss nicht auf einer Augenblicksstimmung oder vorübergehenden Lebenskrise beruht. „Beständigkeit“, „Dauerhaftigkeit“ oder „innere Festigkeit“ des Entschlusses zum Suizid<sup>118</sup> unterstreichen die Ernsthaftigkeit des Entschlusses.

Nicht hinreichend ernsthaft und damit nicht freiverantwortlich ist ein Entschluss zum Suizid, der auf einer

<sup>117</sup> Vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 244; BGH, NJW 2019, 3092, Rn. 21.

<sup>118</sup> Aus der Rechtsprechung vgl. etwa BGH, NJW 2019, 3092, Rn. 21; zur vergleichbaren Problematik bei der Tötung auf Verlangen im Sinne des § 216 StGB vgl. BGH, NStZ 2011, 340, 341 sowie Schneider 2021.

vorübergehenden Lebenskrise beruht, in der die innere (seelische, existenzielle) Ordnung tiefgreifend gestört ist und die Person aufgrund ihrer Betroffenheit mit intensiven Gefühlen und Affekten („bis hin zur Schockstarre“) antwortet – wobei diese Antwort Suizidimpulse einschließen kann. In einer solchen Situation kann die Freiverantwortlichkeit ausgeschlossen sein, da die intensive Gefühls- und Affektreaktion einen überlegten Entschluss unmöglich macht (siehe auch die Ausführungen zur Belastungsreaktion in Abschnitt 2.3). In dem Maße, in dem die Intensität der Gefühle und Affekte zurückgeht (weil die innere Ordnung zumindest in Teilen wiederhergestellt werden kann), ist auch eine überlegte Reaktion auf die Situation als Ausdruck von Freiverantwortlichkeit wieder möglich.

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung in Fallvignette 3 illustriert die mit der hinreichenden Ernsthaftigkeit eines Entschlusses zum Sterben angesprochene Problematik. Durch den Verlust der Ehefrau ist eine *anhaltende* Sinnkrise eingetreten, die der 88-jährige Mann innerlich nicht mehr verarbeiten kann und die seine Lebensbindung immer weiter zurückgehen lässt. Der Mann äußert offen seine hohe seelische Belastung, ist aber in den ersten Monaten bereit und in der Lage, sich in den Alltag des Pflegeheimes einzufügen. Nach und nach schält sich jedoch die Entscheidung heraus, nicht mehr weiterleben zu wollen. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich der Mann an den Alltag angepasst und mit den ihn Versorgenden offen und differenziert über seine innere Situation gesprochen hat, wäre es durchaus möglich gewesen, dass er irgendwann seine Entscheidung korrigiert hätte. Doch ist er letztlich bei seiner Entscheidung geblieben, deren hinreichende Ernsthaftigkeit deshalb nicht infrage steht.

### 3.5 Hinreichend eigenständige Entscheidung

Jede Selbstbestimmung des Menschen als eines sozialen Wesens ist relational zu verstehen (vgl. Abschnitt 3.1). Grundsätzlich begrenzt der Einfluss anderer Personen und die Auseinandersetzung mit ihnen selbstbestimmte Entscheidungen nicht, sondern ermöglicht sie zuallererst. In den meisten Fällen

ermöglichen erst intensive, ggf. auch kontroverse Gespräche mit anderen über die eigenen suizidalen Wünsche eine eigenständige und damit freiverantwortliche Entscheidung.

Als Beispiel dient Fallvignette 9. Die 54-jährige Patientin ist umfassend über den weiteren Verlauf der amyotrophen Lateralsklerose informiert. Die Patientin antizipiert den zunehmenden Verlust ihrer Selbstständigkeit und befürchtet den Tod durch Lähmung der Atemmuskulatur. Den engsten Angehörigen berichtet sie wiederholt von ihren Gedanken an einen assistierten Suizid. In zahlreichen Diskussionen mit den Angehörigen festigt sich die Entscheidung zum assistierten Suizid; die Entscheidung wird schließlich gemeinsam von der Patientin und ihrer Familie getragen. Die Angehörigen begleiten die Patientin beim assistierten Suizid.

Andererseits kann der Einfluss anderer Personen die freiverantwortliche Entscheidung der suizidwilligen Person auch gefährden oder gar ausschließen. Auch wenn sie die Suizidentcheidung augenscheinlich selbst trifft und umsetzt, kann die nähere Betrachtung unter Umständen zeigen, dass sie dabei lediglich dem beherrschenden Einfluss anderer Personen folgt. In dieser Weise fremdbestimmte Entscheidungen sind keine hinreichend eigenständigen und damit auch keine freiverantwortlichen Suizidentscheidungen.

Zur Beurteilung der für die Freiverantwortlichkeit hinreichenden Eigenständigkeit von Suizidentscheidungen sind verschiedene Formen und Grade der Beeinflussung voneinander zu unterscheiden. Offenkundige Mittel der Fremdbestimmung sind Zwang, Drohung und Täuschung. Zwang und Drohung schließen eine freiverantwortliche Suizidentscheidung aus, weil mit diesen Mitteln die andere Person die Entscheidung über den Suizid direkt bzw. indirekt an sich zieht. Nicht freiverantwortlich ist eine Suizidentscheidung ebenfalls, wenn die suizidwillige Person über einen für sie entscheidungserheblichen Gesichtspunkt getäuscht wird (vgl. Abschnitt 3.2).<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat 2018, 30.

Aber auch andere, subtilere Formen der Beeinflussung können ein Ausmaß und eine Intensität erlangen, dass letztlich eine andere Person die Entscheidung über den Suizid trifft und die Person, die sich selbst tötet, „ihren“ Suizid nur noch ausführt. Wenn die Person ihren eigenen Willen dem Willen einer anderen Person vollkommen unterordnet, also den Suizid nur will, weil und solange ihn die andere Person will, ist die Suizidentscheidung im Ergebnis in gleichem Maße fremdbestimmt wie bei der Anwendung von Zwang, Drohung oder Täuschung und damit ebenfalls nicht mehr freiverantwortlich.

Fallvignette 12 beschreibt die Situation einer 81-jährigen Frau, bei der sich eine derartige Entwicklung andeutete. Die Frau hatte sich zunächst aufgrund des Drängens ihres Mannes für einen Suizid „entschieden“. In den diagnostischen Gesprächen und Beratungsgesprächen wurde jedoch mehr und mehr deutlich, (a) dass die Entscheidung für den Suizid unter dem Druck des Ehemannes zustande gekommen war und (b) dass die Ehefrau in einem Kontext, in dem sie sich frei äußern konnte, von einer Ambivalenz gegenüber der Lebensbeendigung durch Suizid bestimmt war. Diese Ambivalenz mündete schließlich in Ablehnung des Suizids. Ohne diese Gespräche hätte sich die Frau – unter fortgesetztem Druck ihres Mannes – höchstwahrscheinlich das Leben genommen.

Obwohl diese Bestimmung hinreichender Eigenständigkeit im Kernbereich unstrittig ist, gibt es in der Praxis nicht selten umstrittene Grenzfälle, die sich einer begrifflich präzisen Distinktion entziehen.<sup>120</sup> Weniger intensive Formen der Beeinflussung schließen zwar die Freiverantwortlichkeit der Suizidentscheidung nicht aus, können aber durchaus die Selbstbestimmung beeinträchtigen (zu diesen Formen prekärer Selbstbestimmung und den sich aus ihnen ergebenden Verantwortlichkeiten der individuellen und institutionellen Akteurinnen und Akteure vgl. Kapitel 4). Als solche Formen der Beeinflussung

---

120 John Rawls (1998, 130) diskutiert das Problem im Rahmen seiner Überlegungen zu den „Bürden des Urteilens“.



sind auch die Anstiftung und die Werbung für einen Suizid in den Blick zu nehmen.

### 3.6 Freiverantwortlichkeit in Notlagen

Auch überlegte und beständige Suizidentscheidungen, die in Kenntnis der entscheidungserheblichen Gesichtspunkte, mit hinreichender Selbstbestimmungsfähigkeit und ohne unzulässige Einflussnahme Dritter getroffen wurden, resultieren zu einem erheblichen und wahrscheinlich weit überwiegenden Teil aus „Notlagen“, das heißt aus einschränkenden Lebenslagen, in denen die Verwirklichung basaler Bedürfnisse – zu denen auch Teilhabebedürfnisse gehören – erheblich erschwert ist. Mit dem Konzept der Lebenslage<sup>121</sup> wird die enge Verschränkung von objektiv gegebenen und subjektiv erlebten Lebensbedingungen umschrieben. Im Mittelpunkt der subjektiv erfahrenen Lebensbedingungen stehen die *erkennbaren und genutzten Handlungsspielräume*. Objektiv gegebene Lebensbedingungen können zwar diese Handlungsspielräume erheblich beeinflussen, jedoch nicht vollständig determinieren: Unter vergleichbaren Lebensbedingungen können die subjektiven Handlungsspielräume zum Teil erheblich variieren. So können objektiv günstige Faktoren der Lebenslage aus der subjektiven Perspektive der betroffenen Person etwa unter dem Eindruck einer Erkrankung vollständig verschwinden und ungenutzt bleiben. Umgekehrt können positive „Gestimmtheiten“ (kognitive, motivationale, volitive Ressourcen) der Person dazu beitragen, dass diese selbst objektiv kleinere Ressourcen erfolgreich als Handlungsspielräume zur Lebensbewältigung wahrnimmt und nutzt. Deshalb ist die Lebenslage eines Individuums mit ihren objektiven wie subjektiven Dimensionen in jedem konkreten Fall darauf hin zu analysieren, inwieweit sie

---

121 Vgl. Weisser 1978.

zu einer Suizidgefährdung beiträgt bzw. eine solche verstärkt<sup>122</sup> oder aber umgekehrt sogar für die Etablierung neuer Handlungsspielräume und Lebensbindungen genutzt werden kann.

Ungeachtet der Varianz subjektiver Wahrnehmung gibt es objektive Merkmale einer Lebenslage, die in einem eindeutigen Zusammenhang mit Suizidalität stehen. Hier sind vor allem materielle Lage, Bildungsstand, berufliche Situation sowie soziale Integration und Partizipation (einschließlich der Zugänglichkeit von Versorgungsstrukturen) zu nennen. Armut bzw. Prekariat sowie ein geringer Bildungsstand sind Merkmale, die signifikant Suizidalität erhöhen.<sup>123</sup> Zudem tragen der Verlust der Arbeit, aber auch schon eine erhebliche Unsicherheit bezüglich der gegebenen Beschäftigungssituation zu erhöhter Suizidalität bei.<sup>124</sup> Eine höhere berufliche Qualifikation kann dieser Unsicherheit entgegenwirken. Allerdings ist zu bedenken, dass gerade bei hohem beruflichen Status nach Verlust oder Aufgabe des Berufs (letztere vor allem in Folge des Eintritts in den Ruhestand) psychische Krisen eintreten können. Ebenso kann die Sorge vor Kontrollverlust in der letzten Lebensphase das Suizidrisiko steigern.

Soziale Integration und Partizipation sind mit Blick auf die Suizidalität besonders wichtig: Fehlende soziale Kontakte, fehlende Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe – dabei auch geringe Zugänglichkeit bestehender Versorgungsangebote – erhöhen das Suizidrisiko.<sup>125</sup>

Mit Blick auf die Suizidgefährdung ist nicht nur bedeutsam, dass Menschen unter – objektiv betrachtet – stark einschränkenden Lebensbedingungen leben, sondern sich auch in ihren wahrgenommenen Handlungsspielräumen als so eingeschränkt erfahren, dass ihnen das Leben nicht mehr als lebenswert erscheint. Sie wollen ihr Leben vielfach deshalb

---

122 Vgl. Wetherall/Robb/O'Connor 2019; Näher/Rummel-Kluge/Hegerl 2020.

123 Vgl. Katrňák/Hubatková 2022; Piatkowska 2020.

124 Vgl. Peterson et al. 2020; Ross et al. 2021; Cunningham et al. 2021; Guseva Canu et al. 2021.

125 Vgl. Baldessarini 2020; Yilmaz/Bohara 2021.

beenden, weil sie sich in einer für sie unerträglichen Lebenslage befinden, oder fürchten, in naher Zukunft in eine solche zu geraten. Sie wollen mit anderen Worten lediglich nicht „so“ leben, sich also deshalb selbst töten, weil sie den Tod aufgrund bestimmter ihr Leben belastender Umstände als das „kleinere Übel“ bewerten. Der große Einfluss der Lebenslage verweist dabei einmal mehr auf die gesellschaftliche Mitverantwortung mit Blick auf die Suizidprävention.

Da auch die Wahl zwischen zwei Übeln durchaus in einem rationalen Entscheidungsprozess stattfinden kann, schließt eine solche Motivation eine Qualifikation der Suizidentscheidung als freiverantwortlich nicht zwangsläufig aus. Zwar können nicht nur psychische Erkrankungen, sondern auch starke psychische Belastungen zu einer Verengung des Erlebens oder einer geringeren Eigenständigkeit zu treffender Entscheidungen führen und damit die Selbstbestimmungsfähigkeit beeinträchtigen (vgl. Abschnitte 3.3 a und 3.5). Aber diese Folge ist mit der Motivation einer Suizidentscheidung durch eine Notlage nicht notwendigerweise verbunden und von dieser Motivation selbst scharf zu unterscheiden. Es gibt durchaus Menschen, die mit den beschriebenen stark belastenden Lebenslagen weitgehend rational und hinreichend eigenständig umgehen, durch sie gegebenenfalls sogar in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit gestärkt werden (vgl. Abschnitt 4.1) und sich nach einer gründlichen Abwägung des Für und Widern dafür entscheiden, die Belastung nicht länger ertragen zu wollen.

Das Ergebnis, dass derartige Suizidentscheidungen durchaus freiverantwortlich sein können, wird durch die Überlegung bestätigt, dass ansonsten gerade in Situationen, in denen wir die Entscheidung für einen Suizid gut nachvollziehen können, eine freiverantwortliche Suizidentscheidung nicht mehr möglich wäre. Würde bereits die Motivation durch eine stark belastende Lebenssituation freiverantwortliche Suizidentscheidungen ausschließen, so hätten zum Beispiel Menschen, die sich für einen Suizid entscheiden wollen,

um ansonsten unvermeidbare unerträgliche Schmerzen zu vermeiden, stets einen „zu guten“ Grund für einen Suizid, um selbst über die Beendigung ihres Lebens entscheiden zu können. Dieses paradoxe Ergebnis verdeutlicht, dass die Motivation durch eine Notlage als solche es nicht rechtfertigt, eine Suizidentscheidung als nicht mehr freiverantwortlich zu qualifizieren.

Dies bedeutet aber selbstverständlich nicht, dass es keine staatliche und gesellschaftliche Verantwortung gäbe, der Entstehung von zum Suizid motivierenden Lebenssituationen entgegenzuwirken und sich um Alternativen zur Bewältigung solcher Situationen zu bemühen. Die Notwendigkeit, auch und gerade Menschen in existenzieller Not die Freiheit zu belassen, selbst zwischen den ihnen drohenden Übeln zu wählen, kann nicht von der Verantwortung dafür entlasten, so weit wie möglich dafür Sorge zu tragen, dass Menschen sich nicht zu einer solchen Wahl genötigt fühlen.

Hier sei auf die Fallvignetten 6 und 8 Bezug genommen. Beide Fallvignetten zeigen, dass sich ein Suizidwunsch unter symptomlindernden (Stichwort: gute medizinisch-pflegerische Versorgung) und emotional unterstützenden Bedingungen (Stichwort: mitfühlende Kommunikation, vermehrte Integration) auch bei einer schweren, möglicherweise zum Tode führenden Erkrankung wieder zurückbilden kann. In Fallvignette 6 ist die Aufnahme im Haushalt der Tochter für die Rückbildung des Suizidwunsches zentral (Beispiel für mitfühlende Kommunikation und vermehrte Integration), in Fallvignette 8 eine intensive medizinisch-pflegerische Begleitung im Hospiz (Beispiel für gute medizinisch-pflegerische Versorgung). Fallvignette 8 veranschaulicht zudem den Einfluss, den die vorsichtig, empathisch vorgetragene Ablehnung des assistierten Suizids durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung auf den weiteren Verlauf des Suizidwunsches haben kann (der Wunsch wird hier nach und nach aufgegeben).

Schon aufgrund der Verpflichtung zum Integritäts- und Lebensschutz müssen sich Staat und Gesellschaft deshalb 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.

## **4 VERANTWORTUNG IM KONTEXT VON SUIZIDPRÄVENTION UND DER BEGLEITUNG VON MENSCHEN IN SUIZIDALEN KRISEN**

### **4.1 Zielperspektiven und Konzeptionalisierung vernetzter Verantwortlichkeiten unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure sowie Ebenen**

Die Rede von freiverantwortlichen Entscheidungen im Kontext von Suizidalität ist in unterschiedlicher Weise sehr voraussetzungsreich. Sie stellt besonders die Frage nach der Verantwortung all derer, die für das Erreichen und Feststellen solcher freiverantwortlichen Entscheidungen Sorge zu tragen haben – und zwar nicht nur generell, sondern vor allem unter den Bedingungen hoher psychischer Belastungen oder eines (etwa aufgrund der fehlenden Gestaltbarkeit der Situation) immer weiter abnehmenden Lebenswillens. Auch wenn Suizidalität selten „ein Ausdruck von Freiheit und Wahlmöglichkeit, sondern geprägt durch kognitive Einengung, durch objektive und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit beziehungsweise deren Folge“<sup>126</sup> ist, sind freiverantwortliche Entscheidungen im Kontext der Suizidalität nicht grundsätzlich auszuschließen. Im Gegenteil: auch in Lebenssituationen, in denen körperliche Befindlichkeiten und/oder psychosoziale Herausforderungen die subjektiv empfundene Lebenslage eines Menschen zuspitzen, können freiverantwortliche Lebensentscheidungen in aller Klarheit reifen.

Wie jede Lebensführung eines Menschen insgesamt ist auch jede freiverantwortliche Entscheidung nie kontextlos und immer in jene Kommunikationszusammenhänge eingebunden, in denen sich eine reiflich erwogene Entscheidung

---

126 Fiedler et al. 2021, 18.

herausbilden kann („relationale Selbstbestimmung“). Insofern sind Einflussfaktoren keinesfalls automatisch ein Manko, sondern in gewisser Hinsicht sogar eine Bedingung der Möglichkeit *freiverantwortlicher* Lebensentscheidungen. Gleichwohl muss sehr sorgfältig ermittelt werden, welche Einflussfaktoren den Spielraum freiverantwortlicher Entscheidungen entweder sichern und erweitern oder aber im Gegenteil so verengen, dass Entscheidungen durch subtil wirkende Beeinflussungen in einen unbestimmten Grenz- oder Graubereich geraten, in denen sie in fremdgetriebene Selbstbestimmungen umzukippen und damit ihre Freiverantwortlichkeit einzubüßen drohen (vgl. Abschnitt 3.5). Diese Fallkonstellation kann man als prekäre Selbstbestimmung bezeichnen.

Daraus erwächst eine besondere Verantwortung für die Betroffenen wie für die sie Begleitenden: Sie müssen eingehend reflektieren, ob eine sich abzeichnende Suizidentscheidung tatsächlich einer inneren Überzeugung entspricht oder aber – aus welchen Gründen auch immer – nur jenen Erwartungshaltungen folgt, die durch nahe Bezugspersonen und/oder gesellschaftliche Normalitätsvorstellungen beziehungsweise andere wirkmächtige soziokulturelle Deutungs- und Handlungsmuster (vgl. den Exkurs zur „Normalität“ und „Normalisierung“ in Abschnitt 4.2) an die suizidwillige Person herangetragen werden.

In diesem Zusammenhang erweist sich die Unterscheidung zwischen der Begleitung in einer suizidalen Krise (im Rahmen einer Suizidprävention) auf der einen und Suizidassistenz auf der anderen Seite als sehr bedeutsam. Die Begleitung in einer suizidalen Krise, die weit früher als eine manifeste Suizidabsicht bereits mit dem Aufkommen von Todeswünschen beginnt und sich dynamisch aufbaut (vgl. Kapitel 2), umfasst wesentlich den Prozess der Abklärung und Entscheidungsfindung, an deren Ende sich die sich (potenziell) suizidierende Person für oder gegen die Ausführung eines (assistierten) Suizids entscheidet. Die „unterstützende Begleitung“ in der (eigenhändigen) Durchführung des Suizids ist dagegen Suizidhilfe („Suizidassistenz“). Während eine Suizidassistenz nur

erfolgen darf, wenn der Suizid freiverantwortlich begangen wird (weil andernfalls dessen Verhinderung geboten wäre), geht es bei der Begleitung einer suizidgeeigneten Person in ihrer Entscheidungsfindung nicht nur darum, die Mindestvoraussetzungen eines freiverantwortlichen Suizids zu wahren. Gerade hier sind vielmehr auch Situationen in den Blick zu nehmen, in denen die Selbstbestimmung prekär werden kann.

Die Begleitung in suizidalen Krisen wird in Fallvignette 9 illustriert. Die Patientin äußert ihre Gedanken an einen assistierten Suizid wiederholt in Gesprächen mit ihren engsten Angehörigen. Diese versuchen zunächst, die Patientin dazu zu bewegen, ihre Suizidgedanken aufzugeben. Doch verfestigt sich in weiteren Gesprächen das Verlangen nach assistiertem Suizid, bis es schließlich von den engsten Familienangehörigen mitgetragen und die Patientin in den Suizid begleitet wird.

Bei der Suizidprävention hingegen geht es 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. Diese Lebenslagen gilt es generell zu vermeiden, selbst wenn in einem konkreten Einzelfall in einer derartigen Situation die Mindestvoraussetzungen eines freiverantwortlichen Suizids erfüllt sein mögen (vgl. Abschnitt 3.6).

Die Bedeutung der Lebenslage für das Auftreten von Suizidgedanken wie auch deren häufige Abnahme, wenn nicht sogar Verschwinden infolge einer Verbesserung der Lebenslage gehen aus Fallvignette 6 hervor. Eine hochbetagte Person erlebt in der Einsamkeit ihre körperliche Erschöpfung sowie die chronischen Schmerzen als besonders bedrängend und auszehrend. Unter diesem Eindruck bilden sich Gedanken an einen Suizid aus. Mit der Möglichkeit, zu einem der Kinder zu ziehen und dadurch Phasen der Einsamkeit zu vermeiden, gehen auch die Suizidgedanken zurück.

Das heutige Verständnis von Suizid sieht diesen als Ergebnis einer vielschichtigen Interaktion zwischen biologischen,

individuell-psychologischen, zwischenmenschlichen und nicht zuletzt kulturellen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren. Infolgedessen umfasst die Suizidprävention eine Vielzahl von Interventionen unterschiedlicher Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Handlungsebenen. Sie erfolgt „auf allen Ebenen der Gesellschaft“<sup>127</sup>. Dabei interagieren drei Grundtypen der Prävention:

Die *allgemeine* („*universelle*“<sup>128</sup>) Prävention zielt auf eine gesamte Population und beabsichtigt über Aufklärungskampagnen, niedrigschwellige Beratungs- und Kontaktangebote oder allgemeine Strategien zur Stärkung psychischer Resilienz dem Auftreten von suizidalem Verlangen vorzubeugen. Dazu zählen politische Strategien zur Eindämmung von Suchtmitteln (z. B. Alkohol), deren Einnahme das Suizidrisiko signifikant steigert, oder zur Gewährleistung von Versorgungsangeboten für seelische Gesundheit.

*Selektive* Prävention konzentriert ihre Angebote auf Gruppen mit einem typischerweise signifikant erhöhten Suizidrisiko – also etwa auf Personengruppen mit akuten Verlusterfahrungen (Verwitwete, Personen mit schmerzhaften Verlust- und/oder Trennungserfahrungen usw.), alkoholabhängige oder psychisch besonders belastete Personen oder solche mit fortschreitenden, schmerzassoziierten Erkrankungen, ohne dass die Betroffenen als einzelne bereits suizidale Überlegungen geäußert oder suizidales Verhalten gezeigt hätten.

*Indizierte* Prävention fokussiert hingegen einzelne Personen, bei denen in Folge unterschiedlicher Begebenheiten oder Ereignisse eine unmittelbare Suizidgefährdung offenkundig

---

127 Ebd., 26.

128 In der einschlägigen Literatur findet sich in der Regel die Bezeichnung „universell“ (vgl. Fiedler et al. 2021, 26). Im Zusammenhang moralphilosophischer Erörterungen – und die vorliegende Stellungnahme fokussiert auf ethische Probleme – könnten Missverständnisse entstehen, da „universell“ sprachlich nahe an den Begriff „universal“ heranreicht, der allerdings im moralphilosophischen Kontext normativ hoch aufgeladen („universalistische Ethik“) und damit anders konnotiert ist. Deshalb verwendet die vorliegende Stellungnahme den Begriff „allgemein“ – durchaus in Anlehnung an die eingeführte Terminologie der „Generalprävention“.



wird. Sie beinhaltet im konkreten Einzelfall einer latenten Suizidbereitschaft oder nach einem erfolgten Suizidversuch Hilfe unterschiedlicher Professionen (Psychotherapie, psychosoziale Beratung, Medizin/Psychiatrie) in fallangemessenen unterschiedlichen Interventionssettings.<sup>129</sup> Dabei ist sorgfältig darauf zu achten, dass die indizierte Prävention auf die Verhinderung suizidaler Handlungen zielt, ohne dabei aber wesentliche Erfahrungsdimensionen, in denen suizidale Verlangen manifest werden, einfach auszuschalten. Die Trauer eines möglicherweise selbst schon hochbetagten Menschen über den Verlust seiner langjährigen Lebenspartnerin bzw. seines langjährigen Lebenspartners darf keinesfalls einfach „narkotisiert“ werden, nur um diesen suizidbegünstigenden Faktor auszuschalten. Phasen der Trauer sind ebenso wie die Phase eines „abschiedlichen Lebens“<sup>130</sup> – etwa angesichts einer fortschreitenden Erkrankung mit Prognose eines baldigen Todes – gleichermaßen bedrängende wie insgesamt existenziell bedeutsame Lebensphasen, die bewusst gestaltet werden sollten – auch wenn ihre Beendigung durch eine suizidale Handlung möglichst zu vermeiden ist.

Die Erfahrung der Trauer als wesentliche Einflussgröße auf Todeswünsche spiegelt Fallvignette 3 wider. Der verwitwete Mann hat den Verlust seiner Frau auch nach mehreren Jahren nicht verarbeiten können; die Trauer hält auch noch nach Jahren an. Gesundheitliche Einbußen, verbunden mit chronischen Schmerzen werden unter dem Eindruck der Trauer als besonders belastend empfunden und verringern die Lebensbindung erheblich. Trotz psychiatrisch-psychotherapeutischer Intervention bleibt der Entschluss des Mannes, durch freiwilligen schrittweisen Verzicht auf Nahrung aus dem Leben zu gehen, bestehen. Ein Weiterleben ohne seine Frau erscheint ihm nicht mehr möglich.

---

129 Vgl. ebd., 27 f.

130 „Abschiedliches Leben“ ist ein Terminus technicus der palliativ-hospizlichen Sterbe- und Trauerbegleitung und bedeutet das Einbeziehen von Verlusterfahrungen angesichts des (unmittelbar bevorstehenden) Todes (vgl. Weisedel 1976, 194 ff.; Metz 2021).

Diese unterschiedlichen Präventionsstrategien verfolgen unterschiedliche Akteurinnen und Akteure auf allen drei gesellschaftlich relevanten Ebenen: staatliche Institutionen auf der Makroebene ebenso wie Einrichtungen (einschließlich kommunaler Netzwerke) auf der Mesoebene oder professionelle und/oder alltagsweltliche Einzelpersonen (z. B. An- und Zugehörige, aber auch Mitarbeitende) auf der Mikroebene. Von entscheidender Bedeutung für eine nachhaltige Suizidprävention, die über den konkreten Einzelfall hinausgeht und tatsächlich langfristige Vorsorge zu sichern hilft, ist die Vernetzung aller drei Ebenen und das Ineinandergreifen der Verantwortungsbereiche der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure, die als korporative oder individuelle Verantwortungssubjekte zusammenwirken. Erfolgreiche Suizidprävention ist also abhängig von dem, was man als ineinandergreifende („kooperative“) „Multiakteursverantwortung“<sup>131</sup> bezeichnen kann.

Die Notwendigkeit einer starken Interaktion der unterschiedlichen Ebenen mit ihren rollenspezifischen Verantwortungen wird schon darin deutlich, dass staatlichen Institutionen auf der Makroebene vor allem eine Gewährleistungsverantwortung für jene Rahmenbedingungen zukommt, innerhalb derer die Akteurinnen und Akteure der beiden anderen Ebenen überhaupt erst in die Lage versetzt werden, ihrer je eigenen rollenspezifischen Verantwortung nachzukommen. Zu diesen Rahmenbedingungen wiederum zählen an oberster Stelle auch hinreichend präzise rechtliche Regelungen, die wesentliche normative Setzungen (wie etwa das Recht auf freiverantwortliche Selbstbestimmung) realisieren und schützen helfen. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates muss den anderen Verantwortungsträgerinnen und -trägern auf der Meso- und Mikroebene eine ausreichende Handlungssicherheit bieten.

---

131 Zum Konzept der Multiakteursverantwortung vgl. Deutscher Ethikrat 2017b, 249 ff.

## 4.2 Exkurs: Die Debatte über „Normalität“ und „Normalisierung“ als Kern vernetzter Multiakteursverantwortung

Eine ineinandergreifende Multiakteursverantwortung zeigt sich auch im Prozess freiverantwortlicher Entscheidungsfindung für oder gegen einen Suizid. Denn auch dieser ist immer eingebettet und beeinflusst von individuell-persönlichen wie auch von systemischen und gesellschaftlichen Faktoren, auf die unterschiedliche Akteurinnen und Akteure auf unterschiedlichen Ebenen mal direkt oder manifest, mal indirekt oder subtil einwirken. Ein möglicher, besonders subtil wirkender Einflussfaktor im Kontext von Suizidalität wird unter den Stichworten „Normalität“ und „Normalisierung“ diskutiert.

In der öffentlichen Debatte um die Zulässigkeit von Suizidassistenten findet sich das Argument, insbesondere die Erlaubtheit ihrer geschäftsmäßigen Ausübung weise gefährliche Tendenzen zur Normalisierung einer solchen Form der Lebensbeendigung auf – mit der Konsequenz, dass bestimmte Personen(-gruppen) sich unter Druck gesetzt fühlen oder sich zumindest mit der Erwartungshaltung konfrontiert sehen würden, von dieser Möglichkeit auch tatsächlich Gebrauch zu machen. Insbesondere ältere oder erkrankte Menschen könnten sich als Belastung für die Gesellschaft empfinden und in einem regulären Angebot geschäftsmäßiger Suizidassistenten einen mehr oder weniger deutlichen Appell sehen, eine solche zur Entlastung von Angehörigen bzw. der Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen. Hiermit könne eine schleichende Ausweitung von Suiziden verbunden sein (*slippery slope*). Um dies zu vermeiden, wird zum einen die strafrechtliche Ahndung (bestimmter) suizidfördernder Verhaltensweisen gefordert. Zum anderen wird damit gegen eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenten argumentiert: Eine solche gesetzliche Regelung, etwa der prozeduralen Anforderungen für eine legale Suizidassistenten, könne indirekt als Aufforderung zur Inanspruchnahme solcher Angebote verstanden werden.

Die Rede von Normalität, Normalisierung und Normalisierungsgefahr ist freilich schillernd und nicht frei von Missverständnissen. Der Sprachgebrauch changiert zwischen verschiedenen Bedeutungsnuancen, wobei sich idealtypisch drei unterschiedliche Verwendungsweisen gegeneinander abgrenzen lassen:<sup>132</sup> a) die deskriptive Feststellung eines statistischen Durchschnitts, b) die präskriptive Bezeichnung eines gesollten oder wünschenswerten Standards und c) das Gefühl eines für selbstverständlich erachteten Zustands, der keiner besonderen Begründung bedarf.<sup>133</sup> Da realistischerweise kaum damit zu rechnen ist, dass eine Neuregelung der Suizidassistenz dazu führen würde, dass der Suizid statistisch betrachtet zur mehrheitlich gewählten Form der Lebensbeendigung wird, sind für unsere Thematik vor allem die präskriptive und die emotive Verwendungsweise des Normalitätsbegriffs relevant. Vor allem die stark negative Bewertung bestimmter Zustände von körperlicher Abhängigkeit oder Hinfälligkeit als „erniedrigend“, „entwürdigend“ oder „sinnlos“ legen nahe, dass sich Betroffene aus solchen Situationen am besten durch eine Suizidassistenz befreien sollten, da deren Verlängerung als irrationale Handlungsoption erscheint. Noch verbreiteter dürften indes Phänomene sein, in denen das Normale zwar nicht ausdrücklich mit normativen Erwartungen verbunden, wohl aber im Sinne einer emotionalen Entdramatisierung als nahezu „selbstverständliches“ Ereignis gedeutet wird, das als solches keiner weiteren Begründung bedürftig und auch nicht mehr mit starken affektiven Reaktionen verbunden ist.

In der Tat ist in Ländern, die Regelungen der Suizidassistenz in jüngerer Zeit liberalisiert haben, eine Zunahme von Suiziden zu verzeichnen.<sup>134</sup> Die Schlussfolgerung, mit dieser Liberalisierung sei ein Druck entstanden, Angebote der Suizidassistenz

---

<sup>132</sup> Vgl. Link 1999.

<sup>133</sup> Auf diesen letzten Aspekt von Normalität weist im Zusammenhang gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderungserfahrungen nachdrücklich Kuhlmann (2011, insbesondere 49 f.) hin.

<sup>134</sup> Vgl. BVerfGE 153, 182, Rn. 252–254 m. w. N.

in Anspruch zu nehmen und sich mit ihrer Hilfe selbst zu töten, kann sich allerdings als vorschnell erweisen. Denn die Zunahme von Suiziden kann auch darauf beruhen, dass Wünsche nach assistiertem Suizid erst nach der Liberalisierung legal realisiert werden konnten. Unbeschadet dessen, wie solche Entscheidungen in einer Außenperspektive moralisch beurteilt werden, ist eine solche Normalisierung des Respekts vor der Letztverantwortung einer Person positiv einzuschätzen – und zwar in jederlei Hinsicht: deskriptiv, präskriptiv und emotiv.

Problematisch werden Normalisierungsentwicklungen aus ethischer und juristischer Perspektive, wenn Risiken für die individuelle Freiheitsausübung mit ihnen verbunden sind. Weil mit der angenommenen Normalität eines Verhaltens verbreitet die Auffassung verbunden ist, dass es sich dabei um das – im moralischen Sinne – *richtige* oder zumindest erwünschte Verhalten handelt, können Menschen sich aufgefordert fühlen, ihr eigenes Tun oder Lassen danach auszurichten. Die Gefährdung der individuellen Selbstbestimmung im Hinblick auf den eigenen Tod kann ein Gegensteuern rechtfertigen oder gar gebieten. Diese Maßnahmen können vielgestaltig ausfallen, wie nachfolgend deutlich wird. Sie reichen von der Information darüber, dass mit der rechtlichen Zulässigkeit von Suizidassistenz und einer entsprechenden Praxis kein Appell verbunden ist, davon Gebrauch zu machen, bis hin zur Schaffung von verlässlichen Rahmenbedingungen, die eine freiverantwortliche Entscheidung ermöglichen und absichern sollen. Die Suizidprävention, verstanden als Multiakteursverantwortung auf der Mikro-, Meso- und Makroebene, hat in diesem Kontext einen herausgehobenen Stellenwert.

### **4.3 Akteurinnen und Akteure auf der Mikroebene**

Suizidabsichten entwickeln sich und gewinnen in einem komplexen Prozessgeschehen, auf das personale, soziale wie gesellschaftliche Einflussfaktoren einwirken, an Dynamik.

Dieses Prozessgeschehen und die vielfältigen Einflussfaktoren lassen sich durch die Fallvignette 1 veranschaulichen. Bei der 16-jährigen Schülerin entwickeln sich unter dem Eindruck zunehmender Ausgrenzung, wachsender Diskriminierung im Internet, deutlich an Intensität gewinnender emotionaler Spannungen und mangelndem Interesse der Eltern an ihrer persönlichen Situation zunächst Todeswünsche, die in Suizidgedanken münden. Sie nehmen ihrerseits mehr und mehr die Qualität von Suizidimpulsen an. Die Schülerin steht ihrer Situation aufgrund der sozialen Ausgrenzung, der fehlenden Teilhabe und der geringen Empathie ihrer Eltern allmählich völlig hilflos gegenüber und sieht nur noch im Suizid einen Ausweg.

Auch ist Fallvignette 4 anzuführen, in der die Situation einer 66-jährigen Frau beschrieben wird, bei der neben der depressiven Symptomatik der immer stärkere Rückzug von anderen Menschen sowie die daraus resultierende Isolation und Einsamkeit bedeutende Risikofaktoren des Suizids darstellen.

Als „Gegenbeispiel“ kann Fallvignette 6 genannt werden. Bei der 91-jährigen Frau verstärkt sich vor allem in Phasen der Einsamkeit die Überzeugung, nicht mehr die seelische und körperliche Kraft zu besitzen, um das Leben weiterführen zu können; zudem treten in diesen Phasen vermehrt Suizidgedanken auf. Sobald sich Kontakte zu Kindern und Enkelkindern bieten, geht diese Überzeugung zurück; zudem bleiben in solchen Kontaktsituationen Suizidgedanken aus. Aus diesem Grunde entscheidet sich letztlich eines der Kinder, die Mutter bei sich aufzunehmen.

Im Zentrum des Prozessgeschehens stehen auf der Mikroebene drei Gruppen von Akteurinnen und Akteuren, die sowohl bei der Suizidprävention als auch bei der Begleitung in der suizidalen Krise eng miteinander interagieren: die An- und Zugehörigen, die professionellen Bezugspersonen und nicht zuletzt die suizidalen Personen selbst. Gerade mit Blick auf die Begleitung von Menschen in einer suizidalen Krise, die ja vor allem auch den Prozess der Entscheidungsfindung der suizidalen Person und mithin deren Freiverantwortlichkeit zu sichern bestrebt ist, stehen diese drei Gruppen individueller Akteurinnen und Akteure in einer moralischen Verantwortung.

In dieser moralischen Verantwortung steht selbstverständlich auch jede suizidale Person – jedenfalls immer dann, wenn sie ihre Entscheidung als freiverantwortliche ausweist und aus diesem Umstand ihre Berechtigung ableitet. Jede gehaltvolle Rede von einer freiverantwortlichen Entscheidung setzt die Selbstbestimmungsfähigkeit sowie die prinzipielle

und die situative Moralfähigkeit eines Menschen voraus. Selbstbestimmungsfähigkeit umfasst zunächst das Vermögen, etwa um die Folgen einer beabsichtigten Handlung zu *wissen*, diese auch zu *wollen* und zwischen verschiedenen Handlungsoptionen *wählen* zu können. Moralfähigkeit bedeutet, das eigene Handeln an moralischen Standards (z. B. bestimmten Entscheidungsregeln und Prinzipien verschiedener Art) auszurichten und damit vor verschiedenen Instanzen (z. B. der eigenen Vernunft, gewachsenem Ethos oder religiösen Instanzen) verantworten zu können. An diesen grundlegenden Sachverhalt zu erinnern ist deshalb keine paternalistisch bevormundende Attitüde, sondern Ausdruck des Respekts vor der moralischen Subjektivität (Reife, Sittlichkeit, Verantwortungsgefühl) jedes Menschen und folglich jeder suizidalen Person.

Insofern besteht die grundlegende moralische Verantwortung der suizidalen Person zunächst in Bezug auf sich selbst, auf die Übereinstimmung ihrer zu treffenden oder bereits getroffenen Entscheidung mit den moralischen Grundorientierungen ihres Lebens, mit ihren eigenen Gestaltungsräumen und Lebensführungsoptionen und nicht zuletzt mit ihren Rückbindungen an Lebenssinn und Überzeugungen über den Wert und die Bedeutsamkeit des Lebens insgesamt.

Die moralische Verantwortung der suizidalen Person in Bezug auf sich selbst wird in Fallvignette 2 deutlich. Aufgrund hoher Identifikation mit den beruflichen Erfolgen entzieht der plötzliche Verlust des Arbeitsplatzes diesem Mann einen entscheidenden Bereich der Sinnerfahrung. Verschärft wird diese innere Situation durch erhebliche Spannungen in der Ehe: diese tragen zur existenziellen Leere bei und fördern die Überzeugung, unter solchen Bedingungen das Leben nicht mehr fortsetzen zu können.

Freilich beschränkt sich die moralische Verantwortung der suizidalen Person nicht auf sich selbst, sondern erstreckt sich auch auf diejenigen, die von ihrer Entscheidung unweigerlich mitbetroffen sind – etwa enge An- und Zugehörige, aber auch

(zunächst) Unbeteiligte,<sup>135</sup> die durch den Suizid in ihrer eigenen Lebensführung schwer erschüttert werden können.

Als Beispiel für die moralische Verantwortung gegenüber jenen, die von der eigenen Entscheidung mitbetroffen sind, lässt sich Fallvignette 8 anführen. Die 53-jährige Patientin war zunächst von dem Verlangen nach einem assistierten Suizid bestimmt, welches jedoch unter einer umfassenden medizinisch-pflegerischen Versorgung zurückging; die Effekte der Versorgung wurden durch die Möglichkeit zu intensiver, emotional intimer Kommunikation mit Freundinnen und Freunden noch einmal verstärkt. Es war auch die wachsende moralische Verantwortung gegenüber diesen, die die Patientin schließlich von einem assistierten Suizid absehen ließ.

Schon aufgrund der gravierenden Auswirkungen eines Suizids auf die Lebensführung nahestehender Personen ist es zweifellos ein Ausdruck moralischer Verantwortung der suizidalen Person, solche unmittelbar Betroffenen in ihren persönlichen Klärungs- und Entscheidungsprozess soweit möglich und zumutbar einzubeziehen.

Achtungs- und Anerkennungsansprüche, die An- und Zugehörige mit Blick auf ihre legitimen Belange und Bedarfe zu Recht gegenüber der suizidalen Person geltend machen, sind freilich strikt reziprok, nehmen also wechselseitig in die Pflicht. Die An- und Zugehörigen stehen gegenüber der suizidalen Person in der moralischen Verantwortung, soweit möglich und zumutbar den sozialen Kontakt aufrechtzuerhalten und allein durch ihre gegebenenfalls sogar leibliche Anwesenheit und spürbare Zuwendung gewisse „Sichtachsen auf das Leben“<sup>136</sup> offenzuhalten und dabei aufseiten der suizidalen Person Potenziale der Lebensbindung wirksam werden zu lassen. Das ist eine unmittelbare Konsequenz aus dem Wissen, wie eng Todeswunsch und Lebenswille selbst in einer dramatischen

---

135 Dazu gehören zum Beispiel Personen, die einen Suizid zufällig beobachten, die Suizidentinnen und Suizidenten auffinden, die für eine Suizidausführung instrumentalisiert werden oder gar Opfer zugleich fremdschädigender Suizidhandlungen werden.

136 Vgl. Lob-Hüdepohl 2022.



Zuspitzung der Lebenslage beieinanderliegen können. Solch leiblich soziale Präsenz wichtiger An- und Zugehöriger erweist sich oftmals als basaler Baustein für eine informell-aktive Suizidprävention. Fällt sie aus, geht die suizidale Person zunehmend der Erfahrung von Teilhabe und Zugehörigkeit verlustig, so dass Lebensbindung ab- und die Todessehnsucht zunimmt.

Der zunehmende Verlust an Teilhabe und Zugehörigkeit in seinen möglichen Einflüssen auf die Entstehung und Verstärkung von Todes- und Suizidwünschen zeigt sich nicht nur in den bereits angesprochenen Fallvignetten 1 und 2, sondern auch in Fallvignette 5. Die dort beschriebene junge Frau blickte schon in der Schulzeit auf nur wenige Kontakte zu ihrer Peergroup; sie konzentrierte sich ganz auf die Familie. An ihrem Ausbildungsort blieb sie weitgehend ohne Kontakte und berichtete über Isolation und Phasen der Einsamkeit. Den Aussagen der Eltern zufolge sei sie an ihrem Ausbildungsort noch verschlossener geworden; sie erschien diesen zudem als „fast unnahbar“.

Zudem ist Fallvignette 4 zu nennen, in der eine 66-jährige Frau beschrieben wird, die sich nach Austritt aus dem Beruf fast vollständig von anderen Menschen zurückgezogen hat und die schon in ihrer Biografie eine Scheu vor zu starker Bindung an andere Menschen gezeigt hatte. In allen vier Fallvignetten scheint das Fehlen von Teilhabe und Zugehörigkeit eine ursächliche oder eine begünstigende Bedeutung für die Entstehung von Suizidverlangen gebildet zu haben.

Die Interaktion zwischen An- und Zugehörigen einerseits und der suizidalen Person andererseits bleibt immer fragil und beschreitet in gewisser Hinsicht einen „schmalen Grat“: So sehr deren soziale Präsenz die Lebensbindungen zu stärken bemüht ist, so sehr kann die faktische Beziehungsmacht der An- und Zugehörigen übergreifend werden, aufseiten der suizidalen Person zu einer „widerwilligen“ Entscheidung führen und damit ihre reale Freiverantwortlichkeit zumindest in einem moralischen Sinne vereiteln. Dabei kann nicht nur eine freiverantwortliche Suizidentscheidung, sondern auch eine freiverantwortliche Entscheidung für die Fortsetzung des eigenen Lebens prekär (vgl. Abschnitt 4.1) sein, wenn sie nur aus äußerem Druck und damit letztlich wider den eigenen Willen („widerwillig“) zustande kommt.

Die Relationalität jeder moralischen Selbstbestimmung (vgl. Abschnitt 3.1) bleibt aus verschiedenen Gründen unhintergebar. Insofern kann und darf der Gefahr einer übergriffigen Einflussnahme nicht durch Abbruch der Kommunikation und der Vermeidung eines gemeinsamen Beratens und Reflektierens begegnet werden. Dieser Prozess eröffnet aufseiten der suizidalen Person oftmals jene Perspektiven auf alternative Handlungs- und Entscheidungsoptionen, die eine Wahl zwischen unterschiedlichen Optionen und mithin eine freiverantwortliche Entscheidung überhaupt ermöglichen. Das aber erfordert auf der Seite der unmittelbar eingebundenen An- und Zugehörigen ein hohes Maß an Sensibilität für die dynamischen und gegebenenfalls sogar sprunghaften Entwicklungen aufseiten der suizidalen Person. Auch wenn die Selbstbestimmung über das eigene Leben in das Beziehungsgeflecht zu wichtigen Bezugspersonen eingebettet ist („relationale Selbstbestimmung“), ist es in letzter Konsequenz die betroffene Person selbst, die über ihr Leben zu entscheiden und diese Entscheidung zu verantworten hat. Diese Letztentscheidungsverantwortung der suizidalen Person haben auch An- und Zugehörige zu respektieren, selbst wenn der erwogene Suizid sie befremdet oder ihnen sogar abwegig erscheint.

An dieser Konsequenz relationaler Selbstbestimmung lässt sich auch die besondere Verantwortung *professioneller* Bezugspersonen (z. B. medizinische, pflegerische, psychosoziale sowie seelsorglich bzw. spirituell sorgetragende Berufe) anknüpfen, in der sie unter den außergewöhnlich belastenden Bedingungen der Dynamik suizidaler Zuspitzungen in Bezug auf den Prozess der Entscheidungsfindung stehen. Zweifellos gehört zur breiten Palette der Interventionen, die multiprofessionelle Teams in ihrer professionsspezifisch vernetzten Verantwortlichkeit wahrnehmen, auch die Beratung der unmittelbar Betroffenen (suizidale Person) wie mittelbar Beteiligten (relevante An- und Zugehörige) (vgl. Abschnitt 4.4). 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 dezidiert ethische Beratung<sup>137</sup> in einem professionsspezifischen Sinne.<sup>138</sup> Sie stellt konsultatives Fachwissen bereit, das für anstehende Lebensentscheidungen – etwa im Kontext suizidalen Verlangens – eine orientierende, also normative Relevanz besitzt.

Ethische Beratung sollte deliberatives, also abwägendes Erkunden und Gewichten möglicher Handlungsoptionen und deren zugrundeliegender moralischer Überzeugungen und Verbindlichkeiten unterstützen, um einen gleichermaßen authentischen wie begründeten und darin verantwortlichen Selbstentscheid des betreffenden Subjekts – hier der suizidalen Person – zu ermöglichen. Aufgabe ethischer Beratung ist es zudem, advokatorisch die Ansichten und Interessen der (Mit-) Betroffenen von Entscheidungen in den Abwägungs- und Reflexionsprozess einzuspielen, wenn diese sich selbst nicht persönlich in die Entscheidungsfindung einbringen können. In diesem Sinne sollte ethische Beratung die suizidale Person im Zweifelsfalle auch auf gravierende Auswirkungen aufmerksam machen, die ihre Entscheidung für einen Suizid auf nahe An- und Zugehörige haben kann. Umgekehrt hat ethische Beratung etwa im Gespräch mit An- und Zugehörigen die Aufgabe, für einen kontextsensiblen Umgang mit der Situation der suizidalen Person zu werben und den Entscheidungsspielraum der ihrer Sorge anvertrauten Person vor Übergriffigkeiten gleich welcher Art zu schützen.

Im Kontext der professionellen Begleitung in einer suizidalen Krise kommt es darauf an, die suizidale Person durch die ethische Beratung in ihrer eigenen Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu unterstützen. Eine nicht-direktive ethische Beratung bemüht sich darum, die moralische Selbstorientierung der sich in ihrem Selbst bestimmenden Person zu stärken.

---

137 Vgl. Stegmaier/Fürst 1993; Ruschmann 1999; Badura 2002.

138 Vgl. Lob-Hüdepohl 2003; zum Folgenden vgl. Lob-Hüdepohl 2007, 153 ff.; 2014, 405 ff.

Hierzu gehört es auch, durch „empathische Störfragen“ etwa bestimmte Selbstverständlichkeiten der ratsuchenden Person zu problematisieren und sie im Interesse einer wohlüberlegten Entscheidung zu einer vertieften Auseinandersetzung anzuregen. Störfragen können advokatorisch auf Aspekte, Gesichtspunkte oder moralische Güter aufmerksam machen, die die ratsuchende Person (noch) nicht in ihrem Blickfeld hat. Insofern ist ethische Beratung eine anspruchsvolle Aufgabe, die in der Regel dann am besten gelingt, wenn sie Teil jener alltäglichen Lebenswelt ist, in der sich die Dynamik und gegebenenfalls auch Dramatik einer suizidalen Entscheidung entwickelt.

Die Notwendigkeit einer ethischen Beratung zeigt sich besonders in den Fallvignetten 10 und 11, in denen Personen beschrieben werden, die entweder an einer rasch fortschreitenden, tödlichen Erkrankung litten (Fallvignette 10) oder die die fachlich berechnete Sorge artikulierten, schon bald an einer Krankheit mit schweren, auch die An- und Zugehörigen erheblich betreffenden Symptomen zu leiden (Fallvignette 11). Im einen Fall drängt die Person auf die Möglichkeit zum assistierten Suizid (Fallvignette 10), im anderen Fall interpretiert die Person den assistierten Suizid als eine mögliche Antwort auf die antizipierte Situation (Fallvignette 11). Es kann davon ausgegangen werden, dass eine ethische Beratung in beiden Fällen bei der persönlichen Reflexion über die Angemessenheit des Wunsches nach assistiertem Suizid hätte helfen können. Fallvignette 12 beschreibt zumindest in Ansätzen die ethische Beratung einer Frau, die zunächst einem mit ihrem Mann vorzunehmenden „gemeinsamen Suizid“ zugestimmt hatte, die aber im Verlaufe der Beratung zu der Überzeugung kam, dies nicht tun zu sollen.

Die ethische Beratung ist jedoch nur als Teil umfassender Beratungsprozesse und Beratungssettings zu verstehen, in denen die betroffene Person in unterschiedlichen Phasen ihres suizidalen Verlangens begleitet werden. Um die Motivation wie die Willensbildung einer suizidalen Person zu erkennen und festzustellen, ob subjektive Einschätzungen und Wertungen gegebenenfalls auf der unzureichenden Kenntnis tatsächlicher Umstände beruhen, ist eine auch formelle Beratung der Person sachlich unerlässlich. Eine Beratung, die sich mit hoher Empathie und hohem Engagement den inneren und äußeren Konflikten wie auch den Zweifeln, Sorgen und Ängsten der

suizidalen Person zuwendet und mögliche Lösungswege aufzuzeigen versucht, kann dieser helfen, die eigenen Einschätzungen und Wertungen zu reflektieren.

Bei jedem Beratungsangebot ist zu berücksichtigen, dass Todes- und Suizidwünsche eine *Dynamik* aufweisen (vgl. Kapitel 2). Sie bilden sich unter dem Einfluss innerseelischer und äußerer Faktoren allmählich aus und gewinnen im Laufe der Zeit immer mehr an Intensität. Die Fallvignetten unterstreichen die Notwendigkeit, in diesen dynamischen Prozess möglichst früh mit Hilfeangeboten einzugreifen. Diese müssen ganz auf die innere und äußere Situation der Person zugeschnitten sein.

Freilich dürfen derartige Angebote nicht paternalistisch oder aufdrängend sein, weil sie dann die Freiverantwortlichkeit der betreffenden Person gefährden können. Vielmehr sollten die Angebote der Person als Unterstützung in ihrem Prozess der *Selbstreflexion* unterbreitet werden. So kann diese in ihrer Auseinandersetzung mit der eigenen Motivlage unterstützt werden. Zugleich können den beratenen Personen Informationen gegeben werden, die ihnen zu einer differenzierteren, vielleicht auch neuen Bewertung der eigenen Situation verhelfen können. Auf diese Weise kann die Freiverantwortlichkeit gestärkt werden. Dabei kann die beratende Person dem Gegenüber durch ihre zugewandte Haltung versichern, nicht alleine gelassen zu werden.

Darüber hinaus erweist sich eine Unterscheidung dreier Beratungskontexte als hilfreich:

- (I) Beratungsangebote für jene Menschen, bei denen sich erste Todeswünsche manifestiert haben: Hier stehen Beratungsangebote im Zentrum, die vor allem von Angehörigen des Versorgungssystems unterbreitet werden oder unterbreitet werden sollten, so zum Beispiel von Haus-, gegebenenfalls auch von Fachärztinnen und -ärzten, an die eine Patientin bzw. ein Patient überwiesen wurde sowie von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

psychologischer, psychotherapeutischer, sozialer und pflegerischer Dienste. Wie die Fallvignetten zeigen, ist eine derartige Beratungskompetenz auch an schulischen und universitären Einrichtungen wichtig. Hier ergibt sich eine thematische Nähe zur frühzeitigen Intervention bei der Entwicklung von depressiven Grundhaltungen oder Störungen, die ebenfalls vielfach unerkannt bleiben und schließlich in Todes- oder Suizidwünsche münden können. Zwar muss die Nutzung solcher Beratungsangebote immer freiwillig sein, aber dennoch kann die Bereitschaft von Menschen mit Todeswünschen, sich beraten zu lassen, durch ein engmaschiges Netz an qualifizierten und niedrigschwelligen Beratungsangeboten gefördert werden. Damit diese Angebote optimal genutzt werden können, sollten sie in der Öffentlichkeit ausreichend bekannt gemacht und beworben werden. Eine breite Inanspruchnahme dieser Beratungsangebote wäre ein bedeutender Schritt, in die Dynamik von Todes- und Suizidwünschen rechtzeitig helfend einzugreifen.

- (II) Beratungsangebote für jene Menschen, bei denen sich ein Entschluss zum Suizid auszubilden beginnt bzw. bei denen dieser Entschluss schon weit gediehen ist: Das unter (I) Gesagte gilt auch vollumfänglich für diesen Beratungskontext. Nur ist die hier angesprochene Beratung sehr viel stärker mit psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Fachexpertise auszustatten. Wie auch in den Fallvignetten zum Ausdruck kommt, sind suizidbereite Menschen nicht selten von Suizidimpulsen bestimmt, derer sie sich nur schwer erwehren können.<sup>139</sup> Ihre Gedanken kreisen mehr und mehr um den Suizid und seine für die Person auf den ersten Blick entlastenden Folgen (sog. „präsuizidales Syndrom“<sup>140</sup>).

---

<sup>139</sup> Vgl. Lindner/Voltz 2020; Nationales Suizidpräventionsprogramm 2020.

<sup>140</sup> Das Modell des präsuizidalen Syndroms wurde im Jahre 1953 von Erwin Ringel (in „Der Selbstmord“) entwickelt und wird bis heute in der Suizidforschung verwendet (vgl. z. B. Sonneck 2009; Wedler 2018; Wolfersdorf

Um einen Ausweg aus dieser emotional hochgradigen Fixierung zu finden, ist die oben genannte Fachexpertise für die Beratung unerlässlich.

- (III) Beratungsangebote für Menschen, die Zugang zu Tötungsmitteln mit Hilfe Dritter begehren (Suizidassistenten): Auch diese Menschen sind auf ein engmaschiges Beratungsangebot angewiesen, in dem die bestehenden Möglichkeiten zur Linderung körperlicher und psychischer Symptome wie auch zur Stärkung der psychischen Verarbeitungs- und Bewältigungsressourcen aufgezeigt werden. Derartige Beratungsangebote sind vor allem von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Sozialstationen, Pflegediensten und klinisch-stationären Einrichtungen zu unterbreiten, um Alternativen zum Suizid aufzuzeigen. Die Finanzierung der Beratungsangebote muss durch die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen erfolgen.

Für alle drei Beratungskontexte ist daran zu erinnern, dass bei der individuellen Begleitung und Beratung auch soziale Rahmenbedingungen wie etwa angemessene Wohnsituationen und Kontaktmöglichkeiten zu berücksichtigen sind.

Zugleich sind die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen (Einrichtung entsprechender Beratungsstellen), damit sich Menschen mit einem derartigen Beratungsbedürfnis überhaupt an eine geeignete Einrichtung wenden können. Außerdem braucht es eine zielgenaue und breite Öffentlichkeitsarbeit, die über die Beratungsstellen und deren Angebote informiert. Auch positive mediale Darstellungen solcher Beratung in fiktionalen wie nicht-fiktionalen Formaten können ihre Bedeutung für Menschen in suizidal bedrängenden Situationen erheblich fördern. Es geht hierbei zum Beispiel um

---

2000). Die formale Charakterisierung als Syndrom deutet an, dass hier mehrere Symptome gleichzeitig auftreten. Nach Ringel sind dies Einenung, Aggressionsumkehr und Suizidfantasien (zur Übersicht vgl. Kruse 2017, 245 ff.).

mediale Formate, die zu einem vertieften Verständnis für die Lebenssituation von Menschen in seelischer Not – und hier vor allem für Menschen mit erhöhter Suizidalität – beitragen und auf die Mitverantwortung der Gesellschaft für soziale Integration und Teilhabe hinweisen. Durch derartige mediale Formate können sich potenzielle Suizidentinnen und Suizidenten motiviert fühlen, sich gegenüber An- und Zugehörigen eher zu öffnen und in einem weiteren Schritt Beratung in Anspruch zu nehmen; diese kann auch dazu dienlich sein, die Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung hindernde Umstände zu beseitigen.

#### **4.4 Akteurinnen und Akteure auf der Mesoebene**

Suizidalität ist per se ein äußerst komplexes Phänomen. In der Folge stellt die Suizidprävention wie auch die Begleitung in suizidalen Krisen eine vielschichtige Aufgabe dar, die im Sinne der Multiakteursverantwortung auch die Institutionen in die Verantwortung nimmt. Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial und Bildungswesens unterschiedlicher Genese und mit variierenden Zielgruppen sind genuine Orte der Suizidprävention und oftmals auch der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen. Die jeweiligen Institutionen können durch ihr konsequent präventives Wirken zur Sensibilisierung für suizidale Krisen sowie zur Enttabuisierung der Thematik beitragen.<sup>141</sup> Fallvignette 1 unterstreicht etwa die Bedeutung der Suizidprävention in schulischen Kontexten.

---

<sup>141</sup> Bei der Suizidprävention geht es um die Verhinderung eines Suizids und diesbezüglich insbesondere um die Vermeidung von Lebenslagen und -situationen die Suizidwünsche und -verlangen begünstigen. Die Begleitung in suizidalen Krisen bezieht sich nachfolgend insbesondere auf die Begleitung im Prozess der Entscheidungsfindung, an deren Ende sich die potenzielle Suizidentin bzw. der potenzielle Suizident für oder gegen die Ausführung eines (assistierten) Suizids entscheidet. Vgl. hierzu umfassend Abschnitt 4.1.



Professionell Tätige in den Einrichtungen müssen in der Lage sein, Äußerungen zu Todes- und Suizidwünschen zu identifizieren und einzuordnen. Sie müssen die von Ambivalenzen und Instabilität geprägten Suizidwünsche erkennen, bei Bedarf verantwortlich und situationsangemessen intervenieren und suizidale Krisen aber auch freiverantwortliche Entscheidungsprozesse professionell begleiten können. Die professionelle Begleitung sollte idealerweise bereits dann einsetzen, wenn sich eine suizidale Krise mit ersten sich entwickelnden Todeswünschen und Suizidgedanken anbahnt. Ungeachtet des Auftrags und der Verantwortung seitens der nachfolgend exemplarisch benannten Institutionen zur Suizidprävention darf sie zu keinem Zeitpunkt *direktiv* erfolgen (vgl. Abschnitte 4.1 und 4.3).

Der Umgang mit den Wünschen nach Suizidassistenten und die noch unbekannt den Erwartungen und Forderungen an in diesem Kontext tätige Institutionen, stellen insbesondere die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens vor neue konzeptuelle Anforderungen und ethische Fragestellungen. In der Folge stellt sich für die jeweilige Einrichtung nicht nur die Frage, wie sich die Mitarbeitenden zu den Wünschen und Äußerungen eines Suizids in Beziehung setzen, sondern auch, wie und mit welcher Haltung innerhalb der Institution Suizidwünsche und suizidale Krisen aufgegriffen und begleitet werden müssen.

Angesichts ihrer unterschiedlichen Verantwortung im Rahmen der Suizidprävention einerseits und der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen andererseits kann für die einzelnen Institutionen im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen eine je spezifische Verbindlichkeit abgeleitet werden. Nachfolgend stehen Institutionen im Vordergrund, in denen Todes-, Suizidwünsche und -verlangen wiederkehrend ausgesprochen werden, wie zum Beispiel Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, Palliativstationen, Hospize und psychiatrische Versorgungssettings. In den Fallvignetten 3, 8 und 10 stehen exemplarisch Suizidwünsche und -verlangen in

Versorgungssettings im Zentrum. In diesen Institutionen sind Rahmenbedingungen und Angebote der Suizidprävention und zur Begleitung in suizidalen Krisen vorzuhalten und proaktiv zu eröffnen. An dieser Stelle sind aber auch Institutionen in den Blick zu nehmen, die sich für die Qualifizierung von Pflege- und Gesundheitspersonal verantwortlich zeigen und das Thema Suizidprävention und den Umgang in der Konfrontation mit suizidalen Krisen bewusst und verantwortlich in Bildungsprozesse einzubinden haben. Des Weiteren geht es um Institutionsformen, in denen Suizidäußerungen getätigt oder suizidale Tendenzen in Krisensituationen beobachtet werden, wie zum Beispiel in Beratungskontexten, in ambulanten/außerklinischen Versorgungsstrukturen, im Strafvollzug<sup>142</sup>, in Einrichtungen für geflüchtete Menschen, aber auch in (Hoch-)Schulen.<sup>143</sup>

Für die genannten Institutionen stehen jeweils unterschiedliche Mittel der Suizidprävention im Vordergrund. Suizidpräventionsstrategien (allgemeine, selektive, indizierte Prävention) haben hierbei die kurz- und langfristigen Risikofaktoren im Blick. Das bereits erläuterte, dreistufige System der Prävention soll zugleich der Komplexität der Suizidalität Rechnung tragen und ist auch für die Mesebene bedeutsam.

Institutionen, in denen Todes- und Suizidwünsche wiederholt geäußert werden bzw. die Suizidgefährdung und das Risiko für suizidale Krisen oder einen Suizid erhöht ist, kommt die Aufgabe zu, ein besonderes Augenmerk auf die Früherkennung von suizidalen Krisen, von Suizidgefährdung und von Todes- wie auch Suizidäußerungen zu legen. Hier spielen die professionell Pflegenden, die aufgrund der Präsenz

---

<sup>142</sup> Die Suizidassistenten im Straf- und Maßregelvollzug wirft zusätzliche, sehr komplexe juristische wie ethische Probleme auf, die in dieser Stellungnahme nicht näher erörtert werden können (zur Problematik vgl. Lindemann 2022; ferner Lindemann 2021 m. w. N.; aus ethischer Sicht vgl. Lob-Hüdepohl 2019; zur Suizidprävention im Justizvollzug vgl. World Health Organization 2014).

<sup>143</sup> Zu der Vielfalt an Krisensituationen und den Einflussfaktoren der Lebenssituation, der Arbeits- und Lebenswelt vgl. World Health Organization 2014.

in der Pflege- und Versorgungssituation oftmals nah an der aktuellen Lebens- und Gesundheitssituation der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten sind und daher deren subjektiv erfahrene Lebensqualität einzuschätzen vermögen, eine besondere Rolle. Vielfach haben sie eine professionelle Beziehung zu den von ihnen versorgten Menschen aufgebaut und erfassen sich anbahnende Krisen in einem frühen Stadium. Zudem werden besonders professionell Pflegenden in einem frühen Stadium mit Todes- und Suizidwünschen der von ihnen versorgten Menschen konfrontiert.<sup>144</sup>

In Bezug auf die Geriatrie und die Altenhilfe ist beachtlich, dass die Suizidrate im Alter hoch ist<sup>145</sup> und nach einer Studie aus den Niederlanden bei entsprechender Akkumulation geriatrischer Symptome, begleitet von sozialem und existenziellem Leiden, ein erhöhter Wunsch nach assistiertem Suizid besteht.<sup>146</sup> Beides markiert die Bedeutsamkeit der professionellen Suizidprävention wie auch der verantwortlichen und frühzeitigen Begleitung (vgl. Abschnitt 4.1) älterer Menschen in suizidalen Krisen, insbesondere in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, aber auch in der teilstationären, ambulanten und klinischen Versorgung.

In der Geriatrie und der Altenhilfe liegt die zentrale Verantwortung für die Suizidprävention wie auch für die professionelle Begleitung in suizidalen Krisen bei den Pflegefachpersonen wie auch bei den Hausärztinnen und -ärzten. Letztere begleiten ihre Patientinnen und Patienten oft schon viele Jahre und auch nach dem Umzug in die stationäre Langzeitpflege weiter. Eine besondere Sensibilität fordern hierbei die Menschen mit Demenz. Wenngleich eine Demenzerkrankung die Suizidprävalenz per se nicht erhöht, so stellen doch die begleitenden Symptome (wie Niedergeschlagenheit, Depression und Hoffnungslosigkeit) mögliche Risikofaktoren dar.

---

<sup>144</sup> Vgl. Monteverde 2017.

<sup>145</sup> Vgl. Müller-Pein/Lindner 2020; Ruhwinkel 2021; Schneider et al. 2021; Lindner et al. 2014.

<sup>146</sup> Vgl. Berg et al. 2021.

Insbesondere nach Erhalt der Demenzdiagnose können Suizidgedanken bei den Betroffenen aufscheinen. Ergänzend sei an dieser Stelle auf die erwartbaren Krisen verwiesen, die mit einer prädiktiven Demenzdiagnostik – durchaus schon in jüngeren Jahren – einhergehen können. Aufkommende suizidale Gedanken im Anfangsstadium einer diagnostizierten Demenz sind verbunden mit der Sorge um persönliche Integrität sowie mit Unsicherheiten angesichts der bevorstehenden kognitiven Veränderungen im Krankheitsverlauf. Sie sind Ausdruck von Trauer, aber auch von Angst, das eigene Leben nicht mehr gestalten zu können, auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein oder dem persönlichen Umfeld in der Zukunft zur Last zu werden.

Fallvignette 11 ist ein Beispiel für den Umgang eines 45-jährigen Mannes mit dem Ergebnis der prädiktiven genetischen Diagnostik, die auf eine ererbte krankheitsursächliche Mutation deutete (Frontotemporale Demenz), sowie mit den ersten von ihm selbst und von der Ehepartnerin wahrgenommenen Defiziten im Bereich der Kognition und in der Impulskontrolle. Die Antizipation einer Zunahme der Symptome, vor allem die Vorstellung, mehr und mehr zu einer Gefahr für die nächsten Angehörigen werden zu können, verursachten die zunehmend intensivere Beschäftigung mit einem möglichen Suizid.

Bei Trauernden (wie etwa dem Verwitweten in Fallvignette 3) ist das Risiko für Suizid generell erhöht.<sup>147</sup> Zum Empfinden einer tiefen Trauer kann sich das Gefühl der Schuld mischen.<sup>148</sup> Selbstvorwürfe und Schuldgefühle Trauernder sind oftmals von Scham und Ohnmacht begleitet. Die damit einhergehenden Verunsicherungen in der Gemengelage zwischen dem Zusammenbruch alltäglicher Sicherheiten durch den Verlust einer wichtigen Person im eigenen Leben einerseits und dem Gefühl der Schuld und der übermächtigen Trauer andererseits kann ein solches Maß von Auswegs- und Hoffnungslosigkeit

---

147 Vgl. Znoj 2012a.

148 Zu den unterschiedlichen Formen von Schuldgefühlen vgl. etwa Müller/Brathuhn/Schnegg 2021; Znoj 2012b.

provozieren, dass bei der trauernden Person Suizidgedanken entstehen.

Eine institutionell etablierte Trauerkultur kann die Suizidprävention unterstützen. Es bedarf ihrer besonders auch nach einem (assistierten) Suizid. Eine entsprechende Kultur des Abschieds und der Trauerbegleitung in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens – auch im Sinne der Suizid- und Krisenprävention – zu konzeptualisieren, zu etablieren und nachhaltig zu leben, liegt in der Verantwortung von Leitungspersonen und Fachkräfte in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens.

In den jeweiligen Einrichtungen und zielgruppenbezogen sind im Rahmen der Suizidprävention begleitend spezifische Instrumente der Selbstbeurteilung zu prüfen, die die Suizidgefährdung einschätzen (exemplarisch sei an dieser Stelle die vielfach validierte Columbia-Suicide Severity Rating Scale [C-SSRS] genannt<sup>149</sup>). Diese Instrumente der Selbstbeurteilung bzw. Selbsteinschätzung können den Gegenstand oder den Ausgangspunkt für Gespräche zur Freiverantwortlichkeit bilden wie auch Gespräche seitens professioneller Fachkräfte zur Aushandlung von Maßnahmen zur Suizidprävention rahmen.

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 Suizidassistenz sowie der damit einhergehenden vielfältigen moralischen und professionellen Spannungsfelder und anspruchsvollen Fragestellungen als genuiner Gegenstand von Bildungs- und Qualifizierungsprozessen relevant (selektive Intervention zur Suizidprävention). Ziel notwendiger Qualifikationsbestrebungen ist es, im beruflichen Alltag eine suizidale Krise oder ein Suizidrisiko frühzeitig zu erkennen und verantwortungsvoll

---

149 Siehe unter <https://cssrs.columbia.edu> [14.07.2022]; vgl. auch Teismann 2018.

am Gegenüber orientierte sowie der Situation angemessene Maßnahmen und Strategien zur Intervention bzw. Suizidprävention abzuwägen als auch den Entscheidungsprozess in Bezug auf die Freiverantwortlichkeit der suizidalen Person professionell zu begleiten. Angesichts der zunehmenden Bedeutsamkeit der Thematik und zur Absicherung der professionellen verantwortlichen Handlungsfähigkeit könnten in den Lehrplänen und Curricula dieser Berufsgruppen die Themen Suizid, Suizidprävention und Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen wiederkehrend in Ausbildungs- und Weiterbildungen aufgenommen werden. Damit würden Kommunikations- und Reflexionskompetenzen im Umgang mit Todes- und Suizidwünschen gestärkt. Tabuisierungen müssen ethisch-abwägend aufgegriffen und sukzessive reduziert werden. Zugleich muss Prävention vor der Krisenintervention fachlich fundiert abgesichert sowie professionelle Haltungen reflexiv zu den beruflichen Erfahrungen in Bezug gesetzt werden. Ebenso sollten die entsprechenden Curricula Möglichkeiten bieten, eine eigene Haltung zum Umgang mit etwaiger Suizidassistenz in der eigenen (zukünftigen) Einrichtung zu entwickeln. Dies schließt auch die Reflexion der noch zu entwickelnden (und zu gewährleistenden) hohen Standards für eventuelle Suizidassistenz mit ein.

Die Verantwortung der Berufsverbände und Fachgesellschaften sowie ihrer Mitglieder liegt darin, Sorge dafür zu tragen, dass die zentralen Inhalte in die Curricula, Lehr- und Ausbildungspläne der jeweiligen Fachpersonen und Berufsgruppen aufgenommen werden. Dies gilt in ähnlicher Weise für die Qualifikation aller Ehrenamtlichen, die entweder beratend (z. B. Telefonseelsorge) oder begleitend (z. B. Hospizarbeit) mit suizidalen Personen in einem engen Kontakt stehen.

Suizidales Verhalten variiert über ethnische und kulturelle Kontexte hinweg. So besteht bei Personen mit Migrations- und Fluchterfahrungen – etwa aufgrund belastender oder gar traumatischer Erlebnisse – ein spezifisches Risiko

für Suizidalität.<sup>150</sup> Institutionen und Angebote für Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund sind folglich wichtig, um kultursensible Suizidprävention zu leisten. Suizidprävention basiert in diesem Kontext neben sprachlicher Kompetenz auf kulturellem Wissen zu Werten, Haltungen und religiösen Einstellungen zum Suizid, das einerseits die Suizidgefährdung einzuordnen und andererseits Potenziale kulturspezifischer Suizidprävention zu eröffnen vermag.

Suizidprävention auf der Mesoebene fordert seitens der Leitungen und Trägerverantwortlichen wie auch seitens der Pflegefachpersonen eine verantwortungsvolle Analyse und Eindämmung jeglicher suizidgenerierender Institutions-, Gesprächs- und Interaktionskulturen (z. B. Mobbing, Ausgrenzung, Diskriminierung). Suizidprävention auf der Mesoebene benötigt darüber hinaus institutionelle und ambulante Strukturen wie Konzepte, die soziale Teilhabe und in der Folge ein starkes Gefühl der Zugehörigkeit ermöglichen. Damit wird eine menschenwürdige Begleitung am Lebensende eröffnet, insbesondere die Lebens- und Sterbensqualität abgesichert und der Lebenswille fokussiert. Hierfür bedarf es in den Institutionen einer gelebten Palliativ-, Abschieds- und Sterbekultur, die bestenfalls Todes- und Suizidwünschen im Sinne einer allgemeinen Prävention (vgl. Abschnitt 4.1) entgegenwirkt. Die institutionellen (Rahmen-)Bedingungen (etwa Restriktionen oder Versorgungsdefizite) dürfen nicht zur Ursache dafür werden, dass Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Patientinnen und Patienten das eigene Leben als hoffnungslos, als individuell nicht mehr gestaltbar, wertlos oder gar nur noch als Belastung empfinden.<sup>151</sup> Diese Gefühle können nachweislich Einfluss auf Todes- und Sterbewünsche, auf Suizidgedanken und Wünsche nach einem assistierten Suizid nehmen.<sup>152</sup> Sollte sich trotz aller suizidpräventiven

---

150 Vgl. World Health Organization 2014, 8 und 36 f.

151 Vgl. Bornet et al. 2021.

152 Vgl. Büche 2021; Ruhwinkel 2021.

Bemühungen der Suizidwunsch einer Person zu einem festen Willen verdichten, stehen Einrichtungen und Institutionen in der Verantwortung, im Rahmen einer würdevollen Suizidassistentz die Option für ein in dieser Weise abschiedliches Leben zu gewährleisten – je nach dem eigenen Selbstverständnis innerhalb der Einrichtung selbst, an einem anderen Ort oder durch eine andere zur Assistenz bereite Person.

In der konkreten professionellen Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen sind die Institutionen und die dort professionell Tätigen gefordert, die Komponenten der relationalen Verfasstheit und Bezogenheit sowie das je individuelle und kulturelle Eingebundensein gemeinsam mit dem Gegenüber zu identifizieren und in den Entscheidungsprozess verantwortungsvoll einzubinden. Die Begleitung in suizidalen Krisen ist durch das Konzept der relationalen Selbstbestimmung geprägt und fordert die Wahrung und Beachtung der Selbstbestimmung in ihrer Relationalität. An dieser Stelle nehmen die seitens der jeweiligen Institution konzeptualisierten Gesprächs- und Beratungsangebote einen zentralen Stellenwert ein. Hierzu können auch bereits vorliegende valide Instrumente genutzt werden.<sup>153</sup>

In einem empathischen und von Offenheit geprägten respektvollen Beratungsgespräch ist es bedeutsam, den individuellen Hintergrund, den Auslöser, die Ursache und das Motiv des Suizidwunsches bzw. des eingeschränkten Lebenswunsches wahrzunehmen, Ambivalenzen zu erfassen, Konsequenzen zu analysieren. Auf der Basis dieser Einsichten können mögliche Bewältigungsstrategien zur Verbesserung der Lebensqualität erarbeitet und Alternativen wie Möglichkeiten der Symptomkontrolle aufgezeigt werden. Dieses professionell begleitete Gesprächs- und Beratungsangebot rahmt den Prozess einer freiverantwortlichen Entscheidungsfindung für oder gegen die Inanspruchnahme eines assistierten Suizids.

---

153 Vgl. Lindner/Voltz 2020.



Freiverantwortliche Entscheidungen sind unter anderem beeinflusst von gesellschaftlichen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Faktoren, von Wertvorstellungen und Wertentscheidungen, von Verbindlichkeiten und Bezogenheit. Das heißt, eine freiverantwortliche Entscheidung ist relational kontextualisiert. Sie ist stets verknüpft mit anderen Personen, anderen Situationen, der Lebenswelt sowie dem Lebensumfeld und zudem eingebunden in soziale und existenzielle Abhängigkeiten wie bestehende Verantwortungsgefüge. Die Bedeutsamkeit von Relationalität und insbesondere von relationaler Selbstbestimmung sind folglich als leitende Prämissen der professionellen Begleitung zu begreifen. Deshalb müssen möglicherweise auch weitere Personen oder Institutionen in die Gesprächs- und Beratungsangebote einbezogen werden.

Für diese fachlich gebotene Anforderung ist den Mitarbeitenden der notwendige zeitliche Rahmen zur Verfügung zu stellen. Außerdem sollte angemessene Supervision angeboten werden. Dies zu ermöglichen liegt wiederum in der Verantwortung der Leitungspersonen auf der Mesoebene. Institutionen und Dienste, deren Leitungen und Mitarbeitende kommen langfristig nicht umhin, sich mit der Thematik der Suizidprävention, der Begleitung in suizidalen Krisen, aber auch der Suizidassistenz und der damit verbundenen Verantwortung umfassend(er) zu beschäftigen.

Mit dem im Dezember 2015 in Kraft getretenen Hospiz- und Palliativgesetz<sup>154</sup> wurde die rechtliche Basis für die Stärkung der Hospizkultur in Pflegeheimen geschaffen. Auch wenn sich Pflegeheime nicht als Sterbeorte, sondern als Lebensorte verstehen – ein Aspekt, auf den in der stationären Altenhilfe immer wieder hingewiesen wird –, müssen sie diese Lebensorte so gestalten, dass in ihnen ein würdevolles, an den Werten der einzelnen Person orientiertes Sterben möglich ist. Darin besteht der Kern professioneller Palliative Care. Diese

---

154 Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland vom 1. Dezember 2015 (BGBl. I, 2114).

erfordert eine Haltung aufseiten der Betreiber, der Leitung und der Mitarbeiterschaft, die den Respekt vor dem würdevollen Leben und dem würdevollen Sterben der Bewohnerinnen und Bewohner als Grundlage pflegerischen Handelns begreift.

Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen der Langzeitversorgung werden vermehrt mit dem Verlangen nach assistiertem Suizid konfrontiert. Bewohnerinnen und Bewohner äußern häufiger die Erwartung, dass das Pflegeheim Hilfe beim assistierten Suizid ermöglicht.<sup>155</sup> Die Art der erwarteten Hilfe reicht von einer bloßen Duldung der Assistenz Dritter (An- und Zugehörige, [Haus-]Ärztinnen und Ärzte, in sogenannten Sterbehilfevereinen Tätige usw.) bis hin zur Bereitschaft eigener Mitarbeitender, beim Suizid zugegen zu sein oder selbst unmittelbar Assistenz zu leisten. Die letztgenannte Hilfeform – sofern man sie für verantwortlich hält – erfordert jedenfalls die Einhaltung höchster Standards.

Mit Blick auf die Entstehung und Artikulation des Suizidhilfeverlangens ist zunächst noch einmal auf dessen Prozesscharakter hinzuweisen. Im Sinne des *Total-Pain-Ansatzes*<sup>156</sup> kann eine Palliative-Care-Begleitung, die den psychosozialen und spirituellen Bedarfen Rechnung trägt, auch zur Linderung von physischen und psychischen Belastungen beitragen. Damit lässt sich das suizidale Verlangen im besten Fall auflösen.

Bleibt das Suizidverlangen trotzdem bestehen und drängt eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner darauf, bei dessen Umsetzung Unterstützung zu erhalten, so sehen sich Leitung wie auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Pflegeheimes in besonderer Weise vor die Frage gestellt, ob eine derartige Unterstützung in Übereinstimmung mit dem Selbstverständnis des Hauses wie auch mit ihrer professionellen moralischen

---

155 Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2021, 7.

156 Das *Total-Pain*-Konzept ist der professionellen Palliative Care bzw. Palliativversorgung inhärent. Es wurde von Cicely Saunders konzeptualisiert und richtet angesichts der Subjektivität und Komplexität von Leiden und Schmerzen den umfassenden bzw. ganzheitlichen Blick auf die physische, psychische, soziale und spirituelle Dimension des situativen und höchst individuellen Erlebens der betroffenen Person (vgl. Clark 1999).

Haltung<sup>157</sup> und ihrer privaten Haltung zum Leben steht. Bedeutsam ist hier die Leitungsverantwortung für die Mitarbeitenden. Dies betrifft die institutionsspezifische Verantwortung für die jeweiligen Zielgruppen und die jeweiligen institutionellen Angebote. 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 Werteorientierung oder auf die private Haltung verweigert werden. Gleichwohl kann die Freiwilligkeit von Mitarbeitenden zur Suizidassistenten gefährdet sein – nämlich dann, wenn sich vonseiten der Bewohnerinnen und Bewohner und/oder des Kollegiums die entsprechende Erwartungshaltung aufbaut, dass man solche Hilfe gewähren müsse, wolle man tatsächlich personenorientiert, also den Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechend agieren. Entsprechend sollten sich Einrichtungen – je nachdem, welches gesetzliche Vorhaben letztlich realisiert wird – darauf vorbereiten, ihr Leitbild explizit um Überlegungen zur Sterbekultur weiterzuentwickeln, um sowohl potenziellen Bewohnerinnen und Bewohnern als auch Mitarbeitenden transparent zu machen, ob bzw. ggf. wie im Haus mit der Suizidassistenten umgegangen wird.

Für die Auseinandersetzung mit der Frage, wie Suizidassistenten erhalten werden könnten, wenn sie in einer bestimmten Einrichtung nicht möglich ist, gewinnt dann möglicherweise das Gespräch mit den langjährig begleitenden Ärztinnen und Ärzten große Bedeutung;<sup>158</sup> in einem solchen Gespräch

---

157 So eröffnet für die Pflegefachpersonen zum Beispiel der ICN-Ethikkodex eine zentrale moralische Orientierung in Bezug auf das Verhalten, Entscheiden und Handeln (vgl. International Council of Nurses 2021).

158 Der Deutsche Ärztetag hat 2021 das Verbot der Suizidassistenten „aus verfassungsrechtlichen Gründen“ aus der (Muster-)Berufsordnung gestrichen, zugleich aber darauf hingewiesen, dass „es nicht zum Aufgabenspektrum der Ärzteschaft zählt, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten“ und es „kein[en] Anspruch“ des Einzelnen darauf gibt, „bei einem Selbsttötungsvorhaben ärztlich unterstützt zu werden“ (vgl. Beschlussprotokoll des 124. Deutschen Ärztetages, TOP IVb: Konsequenzen des Urteils des BVerfG zum § 217 StGB - Änderung des § 16 MBO-Ä, S. 156 f.).

können auch Einrichtungen genannt werden, in denen eine derartige Assistenz möglich ist. Wenn sich ein Pflegeheim dafür entscheidet, an Suizidassistenten mitzuwirken, dann ist es notwendig, auch in diesem Fall alles dafür zu tun, dass sich die Begleitung der Bewohnerin bzw. des Bewohners ganz an deren bzw. dessen Vorstellungen von einem möglichst würdevollen Lebensende orientiert. Der Auftrag an Palliative Care wie auch die damit verbundene Linderung des individuellen Leidens und der belastenden Symptome bleibt bis zur Durchführung des assistierten Suizids vollumfänglich bestehen. Der Wunsch nach Suizidassistenten darf nicht zu einer Verurteilung der Person, die nach dieser verlangt, führen. Vielmehr muss in einem Gespräch geklärt werden, wie die Situation des Abschieds und des Sterbens gestaltet werden soll, in der die Person aus dem Leben scheidet.

Die Thematik der Suizidprävention und der Begleitung in suizidalen Krisen sowie der Suizidassistenten eröffnet Bedarfe (professions-)ethischer Reflexion sowie für Maßnahmen zur psychischen Entlastung und moralischen Klärung. Das gilt besonders, wenn eine suizidwillige Person ihre freiverantwortliche Entscheidung zum assistierten Suizid umsetzen möchte bzw. umsetzt. So wirken zum Beispiel etablierte und systematisierte Angebote der Ethikberatung entlastend. Die interdisziplinäre Entwicklung von (Ethik-)Leitlinien fordert die Auseinandersetzung und Reflexion, trägt zur Sensibilisierung, aber auch zur Enttabuisierung und nicht zuletzt zur Professionalisierung und professionellen Haltung der Mitarbeitenden einer Einrichtung bei.<sup>159</sup>

## 4.5 Institutionen auf der Makroebene

Im Sinne einer Multiakteursverantwortung sind schließlich staatliche und gesellschaftliche Institutionen auf der

---

<sup>159</sup> Vgl. Wetterauer/Reiter-Theil 2020; O'Connor et al. 2016.

Makroebene von enormer Bedeutung, verschränken und berühren sich doch im Handeln und Wirken gesellschaftlicher Institutionen alle drei Ebenen; die individuelle Mikro-, institutionelle Meso- und die gesellschaftliche Makroebene. Letzterer kommt folglich die Rolle der Gewährleistungsverantwortung zu. Im Folgenden werden einige grundlegende Überlegungen zu wichtigen Determinanten staatlicher und gesellschaftlicher Verantwortung im beschriebenen Spannungsfeld zwischen Suizidprävention und dem Respekt vor freiverantwortlichen Entscheidungen skizziert.

Die Verantwortlichkeiten auf der Makroebene beziehen sich zunächst auf all jene strukturellen Probleme nationaler Gesundheitssysteme, die die Suizidalität von Menschen mitbeeinflussen oder sogar mitverursachen können. Zu ihnen gehören falsche Anreizsysteme, die im Krankheitsfall zu einer Überversorgung von Patientinnen und Patienten führen, der diese sich allein durch Suizid wehren zu können. Aber auch umgekehrt könnten sich fortschreitend erkrankte Menschen angesichts zunehmend knapper Ressourcen oder auch angesichts hoher finanzieller Selbstbeteiligungen zumindest in Teilen des Gesundheitssystems veranlasst und gedrängt sehen, sich gleichsam „sozialverträglich“ selbst aus dem Leben zu nehmen. Faktische Versorgungsengpässe etwa im Bereich der ambulanten Pflege können zu einer schwerwiegenden Vernachlässigung führen und damit den Wunsch entstehen lassen, sich der als unerträglich erlebten Lebenssituation durch einen Suizid zu entziehen.

Akteurinnen und Akteure auf der Makroebene müssen aufgrund ihrer Gewährleistungsverantwortung die Voraussetzungen dafür schaffen, dass auf der Mikro- und Meso-Ebene freiverantwortliche individuelle Entscheidungen ermöglicht, befördert und unterstützt werden können. Sie haben außerdem Sorge dafür zu tragen, dass eine allgemeine, selektive und indizierte Suizidprävention gelingen kann. Dies wiederum setzt eine entsprechende Ausgestaltung der strukturellen und ordnungspolitischen Rahmung voraus – national wie

international.<sup>160</sup> Auf staatlicher Ebene sind multisektorale Ansätze notwendig, um die verschiedenen Gesellschafts- und Versorgungsbereiche zu koordinieren. Im Folgenden seien exemplarisch einige wichtige gesellschaftliche Handlungsfelder dieser staatlich-öffentlichen Gewährleistungsverantwortung beschrieben.

### ***Staatliche und gesellschaftliche Suizidprävention***

Mit Blick auf die *allgemeine* Suizidprävention gibt es verschiedene staatliche und gesellschaftliche Verantwortungsdimensionen. Die strukturierte/professionelle Gesundheitskommunikation über Suizidalität ist aufzuwerten und weiterzuentwickeln. Damit wird der Informations- und Aufklärungsstand erhöht, aber auch einer Stigmatisierung bzw. Tabuisierung entgegengewirkt. Dafür verantwortlich sind einschlägige (Wohlfahrts- und Fach-)Verbände, Religionsgemeinschaften etc., aber auch staatliche Institutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder der Öffentliche Gesundheitsdienst. Neben der breiten und niedrigschwelligen Verfügbarkeit verlässlicher, verständlicher sowie seriöser Informationen und Materialien zur Suizidalität und zum (assistierten) Suizid, zur verantwortlichen Prävention auf der individuellen und institutionellen Ebene sowie zum Abbau von Stigmatisierungen und Tabuisierungen etc. sind hier auch andere gesellschaftliche Institutionen gefragt.

Wichtige, gerade staatliche Institutionen betreffende Risikofaktoren für Suizidalität werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) benannt. Diese unterstreicht beispielsweise die Verantwortung staatlicher Institutionen, die Erreichbarkeit der Mittel zum Suizid zu kontrollieren (etwa Waffen oder bestimmte Medikamente im gesellschaftlichen Umlauf),<sup>161</sup> insbesondere um affektbezogene Suizide zu verringern (Fallvignette 2). Neben dieser „klassischen“ Form der Suizidprävention

---

<sup>160</sup> Vgl. etwa World Health Organization 2021a; 2021b; Schneider et al. 2021.

<sup>161</sup> Vgl. World Health Organization 2014, 52 ff.

hebt die WHO zudem die Verantwortung hervor, die Staaten in der Verbesserung von und Auseinandersetzung mit den Faktoren für psychische und mentale Gesundheit von Bürgerinnen und Bürgern zukommt. Insbesondere gilt dies bei gesellschaftlichen Gruppen, in denen die psychische Gesundheit mitunter auf Grund besonderer lebenslagenspezifischer Belastungsfaktoren prekärer ist als im Bevölkerungsdurchschnitt (z. B. Wohnungslose, Geflüchtete, Gefangene).

Gezielte staatliche Programme, die Versorgung in diesen Bereichen auszubauen, können *allgemein* suizidpräventiv wirken. Ebenso bedeutsam sind Initiativen anderer gesellschaftlicher Institutionen: Programme gegen Cybermobbing u. Ä. (Fallvignette 1); Initiativen zur Verbesserung „sozioökonomischer *life skills*“ von jungen und adoleszenten Menschen; die Schaffung bzw. Gestaltung von passageren Umbruchsstrukturen in Lebenskrisen (etwa bei „Enthäuslichung“ junger Erwachsener, Umzug in Langzeitpflege o. Ä.); Förderung von gemeinwesen- bzw. sozialraumbezogener Angebote der Tagesstrukturierung sowie des lebenslagenspezifischen bürgerschaftlichen Engagements im Sinne des „Community Living“, in dem Menschen in suizidal prekären Lebenslagen nicht nur sorgende Zuwendung von anderen erfahren, sondern umgekehrt mit dem eigenen Engagement – so rudimentär dies möglicherweise gelegentlich auch sein mag – das Gemeinwesen mitgestalten und so Selbstwirksamkeit und Bedeutsamkeit für andere erfahren. Wirksam sind auch gezielte Strategien gegen Vereinsamung, nicht nur im höheren Alter (z. B. Programme für kleinräumliche Netzbildung in der Fläche).

Forschungsbefunde beschreiben die Einflüsse der Medien auf das Risiko der Entstehung wie auch der Umsetzung von Suizidgedanken und -impulsen.<sup>162</sup> Mediale Kommunikation sollte weder den Umgang mit dem Thema Suizid scheuen (und dadurch einer Tabuisierung Vorschub leisten), noch „Sensationsmache“ betreiben und damit mögliche

---

<sup>162</sup> Vgl. Domaradzki 2021; Till/Niederkrotenthaler 2019.

Nachahmungseffekte auslösen. Eine verantwortungsbewusste mediale Berichterstattung über Risikofaktoren und Formen der Suizidalität, die bereits seit langem in einschlägigen Pressekodizes<sup>163</sup> gefordert wird, kann mit Blick auf die Suizidprävention nicht hoch genug bewertet werden. Zu einer solchen Berichterstattung gehört auch der Hinweis auf einschlägige Hilfsangebote. Die jeweiligen Motive für die Inanspruchnahme assistierten Suizids, aber auch die Anforderungen, die sich aus ihnen hinsichtlich von Versorgung und Beratung ergeben, sollten möglichst umfassend, differenziert und sachlich dargestellt werden.

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.

Mit Einflüssen der Medien ist eine *Vielfalt* von Aspekten angesprochen, die ihrerseits zur Zunahme bzw. Abnahme dieses Risikos beitragen. Unter der Metapher des „Werther-Effekts“ wird das signifikant erhöhte Suizidrisiko angeführt, das sich vor allem dann ergibt, wenn in den Medien über den (assistierten) Suizid von prominenten Personen berichtet und zugleich der Suizid im Sinne einer Entlastung und eines „Notausgangs“ dargestellt wird. Unter dem „Papageno-Effekt“ wird das – allerdings seltener nachgewiesene – Phänomen eines Rückgangs des Suizidrisikos beschrieben, das sich dann beobachten lässt, wenn über Suizide berichtet wird, gleichzeitig aber Möglichkeiten aufgezeigt werden, um innere und äußere Notlagen zu

---

163 Siehe etwa den Pressekodex des Deutschen Presserates, insbesondere Richtlinie 8.7, unter <https://www.presserat.de/pressekodex.html> [31.08.2022].



lindern.<sup>164</sup> Die *(selbst-)kritische* mediale Reflexion gilt für alle medialen Formate – fiktionale, dokumentarische, reportagehafte sowie auch Infotainment-Formate (Talkshows). Suizid und Suizidassistenz sollte von Medien weder tabuisiert noch heroisiert, sondern *differenziert behandelt* werden. Damit wird vermieden, dass Enttabuisierung in einen Gewöhnungseffekt umschlägt.<sup>165</sup>

### ***Etablierung einer nachhaltigen und zielgenauen Suizidprävention***

Monitoring und Evaluation sowie Koordination von Präventions-, Kommunikations- und Ausbildungsprogrammen liegen in der Verantwortung von Institutionen der öffentlichen Gesundheit wie etwa dem RKI und den Einrichtungen des ÖGD. 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.

### ***Forschung, Bildung und Qualifizierung***

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 multi- oder interdisziplinären Forschungsansatz, der sich durch eine Pluralität von Analysemethoden auszeichnet. Die disziplinspezifischen Methoden sind als *komplementär zu verstehen*. In multi- oder interdisziplinären Forschungsansätzen liegen Potenziale für die Analyse von Suizidalität. Diese Ansätze identifizieren die Wechselwirkung (Interaktion) zwischen unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Entstehung

---

164 Vgl. Domaradzki 2021; zur Übersicht Till/Niederkrotenthaler 2019.

165 Vgl. Hawton/Heeringen 2009.

von Suizidwünschen und ihre Realisierung und erfassen ihre jeweilige Bedeutung.

Es bleiben Forschungsdesiderate. Zu erforschen ist insbesondere die Entwicklung (Dynamik) von Todes- und Suizidwünschen, wobei hier innere und äußere Risikokonstellationen differenziert zu erfassen sind. In diesem Kontext kommt auch der biografischen Entwicklung (einschließlich einer potenziellen familiären Häufung von Suizidalität), unterschiedlichen Lebenslagemerkmale (z. B. Isolation und Armut) sowie potenziellen Kohorteneinflüssen große Bedeutung zu. Zudem sind die Einflüsse (chronischer) körperlicher und psychischer Erkrankungen auf die Entwicklung von Todes- und Suizidwünschen zu erfassen. Weiterhin empfehlen sich empirische Untersuchungen zu kulturellen Repräsentationen von Suizid sowie mögliche Einflüsse medialer Darstellung auf die Suizidalität. Schließlich sind die Belastungen wie auch deren Verarbeitung sowohl bei Angehörigen von Menschen nach Suizidversuch oder Suizid sowie bei Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen zu untersuchen. Die Evaluation präventiver und interventioneller Strategien im Kontext von Suizidalität sowie eine differenzierte Analyse von Personen und Institutionen, die als Ansprechpartner für assistierten Suizid betrachtet werden, gehören ebenfalls zum Themenspektrum systematischer Forschung.

### ***Strukturelle Veränderungen im Gesundheits- und Sozialwesen***

Damit eine ergebnisoffene Suizidprävention den Prozess freiverantwortlicher Selbstbestimmung der Betroffenen sowohl individuell als auch strukturell unterstützen kann, sind wesentliche Veränderungen in den entsprechenden Versorgungsbereichen, insbesondere im Gesundheits-, aber auch im Sozialwesen unverzichtbar.

Die Strukturen der Suizidprävention müssen gestärkt und eine angemessene, dauerhafte und verlässliche Finanzierung sichergestellt werden. Die Finanzierung von Präventionsaufgaben im deutschen Gesundheitssystem ist generell

problematisch, weil diese sich der Logik der Einzelfallabrechnung entzieht, dem die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland im Wesentlichen folgt. Es ist jedoch notwendig, dass Möglichkeiten der Beratung von suizidalen Personen wie von An- und Zugehörigen unabhängig von Einzelfallvergütungen nachhaltig sichergestellt sind und Maßnahmen der Krisenintervention auskömmlich gegenfinanziert werden.<sup>166</sup> Eingeschlossen sind die Gewährleistung von personellen Ressourcen („Personalschlüssel“) spezifisch ausgebildeter Professionen (siehe oben) ebenso wie eine Förderung der Interventionen und entsprechenden Kompetenzen, die einer Regelfinanzierung als Leistung im Gesundheitswesen bedürfen. Diese Regelfinanzierung muss auch verstärkte praxisorientierte Angebote der Aus- und Weiterbildung einschließen, die etwa Wohlfahrtsverbände unter anderem in Wahrnehmung ihrer berufspolitischen Verantwortung anbieten.

Ein Beispiel für diese teambezogenen Reflexionen und Diskussionen zur Frage, wie in einem Versorgungssetting mit dem Suizidverlangen eines Menschen umgegangen werden solle, bietet Fallvignette 3. In dieser werden auch mögliche Konflikte innerhalb der Mitarbeiterschaft thematisiert, die sich um die Frage zentrieren, ob man dem Suizidverlangen einer Bewohnerin bzw. eines Bewohners folgen oder nicht folgen dürfe.

Zudem muss die immer noch onkologisch zentrierte Hospiz- und Palliativversorgung um Handlungsbereiche wie Gebrechlichkeit, Lebenskrisen oder soziale Isolation erweitert werden. Letzte droht insbesondere im Bereich der stationären Langzeitpflege und im ambulanten Bereich.

### ***Suizidassistentz und Rechtssicherheit***

Alle Personen, die Suizidassistentz wünschen oder sie leisten wollen, aber auch jene, die die Suizidassistentz als Option

---

<sup>166</sup> Vgl. Nationales Suizidpräventionsprogramm/Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention/Deutsche Akademie für Suizidprävention 2021.

ausschließen, müssen sich darauf verlassen können, dass ihr Wille respektiert wird. Das setzt einen rechtssichereren Handlungsrahmen voraus, für den der Staat – insbesondere im Zusammenspiel von Bund und Ländern – zu sorgen hat. Dabei sind unterschiedliche Handlungsfelder in den Blick zu nehmen, in denen suizidale Personen, deren An- und Zugehörige, professionelle Fachkräfte sowie Verantwortliche in Diensten und Einrichtungen interagieren. Inhaltlich sind zu bedenken: insbesondere die Feststellung bzw. Sicherstellung von Freiverantwortlichkeit der suizidwilligen bzw. Suizidassistenten begehrenden Person; unzweideutige berufsrechtliche Bestimmungen (potenziell) assistierender Berufsgruppen; verbindliche fachliche, berufsrechtliche sowie berufsethische Curricula in Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen einschließlich jener, die Personen in ihren suizidalen Krisen formell wie informell beratend begleiten.

Unbeschadet dessen darf die Sicherstellung und Weiterentwicklung umfassender Suizidprävention keinesfalls von rechtssicheren Regelungen der Suizidassistenten verdrängt werden. Bei allen Bemühungen um Rechtssicherheit darf zudem nicht übersehen werden, dass gesetzliche Regelungen dauerhaft in Prozesse gesellschaftlicher Selbstverständigung eingebettet bleiben müssen, die die Handhabung der gesetzlichen Regelung kritisch begleiten. Die mitunter kontroverse, aber immer von wechselseitigem Respekt getragene Verständigung über Suizid, Suizidassistenten und Suizidprävention bleibt eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die sich nicht in der Verabschiedung eines rechtssichereren Handlungsrahmens für die Suizidassistenten erschöpft.

Zu den professionellen und gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen zählen auch Begleitungs- und Unterstützungsangebote für Menschen, die durch das Miterleben von Suizidhandlungen anderer traumatisiert worden sind. Dies kann An- und Zugehörige von Suizidentinnen und Suizidenten betreffen, aber auch zunächst völlig Unbeteiligte. Dazu gehören zum Beispiel Personen, die einen Suizid zufällig beobachten,

die Suizidentinnen und Suizidenten auffinden, die für eine Suizidausführung instrumentalisiert werden oder gar Opfer zugleich fremdschädigender Suizidhandlungen werden.

## **4.6 Herausforderungen und Potenziale vernetzter Verantwortlichkeiten**

Vor dem Hintergrund des breiten Spektrums von Suizidalität (vgl. Kapitel 2) erwachsen unterschiedliche Verantwortlichkeiten: (a) für die suizidale Person und die unmittelbar mit ihr in Verbindung stehenden An- und Zugehörigen sowie für die professionellen Fachkräfte (Mikroebene) (vgl. Abschnitt 4.3), (b) für die Institutionen (Mesoebene) (vgl. Abschnitt 4.4), mit denen suizidale Personen in Berührung kommen und/oder in denen sie leben und (c) für staatliche und gesellschaftliche Institutionen (Makroebene) (vgl. Abschnitt 4.5).

Die drei Ebenen der Verantwortlichkeit im Kontext der Suizidprävention und der Begleitung von Menschen in suizidalen Krisen interagieren in erheblichem Umfang. Insofern konstituieren sie vernetzte Verantwortlichkeiten. Im Letzten dient ihre Vernetzung dazu, der betroffenen Person inmitten psychosozial verdichteter suizidaler Lebenssituationen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und den situationsbedingt anspruchsvollen Anforderungen an eine freiverantwortliche Entscheidung Rechnung zu tragen. Die Herausforderungen wie Potenziale vernetzter Verantwortlichkeiten lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

Jede freiverantwortliche Entscheidung für oder gegen einen Suizid ist immer eine höchstpersönliche Entscheidung. Schon aufgrund der Irreversibilität eines Suizids ist auf der *Mikroebene vernetzter Verantwortlichkeiten* 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. Die Gestaltung der formellen oder informellen

Gesprächs- beziehungsweise Beratungsangebote muss hierbei jeden Eindruck eines Paternalismus oder eines Sich-Aufdrängens vermeiden. Aufgabe dieser Angebote ist es, den Prozess der Selbstreflexion der suizidalen Person zu unterstützen. Diese Reflexionsanstöße können sowohl dazu beitragen, die eigene Motivlage zu klären, als auch die für eine freiverantwortliche Entscheidung unverzichtbaren Informationen zu suchen bzw. zu vermitteln. Ausdruck vernetzter Verantwortung auf dieser Ebene ist die Einbindung von An- und Zugehörigen in diese informellen und formellen Gesprächs- und Beratungsangebote – sofern die suizidale Person dem zustimmt. Die Einbindung der An- und Zugehörigen kann Ressourcen mobilisieren, die die Lebensbindungen der suizidalen Person stärken.

Die hierfür speziell zu qualifizierenden professionellen Fachkräfte, die in ambulanten oder stationären Settings mit suizidalen Personen konfrontiert werden, sollten ihrerseits die je spezifische medizinische, pflegerische, psychosoziale und seelsorgerisch-spirituelle Begleitung miteinander vernetzen. Zugleich können sie im Rahmen der Suizidprävention ergänzend vorfindliche niedrigschwellige Gesprächsangebote (auch durch ehrenamtliche Akteurinnen und Akteure, Telefonseelsorge usw.) einbinden.

Diesen Verantwortlichkeiten auf der Mikroebene können Betroffene, An- und Zugehörige sowie professionelle Fachkräfte nur nachkommen, wenn auf der *Mesoebene* die Einrichtungen und Institutionen, in denen suizidale Personen leben oder mit denen sie situationsbedingt in Berührung kommen, ihre Angebote der Begleitung und Beratung an den Zielen der Suizidprävention orientieren. Diese umfassen neben den einschlägigen diagnostisch-therapeutischen Interventionsangeboten auch Gelegenheitsstrukturen, die soziale Teilhabe sowie die Erfahrung starker Zugehörigkeit in einer Gemeinschaft vermitteln. Dazu zählt insbesondere die Gewährleistung einer menschenwürdigen – das ist vor allem eine auf die konkrete Person abgestimmte – Begleitung am Lebensende gerade solcher Bewohnerinnen und Bewohner, deren Lebensphase oder

Lebenslage vermehrt suizidales Verlangen auslöst. Erlebte Zugehörigkeit stärkt Lebensbindungen; eine Palliativkultur kann Suizidwünschen entgegenwirken.

Sollte sich trotz aller suizidpräventiven Bemühungen der Suizidwunsch einer Person zu einem festen Willen verdichten, können Einrichtungen und Institutionen im Rahmen eines abschiedlichen Lebens Suizidassistenten anbieten – je nach dem eigenen Selbstverständnis innerhalb der Einrichtung selbst, an einem anderen Ort oder durch eine andere zur Assistenz bereite Person. Sollte eine Suizidassistentin innerhalb der eigenen Einrichtung ermöglicht werden, dann muss ein besonderes Augenmerk auch den Mitarbeitenden gelten. Auch wenn letztere nicht unmittelbar selbst assistieren sollten, sehen sie sich in der Situation einer von der Einrichtung ermöglichten Suizidassistentin professionellen und moralischen Anforderungen gegenübergestellt und sind zu deren Bewältigung auf einen angemessenen zeitlichen wie atmosphärischen Rahmen angewiesen.

Die *Makroebene* trägt 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. Der Respekt vor einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung entlastet nicht von der Verantwortung, so weit wie möglich dafür Sorge zu tragen, dass Menschen sich nicht gezwungen sehen, eine solche Entscheidung zu treffen. Staatliche wie gesellschaftliche Institutionen tragen deshalb eine wesentliche Verantwortung für eine möglichst umfassende Suizidprävention – über die gesamte Lebensspanne, in allen relevanten Lebensbereichen, zeitnah und in der Fläche (hier besonders auch im ländlichen Raum). Zur besonderen Verantwortung der Institutionen auf der Makroebene zählen auch makropolitische Entwicklungen im Bereich des Sozialen wie Altersarmut oder Pflegenotstand

sowie nicht zuletzt 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.



# LITERATURVERZEICHNIS

- Ach, J. S.; Schöne-Seifert, B. (2013): „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse. In: Wiesemann, C.; Simon, A. (Hg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*. Münster, 42–60.
- Arnett, J. J. (2018): Conceptual foundations of emerging adulthood. In: Murray, J. L.; Arnett, J. J. (Hg.): *Emerging Adulthood and Higher Education. A New Student Development Paradigm*. New York; London, 11–24.
- Atzendorf, J. et al. (2019): The use of alcohol, tobacco, illegal drugs and medicines. An estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. In: *Deutsches Ärzteblatt International*, 116 (35–36), 577–584 (DOI: 10.3238/arztebl.2019.0577).
- Badura, J. (2002): *Die Suche nach Angemessenheit. Praktische Philosophie als ethische Beratung*. Münster; Hamburg; London.
- Baiden, P.; Tadeo, S. K. (2020): Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. In: *Child Abuse & Neglect*, 102, Art.-Nr. 104417 (DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104417).
- Baldessarini, R. J. (2020): Epidemiology of suicide: recent developments. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, Art.-Nr. e71 (DOI: 10.1017/S2045796019000672).
- Basta, M. et al. (2018): Suicide rates in Crete, Greece during the economic crisis: the effect of age, gender, unemployment and mental health service provision. In: *BMC Psychiatry*, 18, Art.-Nr. 356 (DOI: 10.1186/s12888-018-1931-4).
- Beach, V. L.; Brown, S. L.; Cukrowicz, K. C. (2021): Examining the relations between hopelessness, thwarted interpersonal needs, and passive suicide ideation among older adults: does meaning in life matter? In: *Aging & Mental Health*, 25 (9), 1759–1767 (DOI: 10.1080/13607863.2020.1855102).
- Berg, V. van den et al. (2021): Euthanasia and physician-assisted suicide in patients with multiple geriatric syndromes. In: *JAMA Internal Medicine*, 181 (2), 245–250 (DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.6895).
- Berghäuser, G. et al. (2020): Brauchen wir eine Neuordnung der Sterbehilfe in Deutschland? In: *Medizinrecht*, 38 (3), 207–211 (DOI: 10.1007/s00350-020-5484-4).
- Betzler, M. (Hg.) (2013): *Autonomie der Person*. Münster.
- Blosnich, J. R. et al. (2021): Differences in childhood adversity, suicidal ideation, and suicide attempt among veterans and nonveterans. In: *American Psychologist*, 76 (2), 284–299 (DOI: 10.1037/amp0000755).
- Bormann, F.-J. (2021): Der Autonomiebegriff aus philosophischer und theologischer Perspektive. In: Uhle, A.; Wolf, J. (Hg.): *Entgrenzte Autonomie? Die assistierte Selbsttötung nach der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung vom 26. Februar 2020*. Münster, 9–45.
- Bornet, M.-A. et al. (2021): Will to live in older nursing home residents: a cross-sectional study in Switzerland. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, 62 (5), 902–909 (DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.05.006).
- Briggs, R.; Ward, M.; Kenny, R. A. (2021): The 'Wish to Die' in later life: prevalence, longitudinal course and mortality. Data from TILDA. In: *Age and Ageing*, 50 (4), 1321–1328 (DOI: 10.1093/ageing/afab010).

Briggs, S. et al. (2022): Zum psychoanalytischen Verständnis des Wunsches nach assistiertem Suizid. In: Küchenhoff, J.; Teising, M. (Hg.): *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid*. Gießen, 199–224.

Brodsky, B. S. (2016): Early childhood environment and genetic interactions: the diathesis for suicidal behavior. In: *Current Psychiatry Reports*, 18 (9), Art.-Nr. 86 (DOI: 10.1007/s11920-016-0716-z).

Brokke, S. S.; Landrø, N. I.; Haaland, V. Ø. (2020): Cognitive control in suicide ideators and suicide attempters. In: *Frontiers in Psychology*, 11, Art.-Nr. 595673 (DOI: 10.3389/fpsyg.2020.595673).

Büche, D. (2021): Der Wunsch nach einem beschleunigten Ende. Umgang mit dem Sterbewunsch in der Palliative Care. In: Böhning, A. (Hg.): *Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie*. Bern, 63–88.

Bundesärztekammer (Hg.) (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (7), A346–A348.

Calati, R. et al. (2020): Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: a systematic review of the literature. In: *Journal of Psychiatric Research*, 135, 153–173 (DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.006).

Carbone, J. T. et al. (2021): Childhood adversity, suicidality, and non-suicidal self-injury among children and adolescents admitted to emergency departments. In: *Annals of Epidemiology*, 60, 21–27 (DOI: 10.1016/j.annepidem.2021.04.015).

Cavanagh, J. T. O. et al. (2003): Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. In: *Psychological Medicine*, 33 (3), 395–405 (DOI: 10.1017/S0033291702006943).

Cipriani, G.; Di Fiorino, M. (2019): Euthanasia and other end of life in patients suffering from dementia. In: *Legal Medicine*, 40, 54–59 (DOI: 10.1016/j.legalmed.2019.07.007).

Clark, D. (1999): 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. In: *Social Science & Medicine*, 49 (6), 727–736 (DOI: 10.1016/S0277-9536(99)00098-2).

Coors, M.; Simon, A.; Alt-Epping, B. (Hg.) (2019): *Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit. Medizinische und pflegerische Grundlagen – ethische und rechtliche Bewertungen*. Stuttgart.

Costanza, A. et al. (2020): Suicide prevention from a public health perspective. What makes life meaningful? The opinion of some suicidal patients. In: *Acta Biomedica*, 91 (Suppl. 3), 128–134 (DOI: 10.23750/abm.v91i3-S.9417).

Cunningham, R. et al. (2021): Gendered experiences of unemployment, suicide and self-harm: a population-level record linkage study. In: *Psychological Medicine* (DOI: 10.1017/S0033291721000994).

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (Hg.) (2021): *Zum Umgang mit dem Wunsch nach Suizidassistenz in der Hospizarbeit und Palliativversorgung*. [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318\\_Broschuere\\_Suizidassistenz\\_100dpi.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/220318_Broschuere_Suizidassistenz_100dpi.pdf) [06.09.2022].

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (Hg.) (2020): *Vorstellungen und Vorschläge zu wesentlichen Eckpunkten einer möglichen Neuregelung der Suizidassistenz*. [https://dgp.de/fileadmin/downloads/1-news/SN\\_2020-06-22\\_Stellungnahme-der-DGPT-zur-Neugestaltung-217-StGB.pdf](https://dgp.de/fileadmin/downloads/1-news/SN_2020-06-22_Stellungnahme-der-DGPT-zur-Neugestaltung-217-StGB.pdf) [30.08.2022].

- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2017a): Suizidprävention statt Suizidunterstützung. Erinnerung an eine Forderung des Deutschen Ethikrates anlässlich einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2017b): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2014): Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft. Berlin.
- Deutscher Ethikrat (Hg.) (2012): Demenz und Selbstbestimmung. Berlin.
- Domaradzki, J. (2021): The Werther effect, the Papageno effect or no effect? A literature review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (5), Art.-Nr. 2396 (DOI: 10.3390/ijerph18052396).
- Dong, M. et al. (2019): Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. In: *Psychological Medicine*, 49 (10), 1691–1704 (DOI: 10.1017/S0033291718002301).
- Dreier, H. (2007): Grenzen des Tötungsverbotes – Teil 2. In: *Juristenzeitung*, 62 (7), 317–326 (DOI: 10.1628/002268807780682556).
- Eisenberg, U.; Kölbl, R. (2021): *Jugendgerichtsgesetz* (22. Aufl.). München.
- Esang, M.; Ahmed, S. (2018): A closer look at substance use and suicide. In: *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13 (6), 6–8 (DOI: 10.1176/appi.ajp-rj.2018.130603).
- Falkai, P.; Wittchen, H.-U. (Hg.) (2018): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2. Aufl.). Göttingen.
- Fiedler, G. et al. (2021): Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland – ein Blick auf den gegenwärtigen Stand. In: Schneider, B. et al. (Hg.): *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel, 17–39.
- Filipp, S.-H. (1999): A three-stage model of coping with loss and trauma: lessons from patients suffering from severe and chronic disease. In: Maercker, A.; Schützwohl, M.; Solomon, Z. (Hg.): *Post-Traumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective*. Seattle et al., 43–80.
- Filipp, S.-H.; Aymanns, P. (2018): *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens* (2. Aufl.). Stuttgart.
- Forté, A. et al. (2021): ADHD symptoms and suicide attempts in adults with mood disorders: an observational naturalistic study. In: *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, Art.-Nr. 100224 (DOI: 10.1016/j.jadr.2021.100224).
- Frister, H. (2020): *Strafrecht. Allgemeiner Teil* (9. Aufl.). München.
- Fuller-Thomson, E. et al. (2022): The dark side of ADHD: factors associated with suicide attempts among those with ADHD in a national representative Canadian sample. In: *Archives of Suicide Research*, 26 (3) 1122–1140 (DOI: 10.1080/13811118.2020.1856258).
- Gargiulo, K. M. (2020): Death with dignity: an option denied to children of the United States. In: *Mississippi College Law Review*, 38 (2), 125–145 (<https://dc.law.mc.edu/lawreview/vol38/iss2/8> [13.07.2022]).
- Grigoriou, M.; Upthegrove, R.; Bortolotti, L. (2019): Instrumental rationality and suicide in schizophrenia: a case for rational suicide? In: *Journal of Medical Ethics*, 45 (12), 802–805 (DOI: 10.1136/medethics-2019-105454).

- Günak, M. M. et al. (2021): Risk of suicide attempt in patients with recent diagnosis of mild cognitive impairment or dementia. In: *JAMA Psychiatry*, 78 (6), 659–666 (DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0150).
- Guseva Canu, I. et al. (2021): Identification of socio-demographic, occupational, and societal factors for guiding suicide prevention: a cohort study of Swiss male workers (2000–2014). In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51 (3), 540–553 (DOI: 10.1111/sltb.12746).
- Hartog, I. D. et al. (2020): Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: a large cross-sectional survey. In: *BMC Geriatrics*, 20, Art.-Nr. 342 (DOI: 10.1186/s12877-020-01735-0).
- Hawton, K.; Heeringen, K. van (2009): Suicide. In: *The Lancet*, 373 (9672), 1372–1381 (DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X).
- Heeringen, K. van; Mann, J. J. (2014): The neurobiology of suicide. In: *The Lancet Psychiatry*, 1 (1), 63–72 (DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2).
- Höfling, W.; Otten, T.; Schmitt, J. in der (Hg.) (2019): *Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven.* Baden-Baden.
- Holmes, A. et al. (2021): Can depressed patients make a decision to request voluntary assisted dying? In: *Internal Medicine Journal*, 51 (10), 1713–1716 (DOI: 10.1111/imj.15512).
- Holmstrand, C. et al. (2021): Associated factors of suicidal ideation among older persons with dementia living at home in eight European countries. In: *Aging & Mental Health*, 25 (9), 1730–1739 (DOI: 10.1080/13607863.2020.1745143).
- Hunt, Q. A. et al. (2022): Family relationships and the interpersonal theory of suicide in a clinically suicidal sample of adolescents. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, 48 (3), 798–811 (DOI: 10.1111/jmft.12549).
- International Council of Nurses (Hg.) (2021): *The ICN Code of Ethics for Nurses.* Genf.
- Izanloo, H. et al. (2021): The effectiveness of “rumination-focused cognitive behavioral therapy” and “mindfulness-based cognitive therapy” on impulsivity and hopelessness of depressed teenage girls attempting suicide. In: *Journal of Health Promotion Management*, 10 (5), 54–70 (<http://jhpm.ir/article-1-1278-en.html> [13.07.2022]).
- Janoff-Bulman, R. (1992): *Shattered Assumptions. Towards a New Psychology of Trauma.* New York.
- Jox, R. J. (2013): Der „natürliche Wille“ bei Kindern und Demenzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs. In: Wiesemann, C.; Simon, A. (Hg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen.* Münster, 329–339.
- Katrnák, T.; Hubatková, B. (2022): Does educational expansion decrease suicide rates in European countries? The compositional effect in educational stratification of suicides. In: *Quality & Quantity*, 56 (3), 923–947 (DOI: 10.1007/s11135-021-01160-4).
- Keil, G. (2007): *Willensfreiheit.* Berlin; New York.
- Kiosses, D. N. et al. (2017): Negative emotions and suicidal ideation during psychosocial treatments in older adults with major depression and cognitive

- impairment. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (6), 620–629 (DOI: 10.1016/j.jagp.2017.01.011).
- Kipke, R. (2021): Sinnverneinung. Warum der assistierte Suizid uns alle angeht. In: *Ethik in der Medizin*, 33 (4), 521–538 (DOI: 10.1007/s00481-021-00654-x).
- Kreimeike, K. et al. (2019): Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20 (6), 323–335 (DOI: 10.1055/a-0733-2062).
- Krettenauer, T. (2020): Moral identity as a goal of moral action: a self-determination theory perspective. In: *Journal of Moral Education*, 49 (3), 330–345 (DOI: 10.1080/03057240.2019.1698414).
- Kruse, A. (2021): Vom Leben und Sterben im Alter. Wie wir das Lebensende gestalten können. Stuttgart.
- Kruse, A. (2019): Demenz als Herausforderung an gelingendes Sterben. In: Mitscherlich-Schönherr, O. (Hg.): *Gelingendes Sterben. Zeitgenössische Theorien im interdisziplinären Dialog*. Berlin, 177–204.
- Kruse, A. (2017): *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*. Berlin.
- Kruse, A. (2005): Biografische Aspekte des Alterns – Lebensgeschichte und Diachronizität. In: Filipp, S.-H.; Staudinger, U. M. (Hg.): *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen et al., 3–34.
- Kuhlmann, A. (2011): *An den Grenzen unserer Lebensform. Texte zur Bioethik und Anthropologie*. Frankfurt am Main; New York.
- 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*, 8 (2), 88–93.
- Laufs, A.; Katzenmeier, C.; Lipp, V. (2021): *Arztrecht* (8. Aufl.). München.
- Lindemann, M. (2022): Anmerkung [zum Beschluss des BVerfG vom 3.11.2021 – 2 BvR 828/21]. In: *Zeitschrift für Medizinstrafrecht*, 8 (2), 106–108.
- Lindemann, M. (2021): Konsequenzen aus der Entscheidung des BVerfG zu § 217 StGB für die Ermöglichung freiverantwortlicher Suizide in Haft. In: *Zeitschrift für Medizinstrafrecht*, 7 (6), 344–438.
- Lindner, R. (2022): Suizidalität und Sterben. In: Küchenhoff, J.; Teising, M. (Hg.): *Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid*. Gießen, 159–176.
- Lindner, R.; Voltz, R. (2020): Todeswünsche. In: *Leitlinienprogramm Onkologie* (Hg.): *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung* (Langversion 2.2). AWMF-Registernummer: 128/001OL. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin> [31.08.2022], 413–439.
- Lindner, R.; Foerster, R.; Renteln-Kruse, W. von (2014): Physical distress and relationship problems. Exploring the psychosocial and intrapsychic world of suicidal geriatric patients. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47 (6), 502–507 (DOI: 10.1007/s00391-013-0563-z).
- Lindner, R. et al. (Hg.) (2014): *Suizidgefährdung und Suizidprävention bei älteren Menschen. Eine Publikation der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland*. Berlin; Heidelberg.
- Link, J. (1999): *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*. Opladen; Wiesbaden.

Lob-Hüdepohl, A. (2022): Vom „Recht auf Selbsttötung“ und dem „Gebot zum Beistand“. Moraltheologische Notizen zum Umgang mit Suizidalität im Kontext kirchlicher Pastoral. In: Pastoralblatt, 74 (2), 35–41.

Lob-Hüdepohl, A. (2019): Altern und Sterben im Gefängnis. Ethische Probleme in hochkomplexen Wirklichkeiten. In: Bewährungshilfe, 66 (4), 293–307.

Lob-Hüdepohl, A. (2014): Sorgeethik. Skizze zur Gegenstandskonstitution, Kriteriologie und Methode einer ‚inwendigen‘ Ethik Sozialer Arbeit. In: Zichy, M.; Ostheimer, J.; Grimm, H. (Hg.): Was ist ein moralisches Problem? Zur Frage des Gegenstandes angewandter Ethik (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau; München, 383–411.

Lob-Hüdepohl, A. (2007): Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehungs- und Organisationsformen. In: Ders.; Lesch, W. (Hg.): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn et al., 113–161.

Lob-Hüdepohl, A. (2003): Nichtdirektivität oder Parteilichkeit? Ethische Aspekte sozialprofessioneller Beratung. In: Soziale Arbeit, 52 (11–12), 448–455.

Luckner, A. (2005): Klugheit. Berlin; New York.

Maio, G. (2022): Der assistierte Suizid und die Identität der Medizin. In: Küchenhoff, J.; Teising, M. (Hg.): Sich selbst töten mit Hilfe Anderer. Kritische Perspektiven auf den assistierten Suizid. Gießen, 85–93.

Mangino, D. R. et al. (2020): Euthanasia and assisted suicide of persons with dementia in the Netherlands. In: The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28 (4), 466–477 (DOI: 10.1016/j.jagp.2019.08.015).

Mattei, G.; Pistoiesi, B. (2019): Unemployment and suicide in Italy: evidence of a long-run association mitigated by public unemployment spending. In: The European Journal of Health Economics, 20 (4), 569–577 (DOI: 10.1007/s10198-018-1018-7).

McIntyre, R. S.; Lee, Y. (2020): Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. In: World Psychiatry, 19 (2), 250–251 (DOI: 10.1002/wps.20767).

Metz, C. (2021): Abschied, Abschiedlichkeit. In: Frick, E.; Hilpert, K. (Hg.): Spiritual Care von A bis Z. Berlin; Boston, 1–4.

Mondragón, J. D. et al. (2020): Bioethical implications of end-of-life decision-making in patients with dementia: a tale of two societies. In: Monash Bioethics Review, 38 (1), 49–67 (DOI: 10.1007/s40592-020-00112-2).

Monteverde, S. (2017): Nursing and assisted dying: understanding the sounds of silence. In: Nursing Ethics, 24 (1), 3–8 (DOI: 10.1177/0969733016684967).

Mueller, A. S. et al. (2021): The social roots of suicide: theorizing how the external social world matters to suicide and suicide prevention. In: Frontiers in Psychology, 12, Art.-Nr. 621569 (DOI: 10.3389/fpsyg.2021.621569).

Mukhopadhyay, S.; Banerjee, D. (2021): Physician assisted suicide in dementia: a critical review of global evidence and considerations from India. In: Asian Journal of Psychiatry, 64, Art.-Nr. 102802 (DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102802).

Müller, M.; Brathuhn, S.; Schnegg, M. (2021): Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung. Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care (4. Aufl.). Göttingen.

Müller-Pein, H.; Lindner, R. (2020): Suizid im Alter. In: Aner, K.; Karl, U. (Hg.): Handbuch soziale Arbeit und Alter (2. Aufl.). Wiesbaden, 533–541.

Näher, A.-F.; Rummel-Kluge, C.; Hegerl, U. (2020): Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: findings from longitudinal register and census data. In: *Frontiers in Psychiatry*, 10, Art.-Nr. 898 (DOI: 10.3389/fpsy.2019.00898).

Nationales Suizidpräventionsprogramm (Hg.) (2020): Zur möglichen Neuregelung der Suizidassistenz. <https://www.naspro.de/dl/2020-NaSPro-AssistierterSuizid-Spahn.pdf> [14.07.2022].

Nationales Suizidpräventionsprogramm; Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention; Deutsche Akademie für Suizidprävention (Hg.) (2021): Suizidprävention muss nachhaltig gefördert werden. [https://www.naspro.de/dl/Empfehlungen\\_Suizidpraevention\\_Nov2021.pdf](https://www.naspro.de/dl/Empfehlungen_Suizidpraevention_Nov2021.pdf) [14.07.2022].

Newman, B. M.; Newman, P. R. (2020): *Theories of Adolescent Development*. London et al.

Neyer, F. J.; Asendorpf, J. B. (2018): *Psychologie der Persönlichkeit* (6. Aufl.). Berlin.

O'Connor, D. B.; Gartland, N.; O'Connor, R. C. (2020): Stress, cortisol and suicide risk. In: Clow, A.; Smyth, N. (Hg.): *Stress and Brain Health: In Clinical Conditions*. Cambridge et al., 101–130.

O'Connor, M. et al. (2016): Developing organizational guidelines for the prevention and management of suicide in clients and carers receiving palliative care in Australia. In: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33 (3), 252–255 (DOI: 10.1177/1049909114565659).

Olsson, M. et al. (2021): Suicide risk in medicare patients with schizophrenia across the life span. In: *JAMA Psychiatry*, 78 (8), 876–885 (DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.0841).

Ordóñez-Carrasco, J. L.; Sayans-Jiménez, P.; Rojas-Tejada, A. J. (2021): Ideation-to-action framework variables involved in the development of suicidal ideation: a network analysis. In: *Current Psychology* (DOI: 10.1007/s12144-021-01765-w).

Orsolini, L. et al. (2020): Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. In: *Psychiatry Investigation*, 17 (3), 207–221 (DOI: 10.30773/pi.2019.0171).

Patton, M.; Dobson, K. (2021): Proposal for the extension of rights to medical assistance in dying (MAiD) to mature minors in Canada. In: *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62 (3), 318–325 (DOI: 10.1037/cap0000219).

Pauen, M. (2011): *Freiheit*. In: Kolmer, P.; Wildfeuer, A. G. (Hg.): *Neues Handbuch philosophischer Grundbegriffe*. Band 1: Absicht – Gemeinwohl. Freiburg im Breisgau; München, 801–817.

Pescosolido, B. A.; Lee, B.; Kafadar, K. (2020): Cross-level sociodemographic homogeneity alters individual risk for completed suicide. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117 (42), 26170–26175 (DOI: 10.1073/pnas.2006333117).

Peterson, C. et al. (2020): Suicide rates by industry and occupation – National Violent Death Reporting System, 32 states, 2016. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (3), 57–62 (DOI: 10.15585/mmwr.mm6903a1).

Piatkowska, S. J. (2020): Poverty, inequality, and suicide rates: a cross-national assessment of the Durkheim theory and the stream analogy of lethal violence. In: *The Sociological Quarterly*, 61 (4), 787–812 (DOI: 10.1080/00380253.2020.1715308).

- Pitman, A. L. et al. (2020): The association of loneliness after sudden bereavement with risk of suicide attempt: a nationwide survey of bereaved adults. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55 (8), 1081–1092 (DOI: 10.1007/s00127-020-01921-w).
- Pompili, M. (2019): Adding suicide prevention to the triple advantages of injectable long-acting second-generation antipsychotics. In: *Frontiers in Psychiatry*, 10, Art.-Nr. 931 (DOI: 10.3389/fpsy.2019.00931).
- Rawls, J. (1998): *Politischer Liberalismus*. Frankfurt am Main.
- Remschmidt, H.; Becker, K. (Hg.) (2019): *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (7. Aufl.). Stuttgart.
- Reuter-Lorenz, P. A.; Festini, S. B.; Jantz, T. K. (2021): Executive functions and neurocognitive aging. In: Warner Schaie, K.; Willis, S. L. (Hg.): *Handbook of the Psychology of Aging* (9. Aufl.). London et al., 67–81.
- Richter, D. (2021): Unerträgliches Leiden und autonome Entscheidung. Warum Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Sterbehilfe nicht verwehrt werden darf. In: Böhning, A. (Hg.): *Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie*. Bern, 37–62.
- Robson, D. A.; Allen, M. S.; Howard, S. J. (2020): Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: a meta-analytic review. In: *Psychological Bulletin*, 146 (4), 324–354 (DOI: 10.1037/bul0000227).
- Rogers, M. L.; Gallyer, A. J.; Joiner, T. E. (2021): The relationship between suicide-specific rumination and suicidal intent above and beyond suicidal ideation and other suicide risk factors: a multilevel modeling approach. In: *Journal of Psychiatric Research*, 137, 506–513 (DOI: 10.1016/j.jpsychires.2021.03.031).
- Ross, V. et al. (2021): Preventing suicide in the workplace. In: Wall, T.; Cooper, C. L.; Brough, P. (Hg.): *The SAGE Handbook of Organizational Wellbeing*. Los Angeles et al., 266–281.
- Ruhwinkel, B. (2021): Alt und lebensmüde? Suizidalität im Alter. In: Böhning, A. (Hg.): *Assistierter Suizid für psychisch Erkrankte. Herausforderung für die Psychiatrie und Psychotherapie*. Bern, 117–137.
- Ruschmann, E. (1999): *Philosophische Beratung*. Stuttgart.
- Ryan, R. M.; Deci, E. L. (2020): Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: definitions, theory, practices, and future directions. In: *Contemporary Educational Psychology*, 61, Art.-Nr. 101860 (DOI: 10.1016/j.cedpsych.2020.101860).
- Schmutte, T. et al. (2022): Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. In: *Alzheimer's & Dementia*, 18 (2), 262–271 (DOI: 10.1002/alz.12390).
- Schneider, H. (2021): § 216 Tötung auf Verlangen. In: Erb, V.; Schäfer, J. (Hg.): *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band 4: §§ 185–262* (4. Aufl.). München, 873–909.
- Schneider, F.; Frister, H.; Olzen, D. (2020): *Begutachtung psychischer Störungen* (4. Aufl.). Berlin; Heidelberg.
- Schneider, B. et al. (Hg.) (2021): *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel.
- Seebaß, G. (2006): *Handlung und Freiheit. Philosophische Aufsätze*. Tübingen.



- Sensen, O. (Hg.) (2013): Kant on Moral Autonomy. Cambridge.
- Sher, L. (2019): Resilience as a focus of suicide research and prevention. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140 (2), 169–180 (DOI: 10.1111/acps.13059).
- Sievers, C. (2021): ICD-11: Mehr als nur ein Update. In: Repschläger, U.; Schulte, C.; Osterkamp, N. (Hg.): *Gesundheitswesen aktuell 2021*. Wuppertal, 96–124.
- Silva-Moraes, M. H. et al. (2020): Suicidal behavior in individuals with amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review. In: *Journal of Affective Disorders*, 277, 688–696 (DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.066).
- Sonneck, G. (2009). Präsuizidales Syndrom. In: Stumm, G.; Pritz, A. (Hg.): *Wörterbuch der Psychotherapie* (2. Aufl.). Wien; New York, 525–526.
- Sperling, U. (2019): Suizidalität und Suizidprävention im Alter. In: *Suizidprophylaxe*, 46 (1), 4–14.
- Spittler, J. F. (2015): Selbstbestimmung und psychische Störung bei Suizid-Beihilfe-Ansinnen. In: *Nervenheilkunde*, 34 (12), 1026–1031 (DOI: 10.1055/s-0038-1627653).
- Stegmaier, W.; Fürst, G. (Hg.) (1993): *Der Rat als Quelle des Ethischen. Zur Praxis des Dialogs*. Stuttgart.
- Stern, L. W. (1906): *Person und Sache. System der philosophischen Weltanschauung. Erster Band: Ableitung und Grundlehre*. Leipzig.
- Stewart, J. G. et al. (2019): Life stress and suicide in adolescents. In: *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47 (10), 1707–1722 (DOI: 10.1007/s10802-019-00534-5).
- Tang, H. et al. (2021): Global and reflective rumination are related to suicide attempts among patients experiencing major depressive episodes. In: *BMC Psychiatry*, 21, Art.-Nr. 117 (DOI: 10.1186/s12888-021-03119-2).
- Teismann, T. (2018): Suizidalität. In: Margraf, J.; Schneider, S. (Hg.): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter* (4. Aufl.). Berlin; Heidelberg, 171–184.
- Till, B.; Niederkrotenthaler, T. (2019): Medien und Suizid: der aktuelle Forschungsstand zum Werther- und Papageno-Effekt – eine Übersichtsarbeit. In: *Psychotherapie Forum*, 23 (3–4), 120–128 (DOI: 10.1007/s00729-019-00125-1).
- Turecki, G. et al. (2019): Suicide and suicide risk. In: *Nature Reviews Disease Primers*, 5, Art.-Nr. 74 (DOI: 10.1038/s41572-019-0121-0).
- Watkins, E. R.; Roberts, H. (2020): Reflecting on rumination: consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. In: *Behaviour Research and Therapy*, 127, Art.-Nr. 103573 (DOI: 10.1016/j.brat.2020.103573).
- Wedler, H. (2018): Präsuizidales Syndrom. In: socialnet GmbH (Hg.): *socialnet Lexikon [online]*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Praesuizidales-Syndrom> [05.09.2022].
- Weischedel, W. (1976): *Skeptische Ethik*. Frankfurt am Main.
- Weisser, G. (1978): *Beiträge zur Gesellschaftspolitik. Philosophische Vorfragen – beratende Sozialwissenschaft – soziale Sicherung – Mitbestimmung – Verteilungs- und Vermögenspolitik – Ordnungspolitik, besonders Einzelwirtschaftspolitik*. Göttingen.
- Wetherall, K.; Robb, K. A.; O'Connor, R. C. (2019): Social rank theory of depression: a systematic review of self-perceptions of social rank and their relationship with depressive symptoms and suicide risk. In: *Journal of Affective Disorders*, 246, 300–319 (DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.045).

- Wetterauer, C.; Reiter-Theil, S. (2020): Wenn ein Patient sein Leben beenden will: Rechtslage und Erfahrungen aus der Ethikberatung in der Schweiz. In: Katzenmeier, C. (Hg.): Festschrift für Dieter Hart. Medizin – Recht – Wissenschaft. Berlin, 651–672.
- Wiebenga, J. X. M. et al. (2021a): Suicide ideation versus suicide attempt: examining overlapping and differential determinants in a large cohort of patients with depression and/or anxiety. In: Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 55 (2), 167–179 (DOI: 10.1177/0004867420951256).
- Wiebenga, J. X. M. et al. (2021b): Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: a review of NESDA findings. In: Journal of Affective Disorders, 283, 267–277 (DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.053).
- Wijngaarden, E. van et al. (2021): Still ready to give up on life? A longitudinal phenomenological study into wishes to die among older adults. In: Social Science & Medicine, 284, Art.-Nr. 114180 (DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114180).
- Wolf, U. (1995): Über den Sinn der Aristotelischen Mesoteslehre (II). In: Höffe, O. (Hg.): Aristoteles. Die Nikomachische Ethik. Berlin, 83–108.
- Wolfersdorf, M. (2000): Der suizidale Patient in Klinik und Praxis. Suizidalität und Suizidprävention. Stuttgart.
- World Health Organization (Hg.) (2021a): Live Life. An Implementation Guide for Suicide Prevention in Countries. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726> [18.11.2021].
- World Health Organization (Hg.) (2021b): Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301> [18.11.2021].
- World Health Organization (Hg.) (2014): Preventing Suicide. A Global Imperative. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056> [14.07.2022].
- Yen, S. et al. (2021): Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts. Findings from the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders over 10 years of follow-up. In: JAMA Psychiatry, 78 (2), 187–194 (DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3598).
- Yilmaz, S. K.; Bohara, A. K. (2021): A step back from the edge: empirical modeling of the role of social integration on suicide and associated deleterious health outcomes across adolescents from six middle-income countries. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56 (5), 793–805 (DOI: 10.1007/s00127-020-01987-6).
- Zhang, Y. et al. (2020): Suicidal ideation in newly-diagnosed Chinese cancer patients. In: Frontiers in Psychiatry, 11, Art.-Nr. 708 (DOI: 10.3389/fpsy.2020.00708).
- Znoj, H. (2012a): Trauer und Wissenschaft. In: Schärer-Santschi, E. (Hg.): Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. Bern, 38–57.
- Znoj, H. (2012b): Trauer und Forschung. In: Schärer-Santschi, E. (Hg.): Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. Bern, 58–76.
- Zürcher, T. (2022): Free will and the desire for suicide in mental illness. In: Frontiers in Psychiatry, 13, Art.-Nr. 909970 (DOI: 10.3389/fpsy.2022.909970).

## 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 Kruij  
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