



Ethikberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung

Georg Marckmann · Anna Hirsch · Jan Schildmann

Eingegangen: 29. Juli 2025 / Angenommen: 10. Oktober 2025 / Online publiziert: 28. Oktober 2025
© The Author(s) 2025

Zusammenfassung Ethische Fragen des Umgangs mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung sind zunehmend Gegenstand der Arbeit Klinischer Ethikkomitees und anderer Organisationsformen der Ethikberatung in Deutschland. Zugleich wird die Frage, ob und in welcher Form Ethikberatende einen Beitrag bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung leisten können beziehungsweise sollen, in der bioethischen Literatur kontrovers diskutiert. Die vorliegende, auf die Praxis der Ethikberatung ausgerichtete Publikation erörtert, welchen Beitrag Ethikberatung in den verschiedenen Arbeitsfeldern bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung leisten kann. Neben ethischen Empfehlungen und Fortbildungen wird insbesondere am Beispiel der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion erläutert, wie eine ethische Fallberatung die Beteiligten bei ethischen Herausforderungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung unterstützen kann. Hierfür werden zunächst die konzeptionellen Grundlagen der Autonomie- und Wohltuns-Verpflichtungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung skizziert. Nach einer kurzen Einführung in das Modell der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion erfolgt eine Schritt-für-Schritt Darstellung der Ethikfallberatung bei ethischen Fragen im Kontext von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung. Der Beitrag schließt mit Überlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Ethikberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung.

✉ Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München,
Lessingstr. 2, 80336 München, Deutschland
E-Mail: marckmann@lmu.de

Dr. Anna Hirsch
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München,
München, Deutschland

Prof. Dr. Jan Schildmann, MA
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften,
Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Schlüsselwörter Assistierte Selbsttötung · Ethikberatung · Autonomie · Wohlergehen · Wohltun

Ethics consultation in requests for assisted suicide

Abstract

Definition of the problem Ethical issues surrounding requests for assisted suicide are increasingly becoming the subject of clinical ethics committees and other forms of ethics consultation in Germany. At the same time, the question of whether and in what form ethical consultants can or should contribute to requests for assisted suicide is the subject of controversial debates in bioethical literature.

Arguments This paper, which focuses on the practice of ethics consultation, discusses the various contributions that ethics consultations can make regarding requests for suicide assistance. In addition to ethical recommendations and training, the example of principle-based ethical case discussion is used to explain how ethics consultations can support those involved in ethical challenges when requests for assisted suicide arise. To this end, the conceptual foundations of the autonomy- and beneficence-based obligations in requests for assisted suicide are first outlined. After a brief introduction to the method of principle-based ethical case discussion, we provide a step-by-step presentation of ethics counseling for ethical issues in the context of requests for assisted suicide.

Conclusion The article concludes with considerations on the possibilities and limitations of ethics consultation in cases of requests for assisted suicide.

Keywords Assisted suicide · Ethics consultation · Autonomy · Well-being · Beneficence

Einleitung

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020¹, nach dem das Recht, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit umfasst, sich hierfür bei Dritten Unterstützung zu suchen und soweit diese angeboten wird, in Anspruch zu nehmen, hat erkennbar Auswirkungen für die Ethikberatung.² Bereits eine kursorische Auswertung der Protokolle des von der Akademie für Ethik in der Medizin seit 2020 durchgeführten Online-Austauschs von Ethikberater*innen³ zeigt, dass die Assistenz

¹ Bundesverfassungsgericht (2020) Urteil des zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 1–343.

² In seiner Stellungnahme „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“ (2022) verwendet der Deutsche Ethikrat den Begriff „ethische Beratung“ im Sinne einer Beratung, die „konsultatives Fachwissen“ unter anderem bei suizidalem Verlangen zur Verfügung stellt (Deutscher Ethikrat 2022, S. 123). Weiterhin wird der Begriff „Ethikberatung“ in der Praxis auch teilweise für interdisziplinäre Falldiskussionen anlässlich von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung verwendet (vergleiche Salomon 2025).

³ <https://aem-online.de/online-meetings-klinischer-ethikerinnen/>. [Zugegriffen 9. Jan. 2025].

bei der Selbsttötung Ethikberatende in unterschiedlicher Weise beschäftigt. Themen waren unter anderem die Entwicklung ethischer Empfehlungen, der Umgang mit Anfragen nach Ethikfallberatung oder auch ethische und rechtliche Fragen in Bezug auf den Zugang von Vertreter*innen sogenannter „Sterbehilfeorganisationen“ zu Gesundheitseinrichtungen.

Ethisch-normative Fragen zur Rolle von Ethikberatenden bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung werden in der bioethischen Literatur durchaus kontrovers diskutiert (Bouthillier et al. 2022; Adams 2023). Die Akademie für Ethik in der Medizin hat in ihrer Stellungnahme zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts (Akademie für Ethik in der Medizin 2022a) die Information zu den (berufs-)rechtlichen Rahmenbedingungen, das Aufzeigen der ethischen Kriterien der Entscheidungsfindung sowie die Unterstützung der an der Suizidbegleitung beteiligten Personen im Prozess der Entscheidungsfindung als mögliche Aufgaben der Ethikberatung definiert. National und international geht die Beteiligung von Ethikberatenden allerdings deutlich über diese Aufgaben hinaus. So haben Ethikberatende an einzelnen Institutionen in Kanada die Federführung hinsichtlich der Ausgestaltung der Praxis der Assistenz bei der (Selbst-)Tötung (Bouthillier et al. 2022). Auch in Deutschland entwickelt sich die Praxis der Ethikberatung in unterschiedlicher Weise. Neben einer Beteiligung an Empfehlungen zum Thema (Universitätsklinikum Bonn 2023) bietet etwa die mobile Ethikberatung in Lippe Falldiskussionen an, im Rahmen derer nicht nur die beteiligten Personen unterstützt werden, sondern auch die Freiverantwortlichkeit bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung geprüft wird (Salomon 2025).

Die Frage, ob und wenn ja in welcher Form Ethikberatung einen Beitrag bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung leisten kann, muss nach unserer Einschätzung unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Arbeitsfelder von Ethikberatung beantwortet werden. Es gibt nach unserer Wahrnehmung auch in der Literatur wenig Diskussionen über einen möglichen Beitrag von Ethikberatung im Arbeitsfeld der Fortbildung, etwa hinsichtlich der Förderung von Kompetenzen zur ethischen Beurteilung der Angemessenheit⁴ einer Assistenz bei der Selbsttötung im Einzelfall. Für das Arbeitsfeld der Ethikfallberatung wird der mögliche Beitrag allerdings durchaus kontrovers diskutiert (Simon 2022; Adams 2023). Ungeachtet der Bewertungen einer angemessenen Rolle von Ethikberatung in Abhängigkeit von Arbeitsfeld und der konkreten Fragestellung scheint uns unstrittig, dass Ethikberatung sich dem Thema stellen muss und einen Beitrag zu ethisch relevanten Fragestellungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung leisten kann beziehungsweise soll. Diese Positionierung ist zum einen darin begründet, dass Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung nicht nur faktisch an Vertreter*innen unterschiedlicher Gesundheitsberufe herangetragen werden, sondern dass es auch gute Gründe gibt, dass sich Vertreter*innen von Gesundheitsberufen mit solchen Anfragen befassen – und dabei mit ethischen Fragen konfrontiert werden. Bezugnehmend auf die bereits erwähnte Stellungnahme der Akademie für Ethik in der Medizin (Akademie für Ethik in der Medizin 2022a) sowie Hinweise der Bundesärztekammer zum Umgang mit Suizida-

⁴ Die Frage der ethischen Angemessenheit einer Assistenz bei der Selbsttötung ist voraussetzungsreich und abhängig vom ethischen Bewertungsrahmen. Wir beziehen uns hier auf weithin zustimmungsfähige ethische Anforderungen wie bspw. die Selbstbestimmungsfähigkeit der betroffenen Person.

lität und Todeswünschen (Bundesärztekammer 2021) möchten wir an dieser Stelle drei, nach unserer Einschätzung, besonders wichtige normative Gründe für die Beteiligung der Gesundheitsberufe an Aufgaben, die sich bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung stellen, nennen (vgl. Marckmann 2022). Zum ersten befinden sich viele Menschen, die eine Selbsttötung erwägen, bereits in therapeutischen bzw. pflegerischen Beziehungen. In diesen Beziehungen besteht häufig ein Vertrauensverhältnis, das einer Erörterung von Todeswünschen dienlich sein kann. Zum zweiten ist es ärztliche Aufgabe, die Selbstbestimmungsfähigkeit festzustellen, die ein zentrales Element der Freiverantwortlichkeit als Voraussetzung für die rechtmäßige Suizidassistenz darstellt. Drittens verfügen Vertreter*innen der unterschiedlichen Heilberufe über Expertise, den Anfragenden Handlungsalternativen zur assistierten Selbsttötung aufzuzeigen und Menschen mit Todeswünschen in ihrer Entscheidung zu unterstützen. Dies ist nicht nur für die anfragende Person selbst, sondern auch für An- und Zugehörige relevant, die in Abhängigkeit von der Entscheidung beziehungsweise der Gestaltung einer Suizidassistenz (gesundheitlich relevante) Belastungen erleiden können (Wagner et al. 2012). Bei allen drei genannten Aufgaben können ethisch-normative Fragestellungen, Unsicherheiten oder Konflikte beim beteiligten Gesundheitspersonal entstehen, die Ausgangspunkte für Ethikberatung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern bilden können. Damit ist allgemein begründet, dass Ethikberatung eine (wichtige) Rolle beim Umgang mit Menschen spielen kann, da es zu den Kernaufgaben von Ethikberatung gehört, das Gesundheitspersonal im Umgang mit ethischen Fragen in seinem beruflichen Alltag zu unterstützen. Die vorstehenden Gründe für die Befassung von Gesundheitsberufen mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung sind nicht gleichzusetzen mit Gründen für die Durchführung einer assistierten Selbsttötung. Dies muss unter Berücksichtigung persönlicher Werthaltungen und in Abhängigkeit von den moralisch relevanten Fakten im Einzelfall entschieden werden.

Wie sonst auch in der Patientenversorgung, kann Ethikberatung das beteiligte Gesundheitspersonal in den klassischen Aufgabenbereichen im Umgang mit ethischen Fragen und Herausforderungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung unterstützen, die wir im Folgenden erläutern. *Ethische Empfehlungen* können dem Gesundheitspersonal Orientierung geben, wie sie verantwortungsvoll Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung begegnen können. *Ethische Fortbildungen* können die Kompetenzen des beteiligten Gesundheitspersonals im Umgang mit Anfragen nach assistierter Selbsttötung fördern, von der Sicherung wichtiger ethischer Anforderungen an eine Suizidassistenz bis hin zur Reflexion der eigenen Haltung gegenüber assistierter Selbsttötung. Nicht zuletzt können *Ethikfallberatungen* das Gesundheitspersonal im Einzelfall dabei unterstützen, wenn bei einer konkreten Anfrage nach Assistenz bei der Selbsttötung ethische Fragen oder Unsicherheiten auftreten. Um die Konkretisierung und Umsetzung der jeweiligen ethischen Verpflichtungen in allen drei Bereichen zu erleichtern, skizzieren wir zunächst die konzeptionellen Grundlagen der Wohltuns- und Autonomieverpflichtungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung. Das vorgeschlagene Vorgehen bei der Ethikfallberatung orientiert sich an der Methode der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion. Einzelne Schritte der ethischen Prüfung – beispielsweise die Herausarbeitung der

Handlungsalternativen oder die Prüfung der Selbstbestimmtheit des Suizidentenschlusses – können aber auch in andere Modelle der Fallberatung integriert werden.

Autonomie- und Wohltuns-Verpflichtungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung: Konzeptionelle Grundlagen

Gegenüber Personen, die eine assistierte Selbsttötung anfragen, bestehen sowohl ethische Verpflichtungen, die aus dem Wert der Autonomie resultieren, als auch solche, die auf den Wert des Wohlergehens gerichtet sind. Da es sich bei der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens um eine Entscheidung von großer Tragweite handelt, sollten diese beiden zentralen Werte im Leben von Menschen in diesem Kontext auch ernstgenommen werden: vage oder oberflächliche Verständnisweisen der beiden Begriffe bergen das Risiko, dem Wohlergehen oder der Autonomie der anfragenden Personen nicht angemessen gerecht zu werden. Es kann demnach auch eine wichtige Aufgabe von Ethikberatenden sein, differenziertere Sichtweisen von Autonomie und Wohlergehen in Ethikberatungen bei assistierter Selbsttötung einzubringen oder Gesundheitsfachpersonen im Rahmen von Fortbildungen mit diesen vertraut zu machen, sodass diese ihren Autonomie- und Wohltuns-Verpflichtungen gegenüber anfragenden Personen im individuellen Fall angemessen nachkommen können. Im Folgenden möchten wir sowohl mit Blick auf Autonomie als auch Wohlergehen aufzeigen, wie weiterführende theoretische Kenntnisse zu diesen beiden Begriffen, die zum Teil in philosophischen Theorien und Konzeptionen wurzeln, dazu beitragen können, den individuellen Bedürfnissen der anfragenden Personen hinsichtlich ihrer Autonomie und ihres Wohlergehens besser gerecht zu werden.

Die Bedingungen, die das Bundesverfassungsgericht für die Freiverantwortlichkeit einer Anfrage nach Assistenz bei der Selbsttötung aufstellt, können als Anforderungen an die Selbstbestimmtheit einer Entscheidung von Personen gedeutet werden. Auch in der medizinethischen Literatur werden Kriterien für das Vorliegen von Entscheidungsautonomie (auch als „lokale Autonomie“ bezeichnet, Betzler 2016) angeführt. Im Wesentlichen geht es um die Fähigkeiten, die eine Person erfüllen muss, um selbstbestimmt in eine Behandlung einwilligen oder diese ablehnen zu können. Bei Vorliegen der Fähigkeiten fordert die Pflicht zur Achtung der Autonomie, die Behandlungsentscheidung zu respektieren. Häufig ist es ausreichend, hier auf eine Minimalkonzeption lokaler Autonomie Bezug zu nehmen, etwa jene von Beauchamp und Childress aufgestellten Bedingungen der Intentionalität, des hinreichenden Verstehens und der Freiheit von kontrollierenden Einflüssen (Beauchamp und Childress 2019, S. 102), sowie die Achtung der Autonomie als Achtung des Rechts von Patient*innen zu verstehen, Behandlungsentscheidungen selbst zu treffen.

Allerdings gibt es auch Fälle, in denen Zweifel an der Selbstbestimmtheit einer Entscheidung bestehen, obwohl diese den Minimalanforderungen gerecht wird. Das kann auch bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung der Fall sein. Die Zweifel können etwa darin begründet sein, dass die Entscheidung bisherigen festverankerten Wertvorstellungen im Leben der Person oder ihrer autonomen Lebensgestaltung

(auch als „globale Autonomie“ bezeichnet, vgl. Dworkin 1988, S. 15–16) widerspricht oder von großer Ambivalenz und inneren Konflikten zeugt. Zweifel können außerdem bestehen, wenn wir uns unsicher sind, ob eine Person dazu in der Lage ist, eine aktive reflexive Haltung gegenüber ihrer Entscheidung einzunehmen, weil es ihr etwa nicht gelingt, auf Nachfrage Gründe für ihre Entscheidung anzugeben (Westlund 2009). Ferner kann es sein, dass wir – auch wenn kein direkter Zwang oder keine offensichtliche Manipulation vorliegt – äußere Einflussfaktoren, z. B. gesellschaftlichen oder familiären Druck, vermuten, die die Person daran hindern, eine wirklich *selbstbestimmte* Entscheidung zu treffen (Sherwin 1998; Ho 2008; Donchin 2000). Auch wenn es in diesen Fällen nicht gerechtfertigt sein mag, Entscheidungen ohne Weiteres zu übergehen, kann es die Achtung der Autonomie gebieten, nochmals das Gespräch mit der betroffenen Person zu suchen und mit ihr gemeinsam diese Zweifel zu reflektieren; denn die Autonomie anderer zu achten kann auch erfordern, sie in der Ausübung ihrer Autonomie zu unterstützen (Beauchamp und Childress 2019, S. 105). Wenn demnach begründete Zweifel an der Selbstbestimmtheit einer Anfrage nach assistierter Selbsttötung bestehen, kann es gerechtfertigt und durch den Wert der Autonomie sogar geboten sein, diesen Zweifeln nachzugehen und eine entsprechende Entscheidungsassistenz zu leisten – statt der Anfrage unhinterfragt nachzukommen.

Die rechtliche Zulässigkeit der assistierten Selbsttötung im Einzelfall orientiert sich gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts nicht am Wohlergehen, sondern allein an den Voraussetzungen einer freien, selbstbestimmten Entscheidung (sog. Freiverantwortlichkeit). Dennoch bleiben die Wohltuns-Verpflichtungen beim Umgang mit Anfragen nach assistierter Selbsttötung relevant (Marckmann 2025). In jedem Fall ist eine Prüfung geboten, welche Handlungsalternativen zur assistierten Selbsttötung den Anfragenden aus der Wohlergehens-Perspektive angeboten werden können, jeweils mit einer ausdrücklichen Begründung, inwiefern diese aus professioneller Sicht positive Auswirkungen auf das Wohlergehen – und hierbei insbesondere auf die Lebensqualität – haben können.

Auch wenn es in der medizinethischen sowie philosophischen Debatte kritische Stimmen gibt, die infrage stellen, ob der eigene Tod je zum Wohlergehen einer Person beitragen kann (Young 2024), gibt es durchaus Umstände, die diesen Schluss nahelegen. Erfahrungsgemäß können Menschen, die in ihren Lebensmöglichkeiten stark eingeschränkt sind und/oder unter starken belastenden Symptomen leiden, durchaus zu dem Urteil kommen, dass der Tod dem Weiterleben vorzuziehen ist. Dies erleben wir nicht nur bei Entscheidungen zum Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen (beispielsweise den Verzicht auf eine Beatmung bei Patient*innen mit weit fortgeschrittener Amyotropher Lateralsklerose), sondern auch in der Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen, wenn die Betroffenen Grenzen für den Einsatz lebenserhaltender Behandlungen definieren, meist für den Fall einer schweren Schädigung des Gehirns, die mit erheblichen Einschränkungen der sozialen Teilhabe einhergehen.

Und genauso wie es die Achtung der Autonomie in manchen Situationen rechtfertigen kann, die Entscheidung einer Person nicht unmittelbar zu respektieren und erneut das Gespräch mit ihr suchen, so kann dies unter bestimmten Umständen auch mit Verweis auf Wohltuns-Verpflichtungen begründet werden. Das hängt da-

mit zusammen, dass mit „Wohlergehen“ in der Regel nicht nur auf das subjektive Wohlbefinden einer Person und ihre eigene Wohlergehens-Perspektive, sondern auch auf Aspekte Bezug genommen wird, die „objektiv“, i. S. v. unabhängig von subjektiven Einstellungen, als zuträglich für menschliches Wohlergehen erachtet werden (Crisp 2021). Auch wenn es unterschiedliche Meinungen dahingehend gibt, welche Güter, Fähigkeiten, Lebensbedingungen etc. einstellungsunabhängig als wesentliche Bestandteile menschlichen Wohlergehens gelten können, gibt es durchaus eine gewisse Übereinstimmung hinsichtlich sehr grundlegender Güter und Fähigkeiten im menschlichen Leben, die eine wesentliche Voraussetzung von Handlungsfähigkeit und einer autonomen Lebensgestaltung sind, z. B. funktionsfähige Organe, Kommunikationsfähigkeiten sowie soziale Interaktion und Beziehungen (Brock 1993).

Die Berücksichtigung basaler Güter und Fähigkeiten, die menschliches Wohlergehen gewöhnlich mitkonstituieren, kann hilfreich sein, um Anfragen nach assistiertem Suizid aus der Außenperspektive besser nachvollziehen zu können und Personen, die assistierte Selbsttötung leisten, eine Entscheidungshilfe zu bieten. Insgesamt können differenzierte Wohlergehensüberlegungen den beteiligten Gesundheitsfachpersonen in ihrer *individuellen* Entscheidung, ob sie im vorliegenden Fall eine Suizidassistenz leisten möchten, ethische Orientierung geben: Sie könnten ihre persönliche Entscheidung davon abhängig machen, ob es aus der Wohlergehens-Perspektive deutlich bessere Alternativen zur assistierten Selbsttötung gibt oder nicht (Marckmann 2025). Wenn etwa basale Güter im Leben einer anfragenden Person nicht mehr vorhanden sind und auch nicht wiederhergestellt werden können, bestehen am Wohlergehen orientierte Gründe, die zu der Entscheidung führen können, dem Wunsch der Person nach assistierter Selbsttötung nachzukommen. Hieraus resultiert jedoch keine Pflicht zur Suizidassistenz, da es eine persönliche Gewissensentscheidung bleibt, ob man Assistenz bei der Selbsttötung leisten möchte oder nicht. Nicht vergessen werden darf außerdem, dass Wohlergehen stets eine subjektive Komponente umfasst – i. d. S., dass Personen körperliche und geistige Einschränkungen sehr unterschiedlich erleben können und der Verlust von Fähigkeiten sich damit unterschiedlich stark auf die subjektive Lebensqualität von Menschen auswirken kann. Das bedeutet auch, dass der „Umschlagspunkt“, ab dem krankheitsbedingte Einschränkungen als so belastend empfunden werden, dass das eigene Leben als nicht mehr lebenswert erscheint, nicht aus der Außenperspektive bestimmt werden kann (auch wenn dies bei nicht einwilligungsfähigen Personen teilweise notwendig werden kann, beispielsweise beim Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen bei schwer und unheilbar kranken Säuglingen).

Zudem können objektive Wohlergehens-Überlegungen auch in der Ethikberatung in die Reflexion über die professionelle Wohlergehens-Perspektive⁵ eingebracht werden oder ins gemeinsame Gespräch mit der anfragenden Person, wenn es darum geht, ihr mögliche Alternativen zur assistierten Selbsttötung aufzuzeigen. Hierdurch kann die Autonomie der anfragenden Person gefördert werden, weil ihr so die Möglichkeit geboten wird, ihre Entscheidung kritisch gegenüber alternativen Handlungsoptionen

⁵ Mit professioneller Wohlergehens-Perspektive beziehen wir uns hier auf die Perspektive der Personen (u. a. Ärzt*innen, Pflegenden, Therapeut*innen), die an der Behandlung und/oder Beratung der anfragenden Personen beteiligt sind.

zu reflektieren. Die Wohltuns-Verpflichtungen haben hier eine instrumentelle Bedeutung für die Förderung der Autonomie. Dabei sei aber noch einmal ausdrücklich betont, dass nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts die rechtliche Zulässigkeit allein von der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches abhängt, d.h. von der selbstbestimmten Entscheidung der anfragenden Person und nicht von einer (externen) Bewertung ihres Wohlergehens.

Eine differenzierte Betrachtung der Prinzipien der Achtung der Autonomie und des Wohltuns und der aus ihnen resultierenden Verpflichtungen kann folglich auch bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung hilfreich sein und dazu beitragen, dass die Werte der Autonomie und des Wohlergehens angemessen beachtet, geschützt und ggf. gefördert werden. Sie kann folglich auch als erforderliche Kompetenz Ethikberatender gelten, nicht nur bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung.

Ethische Empfehlungen zu Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung

Gesundheitseinrichtungen und ihre Mitarbeitenden müssen sich in Bezug auf den Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung auch in ethisch relevanter Weise positionieren. Beispielsweise ist die Frage zu beantworten, wie eine Gesundheitseinrichtung ethisch verantwortungsvoll mit solchen Anfragen umgehen kann. Auf individueller Ebene ist weiterhin das Recht der einzelnen Mitarbeitenden zu beachten, sich entsprechend der eigenen Wertvorstellungen an bestimmten Handlungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung (nicht) zu beteiligen. Es bestehen zahlreiche konkrete Handlungsoptionen, die auch aus ethischer Perspektive reflektiert werden können und von denen einige hier nur exemplarisch benannt werden sollen. So muss, innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen, geklärt (und begründet) werden, inwieweit Vertreter*innen von sogenannten Sterbehilfeorganisationen Zugang zur Gesundheitseinrichtung gewährt werden soll. Es müssen Verfahrensweisen für den Fall entwickelt werden, dass eine Assistenz bei der Selbsttötung in einer Gesundheitseinrichtung ausgeschlossen wird. Wenn innerhalb der Einrichtung eine Assistenz bei der Selbsttötung angeboten werden soll, müssen ethisch relevante Fragen zur Mitwirkung von Mitarbeitenden und möglichen Auswirkungen auf das Behandlungsteam sowie Mitpatient*innen beziehungsweise Mitbewohner*innen bedacht werden.

Die vorstehenden Fragen sind nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was auch unter ethischen Gesichtspunkten bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung bedacht werden muss. Die Entwicklung einer ethischen Empfehlung bietet sich zur Unterstützung der strukturierten Bearbeitung wiederholt auftretender, ethisch herausfordernder Situationen an, wie dies mit Blick auf Anfragen nach assistierter Selbsttötung zumindest für einen Teil der Gesundheitseinrichtungen in Deutschland zu erwarten ist. Eine Auswertung bestehender Empfehlungen, wie diese zwischenzeitlich von verschiedenen Einrichtungen und Organisationen wie beispielsweise der Diakonie (Diakonie Deutschland 2023) veröffentlicht wurden, kann einen Startpunkt für den Arbeitsprozess bilden. Methodisch können die Stellungnahmen der Akademie für Ethik in der Medizin (Neitzke et al. 2015; Akademie für Ethik in der Medizin 2024)

sowie Veröffentlichungen zu Qualitätskriterien bei der Erstellung von Leitlinien (AGREE Next Steps Consortium 2014; Strech und Schildmann 2011) die Erstellung ethischer Empfehlungen zum Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung unterstützen. Weiterhin erarbeiten derzeit Vertreter*innen zahlreicher Fachgesellschaften und Organisationen eine S2k-Leitlinie zum Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung, die auch zu ethisch relevanten Aspekten der Praxis Stellung beziehen wird.⁶

Fortbildungen zu ethischen Fragen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung

Mitarbeitende in Gesundheitseinrichtungen benötigen verschiedene ethische Kenntnisse und Fertigkeiten, um mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung professionell umgehen zu können. Ethikberatende können in Fortbildungen, die für Gesundheitsprofessionen konzipiert und umgesetzt werden eine Vielzahl von ethisch relevanten Inhalten vermitteln. Ergänzend zu den rechtlichen Grundlagen, wie sie sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 ableiten lassen, können standesrechtliche und -ethische Grundlagen, wie etwa die einschlägigen Inhalte der Berufsordnung, die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Bundesärztekammer 2011) und die Hinweise der Bundesärztekammer zum Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen (Bundesärztekammer 2021) Gegenstand von Fortbildungen in der Ethikberatung sein.

Ethische Themen, die auch entsprechend der Rückmeldungen aus aktuellen Fortbildungsveranstaltungen von besonderem Interesse für Vertreter*innen der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen sind, betreffen insbesondere die Bedingungen, die für eine freiverantwortliche Entscheidung erfüllt sein müssen. Hierbei ist zu bedenken, dass es sich bei der Bestimmung der Urteils- und Einsichtsfähigkeit oder auch der Definition von entscheidungsrelevanten Informationen um normativ aufgeladene Konzepte handelt. Exemplarisch erwähnt seien die unterschiedlichen Anforderungen an die Selbstbestimmungsfähigkeit. Während das Vier-Fähigkeiten-Modell nach Appelbaum und Grisso auf ausgewählte kognitive Fähigkeiten fokussiert (Appelbaum und Grisso 1995), kritisieren einige Autor*innen, dass ein Teil der psychischen Einschränkungen in affektiver Hinsicht die Selbstbestimmungsfähigkeit limitieren können, was durch Testverfahren, die auf den vier Fähigkeiten von Appelbaum und Grisso basieren, nur unzureichend erfasst werde (Charland et al. 2016; Haberstroh et al. 2014; zur Übersicht Kupsch et al. 2025). Diese Diskussion macht deutlich, dass die Prüfungen der Selbstbestimmungsfähigkeit (nicht nur) im Kontext von Anfragen nach assistierter Selbsttötung letztlich auf – häufig impliziten – normativen Prämissen basiert. Vergleichbares gilt für die ethische Reflexion der Information und Beratung bei Anfragen nach Suizidassistenz. Ethisch relevante Aspekte sind zudem bei der Auswahl der möglichen Inhalte eines Aufklärungs- beziehungsweise Beratungsgesprächs zu bedenken. Weiterhin gilt es ethische

⁶ Für weitere Informationen zur Leitlinie siehe <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/096-001>, zugegriffen: 10. Okt. 2025.

Merkmale bei der Vorgehensweise zu erörtern – etwa mit Blick auf die angemessene Rolle der Beratenden im Sinne einer informativen oder deliberativen Gestaltung der Interaktion mit den Betroffenen (Emanuel und Emanuel 1992).

Nachdem beide Themen – die Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit und die Information beziehungsweise Beratung – auch für die Entscheidungsfindung in der Medizin jenseits von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung relevant sind (z. B. bei den wesentlich häufigeren Entscheidungen über die Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen), können im Rahmen entsprechender Fortbildungen Kenntnisse vermittelt werden, die nicht nur für die vergleichsweise seltene Situation der Anfragen nach Suizidassistenz hilfreich sind.

Angesichts der unterschiedlichen fachlichen Perspektiven auf das Thema und des möglichen Einflusses persönlicher Werthaltungen auf Darstellung und Erörterung des Themas haben wir gute Erfahrung mit interdisziplinären und multiprofessionellen Panels gemacht, in denen neben unterschiedlichen fachlichen Perspektiven auch unterschiedliche ethische Bewertungen erörtert werden. Die Moderation entsprechender Veranstaltungen durch Vertreter*innen der Ethikberatung ist insofern hilfreich, als dass einerseits die bisweilen impliziten Werthaltungen transparent und damit der Diskussion zugänglich gemacht werden und andererseits ethische Herausforderungen, die sich innerhalb des verfassungsrechtlich gegebenen Rahmens stellen, erörtert werden können. Gleichzeitig stellt sich sowohl hinsichtlich der Moderation entsprechender Veranstaltungen als auch mit Blick auf die im Folgenden erörterte Ethikfallberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung die Frage, welche Kompetenzen Ethikberatende hierfür benötigen. Wir können dies im Rahmen dieser Arbeit nicht ausführen, sehen hier allerdings Bedarf an einer Diskussion über die notwendigen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nach unserer Kenntnis bislang nicht systematisch vermittelt werden.

Ethikfallberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung

Ergänzend zu den vorstehend genannten beiden Arbeitsfeldern kann Ethikberatung bei einzelnen Anfragen nach assistierter Selbsttötung einen Beitrag leisten, wenn sich den beteiligten Mitarbeiter*innen ethische Fragen beim angemessenen Umgang mit der Anfrage stellen. Wichtig ist dabei, dass es im Rahmen einer solchen Ethikfallberatung nicht um eine generelle Prüfung und Bewertung des Anliegens einer assistierten Selbsttötung gehen kann, sondern um die Erörterung ethisch relevanter Aspekte. Ein Beispiel sind ethische Fragen der Freiverantwortlichkeit als zentrale Voraussetzung für die rechtmäßige Assistenz bei der Selbsttötung und darunter gefassten Anforderungen wie der Selbstbestimmungsfähigkeit. Diese werden aus ethisch-normativen Gründen unterschiedlich konzeptionalisiert und können damit auch unter ethischen Gesichtspunkten erörtert werden (Hawkins 2024). Wie bei Behandlungsentscheidungen können sich weiterhin ethische Fragen bei Anfragen nach einer Suizidassistenz ergeben, wenn ethische Verpflichtungen unklar sind oder miteinander in Konflikt geraten.

Im Folgenden möchten wir erläutern, wie im Einzelfall eine Ethikfallberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung strukturiert werden kann. Wir

orientieren uns dabei an der Methode der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion, die einen Leitfaden für die schrittweise Bearbeitung schwieriger ethischer Entscheidungssituationen bei der Versorgung von kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen bietet (Marckmann und Mayer 2009). Die Methode orientiert sich an den weithin zustimmungsfähigen Prinzipien biomedizinischer Ethik und deckt darüber hinaus wesentliche Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts (2020) an eine rechtmäßige Assistenz bei der Selbsttötung ab, insbesondere die Informiertheit und Freiverantwortlichkeit bzw. Selbstbestimmtheit der Entscheidung. Auch die Frage unzulässiger Einflussnahme und die innere Festigkeit des Entschlusses zur Selbsttötung können über ein anspruchsvolleres Autonomie-Konzept (vgl. die konzeptionellen Ausführungen oben) in der Struktur aufgegriffen werden. Wesentliche Elemente des Vorgehens lassen sich auch in andere Modelle wie beispielsweise die Nimwegener-Methode der ethischen Fallbesprechung (Steinkamp und Gordijn 2010) integrieren. Wir stellen zunächst kurz die Grundlagen der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion vor und erläutern dann, wie das Vorgehen auf Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung übertragen werden kann.

Grundlagen der prinzipienorientierten ethische Falldiskussion

Ausgehend von einer Analyse der aktuellen Situation der betroffenen Person werden zunächst die verfügbaren (Be-)Handlungsstrategien mit ihrem jeweiligen weiteren Verlauf herausgearbeitet. Anschließend folgt die Bewertung der erarbeiteten (Be-)Handlungsstrategien auf Grundlage der vier etablierten medizinethischen Prinzipien. Dabei resultieren drei voneinander unabhängige Bewertungsperspektiven: 1. Wohlergehen der Patient*in (Nutzen-Schadens-Abwägung), 2. Selbstbestimmung (Wille) der Patient*in, und 3. Verpflichtungen gegenüber Dritten.

Die Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens sind gemeinsam in einer integrierten Nutzen-Schaden-Abwägung anzuwenden. Es gilt in dieser Bewertungsperspektive darum, aus professioneller Sicht abzuwägen, welche der verfügbaren Handlungsstrategien das beste Verhältnis von positiven und negativen Effekten, d. h. von Nutzen und Schaden, hat, da Nutzen und Schaden gleichermaßen Auswirkungen auf das Wohlergehen der Betroffenen haben. Anschließend ist zu prüfen, welche der verfügbaren Handlungsoptionen die zu behandelnde Person selbst nach entsprechender Aufklärung bevorzugt bzw. bevorzugen würde – geboten durch das Prinzip Achtung der Autonomie. In der dritten Bewertungsperspektive sind dann Interessen und Bedürfnisse anderer von der Entscheidung betroffener Personen zu berücksichtigen, geboten durch das Prinzip der Gerechtigkeit.

Im Rahmen der Synthese ist schließlich zu prüfen, ob die aus den vier Prinzipien resultierenden ethischen Verpflichtungen konvergieren oder divergieren. Bei einer Konvergenz der Verpflichtungen gibt es gute ethische Gründe, die entsprechende (Be-)Handlungsoption zu ergreifen. Im Konfliktfall sind fallbezogene Argumente dafür herauszuarbeiten, welche der konfligierenden Verpflichtungen Vorrang haben soll. Zudem kann an dieser Stelle bereits überlegt werden, welche weiteren Schritte erforderlich sind, um das Ergebnis, d. h. die ethisch am besten begründbare Handlungsoption, im weiteren Verlauf umzusetzen. Eine kritische Reflexion schließt die Fallbearbeitung ab, sodass das Modell insgesamt fünf Bearbeitungsschritte umfasst.

Prinzipienorientierte ethische Falldiskussion bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung

Allgemein können sich – wie bei Behandlungsentscheidungen – ethische Fragen bei Anfragen nach einer assistierten Selbsttötung ergeben, wenn ethische Verpflichtungen unklar sind oder miteinander in Konflikt geraten. Nach unserer Erfahrung kann sich die Ethikfallberatung bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung, bei denen es ethische Unsicherheiten oder Konflikte gibt, wesentlich an der Struktur der prinzipienorientierten Falldiskussion orientieren, da auch in diesen Fällen die ethischen Verpflichtungen maßgeblich sind, die Behandlungsentscheidungen leiten. Im Folgenden erläutern wir, wie die einzelnen Schritte der prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion auf ethische Herausforderungen bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung angewendet werden können (zur Übersicht vgl. Tab. 1). Die Fallbesprechung sollte, wie sonst auch, im interdisziplinären und multiprofessionellen Setting erfolgen.

In der **Aufarbeitung der Entscheidungssituation** ist zunächst die aktuelle medizinische und vor allem auch psychosoziale Situation der anfragenden Person zu erfassen. Auf dieser Grundlage können dann die verfügbaren (Be-)Handlungsoptionen jeweils mit dem erwarteten weiteren Verlauf herausgearbeitet werden. Neben medizinischen (Be-)Handlungsoptionen, die insbesondere eine (optimierte) Palliativversorgung einschließlich psychosozialer Betreuung und einen Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen bei lebensbedrohlichen Krisen (beispielsweise eine Lungenentzündung) umfassen können, ist auch die assistierte Selbsttötung als eine Handlungsoption zu erörtern. Hinsichtlich des weiteren Verlaufs ist neben der Überlebenszeit insbesondere die zu erwartende Lebensqualität herauszuarbeiten, weil

Tab. 1 Übersicht: prinzipienorientierte Falldiskussion bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung

0.	Fragestellung: Anlass der ethischen Fallbesprechung
1.	Analyse: Aufarbeitung der Entscheidungssituation <ol style="list-style-type: none"> Information über die medizinische und psychosoziale Situation der anfragenden Person Verfügbare (Be-)Handlungsoptionen mit weiterem Verlauf, einschließlich assistierter Selbsttötung
2.	Bewertung I: Ethische Verpflichtungen gegenüber der anfragenden Person <ol style="list-style-type: none"> <i>Achtung der Autonomie:</i> Handelt es sich um einen freien, selbstbestimmten Wunsch nach Assistenz bei der Selbsttötung? <i>Wohltun und Nichtschaden:</i> Welche Handlungsoption ist nach Einschätzung der Beteiligten hinsichtlich des Wohlergehens der anfragenden Person zu bevorzugen?
3.	Bewertung II: Ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten (<i>Gerechtigkeit</i>) Welche berechtigten Interessen anderer beteiligter Personen sind zu berücksichtigen? (bspw. Angehörige, Team)
4.	Synthese: Zusammenfassende Bewertung <ol style="list-style-type: none"> Leitfrage: Gibt es starke, am Wohlergehen orientierte Argumente für die Handlungsalternativen zum assistierten Suizid? Falls <i>ja</i>: Erneutes Gespräch mit der betroffenen Person, ggf. keine assistierte Selbsttötung Falls <i>nein</i>: Assistenz bei der Selbsttötung anbieten bzw. vermitteln Planung der weiteren Schritte zur Umsetzung des Ergebnisses

diese eine wesentliche Voraussetzung für die dann anstehende ethische Bewertung ist.

Nach der Aufarbeitung der Entscheidungssituation wäre bei medizinischen Behandlungsentscheidungen eigentlich zunächst die Wohlergehens-Perspektive zu bewerten. Wie oben erläutert, kann diese Bewertung bei Anfragen nach Suizidassistenz besondere Herausforderungen bieten. Wir schlagen deshalb vor, zunächst die **Autonomie-Perspektive** zu bearbeiten und zu erörtern, ob es sich bei dem Wunsch nach assistierter Selbsttötung um eine freie, selbstbestimmte Entscheidung handelt. Auf Grundlage ausführlicher Gespräche sollte zunächst im Vorfeld der ethischen Fallberatung durch die beteiligten Gesundheitsfachpersonen ermittelt worden sein, ob die Betroffenen über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen, um eine selbstbestimmte Entscheidung zur assistierten Selbsttötung zu treffen. Insbesondere sollte die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht durch eine psychische Störung eingeschränkt sein, wobei das Vorliegen einer psychischen Störung für sich genommen eine freiverantwortliche Entscheidung zur assistierten Selbsttötung nicht ausschließt (Marckmann und Pollmächer 2024). Zudem sollten die Betroffenen über alle entscheidungsrelevanten Gesichtspunkte informiert worden sein: Diese Informationen sollten sie verstehen und angemessen verarbeiten können. Die Entscheidung sollte überdies nicht unter unangemessenem Einfluss von außen zustande gekommen sein. Neben Formen von direktem Zwang und offensichtlicher Manipulation sind hier auch subtilere Formen der Einflussnahme zu berücksichtigen, die sich ebenfalls nachhaltig auf die Autonomie der anfragenden Person auswirken können, etwa gesellschaftlicher oder familiärer Druck. Zudem sollte die Entscheidung von einer gewissen „inneren Festigkeit“ gekennzeichnet sein. Dies bedeutet, dass sie weder von großen Ambivalenzen noch von inneren Widersprüchen geprägt ist und mit längerfristigen Werthaltungen der Person in Einklang steht. Auch sollte die Person dazu in der Lage sein, ihre Entscheidung gegenüber Nachfragen zu begründen.

Anschließend sind die verfügbaren Handlungsoptionen mit Blick auf das **Wohlergehen** der betroffenen Menschen zu beurteilen. Wie oben ausgeführt, lässt sich aus der professionellen Wohlergehens-Perspektive oft nicht bestimmen, welche der verfügbaren Handlungsoptionen einschließlich der assistierten Selbsttötung für die betroffene Person zu bevorzugen ist, da es keine allgemein verbindlichen Maßstäbe für den „Umschlagpunkt“, d. h. das Ausmaß an Einschränkungen und Belastungen gibt, ab dem das Versterben für die betroffenen Menschen besser ist als das Weiterleben. Wir schlagen deshalb vor, in solchen Fällen den Bearbeitungsschritt darauf zu beschränken herauszuarbeiten, wie stark die am Wohlergehen orientierten Argumente für die verfügbaren (Be-)Handlungsoptionen des Weiterlebens sind. Dabei sind die Argumente umso schwächer, je kürzer die verbleibende Lebenszeit ist (beispielsweise bei einer weit fortgeschrittenen, unheilbaren Tumorerkrankung) und je belastender und schwieriger zu behandeln die Symptome sind (beispielsweise Schmerzen durch eine dystone Bewegungsstörung).

Bei den **Verpflichtungen gegenüber Dritten** sind insbesondere die Bedürfnisse der Angehörigen und anderer nahestehender Personen zu berücksichtigen. Diese sollten ebenfalls entsprechend betreut und begleitet werden. Idealerweise können die nahestehenden Personen die Entscheidung der Betroffenen zu einem assistierten Suizid zumindest mittragen.

In der **Synthese** verändert sich entsprechend die Leitfrage. Ausgangspunkt ist der in der ethischen Fallbesprechung bestätigte, selbstbestimmte Wunsch der betroffenen Person nach einer Suizidassistenz (vgl. die *Autonomie-Perspektive*). Mit Blick auf die Ergebnisse der *Wohlergehens-Perspektive* ist dann zu fragen: Gibt es starke am Wohlergehen orientierte Argumente für die Handlungsalternativen zur Assistenz bei der Selbsttötung? Sofern keine starken, am Wohlergehen orientierten Argumente für die Optionen des Weiterlebens sprechen (beispielsweise bei einer kurzen verbleibenden Lebenszeit und/oder bei schwer zu lindernden, stark belastenden Symptomen), kann die Suizidassistenz auch aus der Wohlergehens-Perspektive ethisch gut begründet werden. Dies kann die beteiligten Teammitglieder, die die Suizidassistenz nicht grundsätzlich ausschließen, bestärken, wenn sie die betroffene Person anschließend beim Suizid begleiten. Sofern es aber gewichtige Argumente für die Optionen des Weiterlebens gibt, sollten diese Argumente noch einmal ausdrücklich mit der anfragenden Person besprochen werden, um sicherzustellen, dass diese die Argumente für das Weiterleben auch nachvollziehbar verstanden und für sich erwogen hat. Dieser Schritt ist nicht nur aus der Wohlergehens-Perspektive gerechtfertigt. Der anfragenden Person wird hierdurch auch die Möglichkeit gegeben, ihre Entscheidung nochmals eingehend zu reflektieren, was die Selbstbestimmtheit ihrer Entscheidung fördern kann. Sollte sie danach weiterhin eine assistierte Selbsttötung wünschen, kann es für die beteiligten Professionellen leichter sein, dem Wunsch nachzukommen, wenn sie nachvollziehbar erlebt haben, dass die anfragende Person sich ernsthaft mit den möglichen Alternativen des Weiterlebens auseinandergesetzt hat.

Gegebenenfalls können die beteiligten Professionellen die starken, am Wohlergehen orientierten Argumente auch für ihre eigene persönliche Entscheidung nutzen, ob sie bereit sind, bei der anfragenden Person eine Assistenz bei der Selbsttötung zu leisten. Noch einmal sei ausdrücklich betont, dass die Wohlergehens-Argumente – insbesondere auch vor dem Hintergrund des Bundesverfassungsgerichtsurteils – nicht die grundsätzliche ethische Legitimität der assistierten Selbsttötung in Frage stellen, sondern nur den *einzelnen* (!) beteiligten Teammitgliedern in ihrer *individuellen* Entscheidung eine ethische Orientierung bieten können, ob sie *im vorliegenden Fall* bereit sind, eine Assistenz bei der Selbsttötung zu leisten oder nicht.

Im Anschluss an die Synthese kann – wie sonst auch – die Anwesenheit der verschiedenen Teammitglieder genutzt werden, um die weiteren Schritte zur **Umsetzung des Ergebnisses** zu besprechen.

Bislang gibt es in Deutschland noch vergleichsweise wenig Erfahrung mit ethischer Fallberatung bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung. Insofern wird im weiteren Verlauf noch einmal kritisch zu überprüfen sein, inwieweit sich das hier vorgeschlagene Vorgehen in der Praxis auch nachhaltig bewährt und welche Anpassungen ggf. erforderlich sind.

Grenzen der Ethikberatung im Kontext von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung

Wie bereits angesprochen, sind Vertreter*innen von Ethikberatung international in unterschiedlicher Weise in die Praxis der assistierten Selbsttötung beziehungsweise Tötung auf Verlangen involviert. In der kanadischen Provinz Quebec koordinieren Ethikberatende beispielsweise sogenannte interdisciplinary support groups (ISGs). Deren Aufgabe ist es, klinische, administrative, rechtliche und ethische Aspekte, die im Kontext von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung beziehungsweise Tötung auf Verlangen aufkommen, zu koordinieren (Perron et al. 2024). Eine solche vergleichsweise weit in die Praxis reichende Rolle der Ethikberatung ermöglicht es auf der einen Seite, diese Praxis unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren und zu gestalten. Weiterhin erscheint es aus der Perspektive des Managements einer Gesundheitseinrichtung durchaus nachvollziehbar, Ethikberater*innen für diese Aufgaben anzufragen. Gründe hierfür können die Wahrnehmung assistierter Selbsttötung als ethisch kontroverse Praxis sowie ein breites Spektrum von Kompetenzen auf Seiten der Ethikberatenden sein (Aulisio et al. 2000; Akademie für Ethik in der Medizin 2022b).

Ausgehend vom Gegenstandsbereich von Ethikberatung sowie Kernkompetenzen von Ethikberatenden stellt sich allerdings die Frage, welche Aufgaben im Kontext von Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung übernommen werden können beziehungsweise sollten. Curricula für Ethikberatende umfassen beispielsweise in der Regel nicht den Erwerb von Kompetenzen zur Prüfung der Selbstbestimmungsfähigkeit oder zur Beratung der Anfragenden. Für die Einbeziehung in die entsprechende Praxis fehlen adäquate Kompetenzen, wenn diese nicht im Rahmen anderer Qualifizierungen erworben wurden oder durch entsprechende Kooperationen sichergestellt werden (vgl. bspw. Salomon 2025). Gleiches gilt für ein Monitoring, bei dem geprüft wird, ob die etablierten Legitimitäts-Anforderungen an legitime Suizidassistenz in der Praxis verlässlich erfüllt werden. Weiterhin ist zu bedenken, dass es bei einer Einbeziehung von Ethikberatenden in die Praxis der assistierten Selbsttötung zu verschiedenen Konflikten kommen kann. Ein Beispiel sind Konflikte hinsichtlich der Allokation von Ressourcen für die unterschiedlichen Bedarfe an Ethikberatung. Wenn wir die Entwicklung in der Schweiz auf Deutschland übertragen, müssten wir zukünftig mit etwa 20.000 Fällen assistierter Selbsttötung pro Jahr rechnen (in der Schweiz z. Zt. etwa 2 % der Todesfälle). Eine reguläre Einbeziehung von Ethikberatenden in die Entscheidungsfindung über eine etwaige Assistenz bei der Selbsttötung würde in den meisten Institutionen ein Vielfaches an Arbeit im Vergleich zur aktuellen Tätigkeit im Rahmen von Ethikfallberatungen bedeuten. Dies gilt umso mehr, als ein großer Teil der Anfragen im außerklinischen Setting stattfindet und hier Ethikberatung vergleichsweise wenig Ressourcen zur Verfügung hat. Es könnte sich bei einer weitergehenden Einbeziehung der Ethikberatung in Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung also das Problem ergeben, dass die wenigen verfügbaren Ressourcen für eine vergleichsweise seltene, gleichwohl ethisch herausfordernde Praxis aufgewendet würden.

Eine andere Art von Konflikt könnte hinsichtlich der Rolle und Aufgaben von Ethikberatenden entstehen. Entsprechend der etablierten Definitionen ist es Auf-

gabe der Ethikberatung, ethische Herausforderungen bei der Versorgung von Patient*innen und Bewohner*innen (in der Langzeitpflege) zu identifizieren, zu analysieren und beratend Handlungsoptionen im Sinne einer ethisch begründbaren Vorgehensweise herauszuarbeiten. Im Falle der Einbeziehung von Ethikberatern für die Koordination und das Monitoring einer ethisch herausfordernden Praxis wäre dies zum einen mit dem Verlust einer gewissen Distanz zur Versorgung von Patient*innen bzw. Bewohner*innen verbunden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Ethikberatende primär als Koordinator*innen oder gar Fürsprecher*innen der assistierten Selbsttötung wahrgenommen würden. Zusammenfassend besteht deshalb nach unserer Einschätzung weiterer Bedarf an einer kritischen Reflexion der möglichen Beiträge und Limitationen von Ethikberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung.

Fazit

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 nehmen auch in Deutschland die Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung stetig zu. Immer häufiger werden dabei auch Ethikberatungsangebote einbezogen. Es erscheint deshalb sinnvoll, die angemessene Rolle von Ethikberatung bei Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung zu reflektieren und entsprechende Angebote zu entwickeln. Neben ethischen Empfehlungen und Fortbildungen kann Ethikberatung das beteiligte Gesundheitspersonal auch im Einzelfall mit einer Ethikfallberatung unterstützen, insbesondere wenn es starke am Wohlergehen der Anfragenden orientierte Argumente für alternative Handlungsoptionen – beispielsweise eine optimierte palliative oder psychosoziale Betreuung – gibt. In einer ethischen Fallbesprechung bei Anfragen nach einer Assistenz bei der Selbsttötung kann es hilfreich sein, die Autonomie-Perspektive vor der Wohlergehens-Perspektive zu erörtern. Nach der Prüfung, ob es sich bei dem Suizidwunsch um eine selbstbestimmte Entscheidung handelt, lautet dann die Leitfrage aus der Wohlergehens-Perspektive: Gibt es starke am Wohlergehen der anfragenden Person orientierte Argumente für die Handlungsalternativen zur assistierten Selbsttötung? Sofern Ethikberatungsangebote über die etablierten und im Einklang mit der Zielsetzung von ethischer Beratung in der Versorgung von Patient*innen hinausgehende Aufgaben übernehmen, wie etwa eine Prüfung der Voraussetzungen der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches, sollte sichergestellt sein, dass die erforderlichen medizinisch-fachlichen und psychosozialen Kompetenzen in den Gesprächen mit den Betroffenen vorhanden sind.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt G. Marckmann und J. Schildmann arbeiten als Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen und haben Honorare von verschiedenen Gesundheitseinrichtungen für die Durchführung von Ethikberatungsschulungen erhalten. Beide sind Mitglied des Beirats der Zeitschrift „Ethik in der Medizin“. A. Hirsch gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Adams DM (2023) Clinical ethics consultation and physician assisted suicide. In: Cholbi M, Varelus J (Hrsg) *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia*. Springer, Cham, S 93–115
- AGREE Next Steps Consortium (2014) Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2014/03/AGREE_II_German-Version.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Akademie für Ethik in der Medizin (2022a) Aktualisierte und erweiterte Stellungnahme des Vorstands der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (AEM) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 aus medizinethischer Sicht (vom 22.02.2022). https://aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/AEM_Stellungnahme_Suizidhilfe_nach_BVerfG_Urteil_2022-02-22.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Akademie für Ethik in der Medizin (2022b) Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Ethikberatung/Curriculum_Ethikberatung_im_Gesundheitswesen_2019-06-24_geaendert_am_21.12.22_.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Akademie für Ethik in der Medizin (2024) Aktualisierte Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. <https://aem-online.de/aktualisierte-empfehlungen-zur-erstellung-von-ethik-leitlinien-in-einrichtungen-des-gesundheitswesens/>. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Appelbaum PS, Grisso T (1995) The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav* 19(2):105–126
- Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ (2000) Health care ethics consultation: nature, goals, and competencies. A position paper from the Society for Health and Human Values-Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Ann Intern Med* 133(1):59–69
- Beauchamp TL, Childress JF (2019) *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, New York, Oxford
- Betzler M (2016) Autonomie. In: Kühler M, Rüter M (Hrsg) *Handbuch Handlungstheorie. Grundlagen, Kontexte, Perspektiven*. J.B. Metzler, Stuttgart, S 258–279
- Bouthillier ME, Perron C, Roigt D, Fortin JS, Pimont M (2022) The implementation of assisted dying in Quebec and interdisciplinary support groups: What role for ethics? *HEC Forum* 34(4):355–369
- Brock DW (1993) Quality of life measures in health care and medical ethics. In: Nussbaum MC, Sen A (Hrsg) *The quality of life*. Oxford University Press, Oxford, S 95–132
- Bundesärztekammer (2011) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbegleitung. *Dtsch Ärztebl* 108(7):A346–348
- Bundesärztekammer (2021) Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Dtsch Ärztebl* 118(29–30):A-1428–A-1432
- Charland LC, Lemmens T, Wada K (2016) Decision-making capacity to consent to medical assistance in dying for persons with mental disorders. *J Ethics Ment Health*: 1–14
- Crisp R (2021) Well-being. In: Zalta EN (Hrsg) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/well-being/>. Zugegriffen: 10. Okt. 2025

- Deutscher Ethikrat (2022) Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf>. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Diakonie Deutschland (2023) Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenten. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie. https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_Web.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Donchin A (2000) Autonomy, interdependence, and assisted suicide: Respecting boundaries/crossing lines. *bioethics* 14(3):187–204
- Dworkin G (1988) The theory and practice of autonomy. Cambridge University Press, Cambridge
- Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 267(16):2221–2226
- Haberstroth J, Müller T, Knebel M, Kaspar R, Oswald F, Pantel J (2014) Can the mini-mental state examination predict capacity to consent to treatment? *GeroPsych* 27(4):151–159
- Hawkins J (2024) Affect, values and problems assessing decision-making capacity. *Am J Bioeth* 24(8):71–82
- Ho A (2008) The individualist model of autonomy and the challenge of disability. *Bioethical Inquiry* 5(2):193–207
- Kupsch L, Gather J, Vollmann J, Nadolny S, Schildmann J (2025) Assessment of decisional capacity. A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide. *Eur psychiatr*. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10041>
- Marckmann G (2022) Assistierter Suizid – eine ärztliche Aufgabe? – Pro. *Psychiatr Prax* 49(2):67–68
- Marckmann G (2025) Assistierter Suizid: Perspektiven für eine ethisch verantwortete Praxis. In: Thöns M (Hrsg) Assistierter Suizid. Rechtliche Debatte und klinische Praxis aus interdisziplinärer Sicht. Kohlhammer, Stuttgart, S 55–71
- Marckmann G, Mayer F (2009) Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie: Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. *Onkologe* 15(10):980–988
- Marckmann G, Pollmächer T (2024) Assisted suicide in persons with mental disorders: a review of clinical-ethical arguments and recommendations. *Ann Palliat Med* 13(3):708–718
- Neitzke G, Riedel A, Brombacher L, Heinemann W, Herrmann B, AG Ethikberatung im Gesundheitswesen (2015) Empfehlungen zur Erstellung von Ethik-Leitlinien in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik Medizin* 27(3):241–248
- Perron C, Racine E, Bouthillier ME (2024) Medical assistance in dying in Quebec: a continuum between teams' accountability and interdisciplinary support groups' assumption of responsibility. *Int J Public Health* 69:1607407
- Salomon F (2025) Der Wunsch nach assistiertem Suizid – Herausforderungen und praktische Erfahrungen aus der ambulanten Ethikberatung. In: Constanze G, Marianne R, Fred S (Hrsg) Assistierter Suizid. De Gruyter Oldenbourg, Berlin, Boston, S 205–230
- Sherwin S (1998) A relational approach to autonomy in health care. In: Sherwin S (Hrsg) The politics of women's health. Exploring agency and autonomy. Temple University Press, Philadelphia, S 19–47
- Simon A (2022) Der assistierte Suizid: Eine ärztliche Aufgabe? In: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) (Hrsg) Ärztlich assistierte Selbsttötung – Umgang mit Anfragen von Krebspatientinnen und Krebspatienten. Beiträge zur Gestaltung einer herausfordernden Praxis. Gesundheitspolitische Schriftenreihe, Bd 20, S 39–48
- Steinkamp N, Gordijn B (2010) Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Luchterhand, Neuwied, Köln
- Strech D, Schildmann J (2011) Quality of ethical guidelines and ethical content in clinical guidelines: the example of end-of-life decision-making. *J Med Ethics* 37(7):390–396
- Universitätsklinikum Bonn (2023) Umgang mit Patientenwünschen oder -forderungen nach Suizidhilfe am Universitätsklinikum Bonn. https://www.ukbonn.de/site/assets/files/43404/sop_umgang_mit_suizidwunschen.pdf. Zugegriffen: 27. Juni 2025
- Wagner B, Muller J, Maercker A (2012) Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *Eur Psychiatry* 27(7):542–546
- Westlund AC (2009) Rethinking relational autonomy. *Hypatia* 24(4):26–49
- Young R (2024) Voluntary euthanasia. In: Zalta EN, Nodelman U (Hrsg) The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2024 Edition) (<https://plato.stanford.edu/archives/sum2024/entries/euthanasia-voluntary/>). Zugegriffen: 27. Juni 2025)

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.