



Erst wenn Symptome behandelt, psychosoziale Belastungen erkannt und realistische Handlungsoptionen aufgezeigt wurden, lässt sich beurteilen, ob ein Sterbewunsch Ausdruck behandelbaren Leidens oder Ergebnis einer tragfähigen Entscheidung ist.

Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge

Warum die Debatte über Sterbewünsche und Suizidassistenz mehr Ambivalenz braucht

Sechs Jahre nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist die Suizidassistenz in Deutschland weiterhin nicht gesetzlich geregelt. Während das Recht auf selbstbestimmtes Sterben höchstrichterlich bestätigt wurde, gibt es nach wie vor keine verbindlichen Rahmenbedingungen für Beratung, ärztliche Verantwortung und die Prüfung der Freiverantwortlichkeit. Die Debatte konzentriert sich häufig auf die Frage, ob Suizidassistenz ermöglicht oder begrenzt werden soll. Die Versorgung schwerkranker Menschen zeigt jedoch, dass diese Gegenüberstellung der klinischen Realität nur bedingt gerecht wird.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Februar 2020 hat das Recht jedes Menschen auf selbstbestimmtes Sterben einschließlich der Inanspruchnahme freiwilliger Hilfe Dritter ausdrücklich anerkannt. Seitdem wird intensiv darüber diskutiert, wie dieses Recht gesetzlich ausgestaltet werden sollte. Mehrere Gesetzesentwürfe scheiterten bislang im Bundestag.

Gleichwohl ist absehbar, dass die politische Diskussion erneut aufgenommen

wird. Die Debatte wird dabei häufig als Gegensatz zwischen Selbstbestimmung und Lebensschutz geführt. Aus der Perspektive der Menschen mit komplexen Todeswünschen greift diese Gegenüberstellung jedoch zu kurz. Todeswünsche schwerkranker Menschen sind selten eindeutig. Sie entstehen im Spannungsfeld von körperlichem Leiden, psychischer Belastung, existenziellen Fragen und sozialen Beziehungen. Wer gesetzliche Regelungen schaffen will, sollte diese klinische Realität stärker berücksichtigen.

Sterbewünsche sind häufig – und häufig ambivalent

Der Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, gehört inzwischen zum Alltag in der Versorgung schwerkranker Menschen. Internationale Studien zeigen, dass zwischen 8 % und 20 % der Patientinnen und Patienten mit lebenslimitierenden Erkrankungen irgendwann einen Sterbewunsch äußern; bei einem kleineren Teil handelt es sich um einen anhaltenden und ernsthaften Wunsch [1]. Ein solcher Wunsch darf jedoch nicht vorschnell als Ausdruck

eines eindeutigen Todeswillens verstanden werden. Die palliativmedizinische Versorgung zeigt vielmehr, dass Lebens- und Sterbewünsche häufig gleichzeitig bestehen können. Patientinnen und Patienten können unter schwerer Symptomlast leiden und dennoch konkrete Zukunftspläne entwickeln oder sich auf Begegnungen mit Angehörigen freuen. Dieses Nebeneinander widersprüchlicher Empfindungen wird in der Fachliteratur als „Double Awareness“ (etwa: doppeltes Gewahrwerden) beschrieben und ist Ausdruck einer fortlaufenden Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit [2].

Sterbewünsche sind deshalb häufig dynamisch. Sie verändern sich mit der Symptomlinderung, der psychischen Verfassung, familiären Entwicklungen oder dem Gefühl, ausreichend unterstützt zu werden. Für die ärztliche Praxis folgt daraus, dass einzelne Äußerungen weder bagatellisiert noch vorschnell als endgültige Entscheidung interpretiert werden sollten. Vielmehr bedürfen sie einer sorgfältigen Exploration und wiederholten Einordnung im Krankheitsverlauf.

Zwischen Autonomie und Fürsorge

Viele schwerkranke Menschen verbinden ihren Todeswunsch nicht primär mit der Angst vor dem Tod, sondern mit der Sorge vor dem Sterben. Kontrollverlust, Abhängigkeit, unerträgliche Symptome oder die Vorstellung, Angehörigen zur Last zu fallen, gehören zu den am häufigsten genannten Beweggründen [3]. Hinter diesen Äußerungen steht häufig ein akzentuiertes Bedürfnis nach Selbstbestimmung.

Damit berührt die Diskussion einen zentralen Konflikt moderner Medizin. Während ärztliches Handeln traditionell vom Fürsorgeprinzip geprägt ist, hat die Autonomie der Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen. Beide Prinzipien stehen jedoch nicht zwangsläufig im Widerspruch. Selbstbestimmung setzt vielmehr voraus, dass Entscheidungen auf der Grundlage umfassender Information, guter medizinischer Versorgung und einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung getroffen werden können.

Gerade deshalb kommt der Palliativversorgung eine besondere Rolle zu. Sie verfolgt das Ziel, Leiden nicht nur körperlich, sondern auch psychisch, sozial und spirituell zu lindern. Eine frühzeitige palliativmedizinische Mitbetreuung verbessert nachweislich die Lebensqualität und kann unnötige belastende Therapien am Lebensende vermeiden [4]. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass entsprechende Behandlungsangebote rechtzeitig erfolgen. Noch immer bestehen erhebliche regionale Unterschiede beim Zugang zu spezialisierter Palliativversorgung und hospizlichen Angeboten.

Aus der Versorgungspraxis lässt sich zugleich ableiten, dass Gespräche über Sterbewünsche weder tabuisiert noch ausschließlich als Ausdruck einer Suizidgefährdung verstanden werden sollten. Vielmehr eröffnen sie häufig die Möglichkeit, bisher unbeachtete Belastungen zu erkennen und therapeutisch anzugehen. So gibt es neben der Möglichkeit einer Todeswunschkklärung im stationären Setting eine niedrigschwellige ambulante Sprechstunde für Palliativpatient:innen mit anhaltenden Todeswünschen [5].

Solche Gesprächsangebote können dazu beitragen, Motive besser zu verstehen, Behandlungsoptionen aufzuzeigen, Vertrauen zu stärken und die Entscheidungsfindung über einen längeren Zeitraum zu begleiten.

Entscheidend ist dabei ein Faktor, der im Gesundheitswesen häufig knapp ist: Zeit. Die Klärung eines Sterbewunsches lässt sich nicht in einem einzelnen Gespräch abschließen. Sie erfordert Kontinuität, Vertrauen und die Bereitschaft, Ambivalenzen auszuhalten. Gerade hierin liegt einer der wichtigsten Ansätze palliativmedizinischer Begleitung.

Grenzen der Palliativmedizin und Missverständnisse in der Debatte

So wichtig die Palliativversorgung für die Begleitung schwerkranker Menschen ist, sie vermag nicht jedes Leiden aufzulösen. Beschwerden lassen sich heute meist wirksam lindern.

Schwieriger sind existenzielle Belastungen wie der Verlust von Autonomie, Identität oder Zukunftsperspektive. Manche Patientinnen und Patienten empfinden bereits das dauerhafte Angewiesensein auf Hilfe als unerträglich – selbst dann, wenn Schmerzen und andere Symptome gut kontrolliert werden. Die Vorstellung, Palliativmedizin könne jeden Sterbewunsch verhindern, wird weder der Evidenz noch der klinischen Erfahrung gerecht. Gerade deshalb sollten Palliativversorgung und Suizidassistentz nicht ausschließlich als konkurrierende Konzepte verstanden werden. Gute Palliativversorgung ist keine Alternative zur offenen Auseinandersetzung mit einem Sterbewunsch, sondern deren Voraussetzung. Erst wenn Symptome behandelt, psychosoziale Belastungen erkannt und realistische Handlungsoptionen aufgezeigt wurden, lässt sich beurteilen, ob ein Sterbewunsch Ausdruck behandelbaren Leidens oder Ergebnis einer tragfähigen Entscheidung ist.

In der öffentlichen Diskussion werden zudem gezielte Sedierung bei anderweitig therapierefraktärem Leid und Suizidassistentz häufig miteinander vermischt. Beide verfolgen jedoch unterschiedliche Ziele. Die gezielte Sedierung dient ausschließlich der Linderung anderweitig nicht beherrschbarer Symptome; eine mögliche

Lebensverkürzung wird allenfalls als unbeabsichtigte Nebenfolge in Kauf genommen. Bei der Suizidassistentz dagegen ist die Herbeiführung des Todes Folge einer autonomen Entscheidung der betroffenen Person. Diese Unterscheidung ist medizinisch, ethisch und rechtlich grundlegend und sollte in der Debatte klarer herausgearbeitet werden.

Welche Rolle kommt Ärztinnen und Ärzten zu?

Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat sich der rechtliche Rahmen verändert. Offen geblieben ist jedoch die Frage, welche Rolle die Ärzteschaft künftig einnehmen soll. Die Bundesärztekammer betont weiterhin zu Recht, dass Suizidprävention und der Ausbau palliativer Versorgungsangebote Vorrang haben müssen [6]. Gleichzeitig erleben Ärztinnen und Ärzte in ihrem klinischen Alltag, dass Patientinnen und Patienten Beratung zur Suizidassistentz nachfragen – viele fühlen sich darauf weder rechtlich noch fachlich ausreichend vorbereitet.

Diese Unsicherheit ist problematisch. Wo behandelnde Ärztinnen und Ärzte Gespräche über Sterbewünsche meiden, entstehen Versorgungslücken. Nicht selten wenden sich Betroffene dann an externe Organisationen oder kommerzielle Anbieter, ohne dass die langjährig behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die Entscheidungsfindung einbezogen sind. Damit geht wertvolles Wissen über Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und familiären Kontext verloren – Informationen, die für die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit von erheblicher Bedeutung sein können.

Gerade Hausärztinnen und Hausärzte könnten hier eine Schlüsselrolle übernehmen. Sie kennen ihre Patientinnen und Patienten häufig über viele Jahre und genießen besonderes Vertrauen. Voraussetzung dafür sind jedoch ausreichende Zeit, Qualifikation im Umgang mit Todeswünschen sowie größtmögliche Rechtssicherheit. Die Begleitung von Patient:innen mit Todeswünschen darf keine individuelle Gewissensentscheidung Einzelner sein, sondern benötigt verlässliche professionelle und strukturelle Rahmenbedingungen. Ob eine Suizidassistentz im konkreten

Einzelfall begleitet wird, bleibt selbstverständlich eine persönliche Gewissensentscheidung. Gleichwohl wäre auch in diesen Fällen eine vertrauensvolle, langjährige Arzt-Patienten-Beziehung dem Kontakt mit einer Sterbehilfeorganisation nach möglicherweise nur zweimaligem persönlichem Treffen vorzuziehen.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Die Diskussion über eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz sollte sich deshalb nicht auf Verfahrensfragen oder Zugangsvoraussetzungen beschränken. Erforderlich ist ein Gesamtkonzept, das Selbstbestimmung und Schutz vulnerabler Menschen gleichermaßen berücksichtigt. Aus Sicht der Versorgung sind dafür mindestens vier Elemente notwendig: ein flächendeckender Zugang zu menschenwürdiger Pflege sowie allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung; qualitätsgesicherte, ergebnisoffene Beratung vor einer Entscheidung zur Suizidassistenz; transparente Kriterien zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit sowie mehr Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte, die Betroffene beraten oder begleiten.

Suizidprävention und Suizidassistenz dürfen dabei nicht als Gegensätze verstanden werden. Suizidprävention bedeutet nicht, jede Entscheidung zum assistierten Suizid grundsätzlich auszuschließen. Ebenso wenig bedeutet die Anerkennung eines Rechts auf Suizidassistenz, auf sorgfältige Beratung oder die Behandlung beeinflussbarer Belastungen zu verzichten. Beide Ansätze verfolgen letztlich dasselbe Ziel: Menschen in existenziellen Krisen zu ermöglichen, informierte und freiverantwortliche Entscheidungen zu treffen.

Fazit

Die politische Debatte über die Suizidassistenz wird bislang zu häufig als Entscheidung zwischen Autonomie und Lebensschutz geführt. Die Versorgung schwerkranker Menschen zeichnet jedoch ein differenzierteres Bild. Sterbewünsche sind häufig ambivalent, verändern sich im Krankheitsverlauf und entstehen im Zusammenspiel körperlicher, psychischer, sozialer und existenzieller Belastungen. Daraus folgt, dass weder die ausschließliche Betonung individueller Selbstbestimmung noch ein paternalistisches Fürsorgeverständnis der Realität gerecht werden.

Eine tragfähige gesetzliche Regelung wird sich deshalb nicht allein daran messen lassen, ob sie den Zugang zur Suizidassistenz ermöglicht oder begrenzt. Entscheidend ist vielmehr, ob sie Rahmenbedingungen schafft, in denen Selbstbestimmung verantwortungsvoll gelebt werden kann: durch einen verlässlichen Zugang zur Palliativversorgung, qualifizierte Beratung, eine sorgfältige Prüfung der Freiverantwortlichkeit und ausreichend Zeit für Gespräche. Erst wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann die notwendige Balance zwischen Autonomie, Fürsorge und dem Schutz vulnerabler Menschen gelingen.

Prof. Dr. med. Martin Neukirchen

Vorstandsmitglied
Deutsche
Gesellschaft für
Palliativmedizin
Kontakt:
martin.neukirchen
@palliativmedizin.de



Foto: © UKD

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.



Hessisches
Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

Ärztinnen und Ärzte, die eine Abteilung leiten bzw. eine Praxis in Hessen führen, sind verpflichtet, Informationen über die Krebsdiagnose und -behandlung an das Hessische Krebsregister (HKR) zu melden. In den HKR-Seminaren, die online als Webseminare angeboten werden, gibt es Hilfestellungen und Informationen rund um die Meldetätigkeit.

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 21.10.2026, 13:30–15:45 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Schulungsvideos auf YouTube	In dem YouTube-Kanal des Hessischen Krebsregisters stehen einige Schulungsvideos für die Tumordokumentation zur Verfügung.	YouTube-Kanal: @hessisches-krebsregister
Informationen auf LinkedIn	Auf LinkedIn informiert das Krebsregister über die hessenweite Krebsregistrierung.	LinkedIn-Profil: www.linkedin.com/company/hessisches-krebsregister

Weitere Termine finden sich auf der HKR-Website, eine vorherige Anmeldung ist erforderlich: www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Veranstaltungen
Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.

