



SEELSORGE UND ASSISTIERTER SUIZID

Eine Handreichung des Seelsorgeausschusses der VELKD

I. Inhaltsübersicht

1. Einführung in die Handreichung.....	1
2. Rechtliche Situation	5
3. Wem begegnen Seelsorgende und in welchen institutionellen Kontexten?	8
4. Seelsorgliche Haltung und pastoralpsychologische Reflexion	13
4.1 Seelsorgliche Haltung – grundsätzlich.....	13
4.2 Assistierter Suizid – persönlicher Zugang eines Krankenhausseelsorgers	14
4.3 Auf dem Weg zu einer Haltung zum assistierten Suizid – Beispiel einer Selbstreflexion	17
5. Psychosoziale Situationen und Phasen.....	20
6. Präventions- und Unterstützungssysteme	24
6.1 Unterstützungssysteme für Klient*innen	24
6.2 Unterstützungssysteme für An- und Zugehörige ..	26
6.3 Unterstützungssysteme für Seelsorgende	26
II. Begriffsklärungen.....	27
III. Literaturverzeichnis	30
Beitragende/Mitglieder des Seelsorgeausschusses ...	32
Impressum.....	32

1. Einführung in die Handreichung

„Am liebsten würde ich mir die Spritze geben; aber das darf man hier ja nicht. Da muss ich in die Schweiz fahren“.

Was für ein heftiger Einstieg eines Seelsorgegesprächs in einem Altenwohnheim! Die Reaktion des Seelsorgers darauf waren die Worte: „Das ist eine weite Reise.“ Und zugleich fragte er sich im Stillen, ob die Worte der älteren Dame wohl eher Empörung ausdrückten oder Entlastung – oder vielleicht beides zugleich? Oder hätte man ihr sagen sollen, dass die rechtliche Situation sich seit einigen Jahren verändert hat?

Zumal aus christlicher Perspektive die ethische Haltung zum Thema Suizid und assistiertem Suizid höchst ambivalent ist. Das christliche Menschenbild sieht den Menschen als geschaffen und sein Leben als Gabe Gottes an. Der Mensch gewinnt dadurch zentral Würde und Achtung, dass er Ebenbild Gottes ist, Gott zu ihm in einem vitalen Lebensverhältnis steht. Der Mensch macht das Leben nicht selbst, sondern es geschieht an, mit und in ihm. Zugleich führt christlicher Glaube in das Anliegen hinein, die Heilung jedes gebrochenen Lebens, sowohl psychisch, physisch als auch geistlich, in den Blick zu nehmen.

Was heißt Heilung und Würde des Menschen? Die Handreichung gibt keine ethische Antwort auf diese Frage, sondern beschreibt rechtliche Grundlagen und seelsorgliche Herausforderungen im Kontext von (assistiertem) Suizid. Konkrete Fallbeispiele sollen das Thema in seiner Ambivalenz zwischen Akzeptanz und Vorbehalt vor Augen halten.

Es ist gegenwärtig nicht mehr der Fall, dass ein klar erkennbarer Zaun rechtlicher Regelungen das Thema des assistierten Suizids einhegt und mit klarer Grenzziehung sowohl hindert als auch schützt.



Die Betonung des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und die Lockerung des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 haben dazu geführt, dass es aktuell und faktisch in Deutschland zu einer unklaren rechtlichen Handhabung des Themas kommt, weil die vom Bundesverfassungsgericht geforderten Bemühungen zur Reformierung der gesetzlichen Vorschriften zur Sterbehilfe bisher erfolglos verliefen.

Die Fragen nach der Möglichkeit eines assistierten Suizids werden häufiger und lauter – und sie haben tiefgreifende Bedeutung. Als Thema im eigenen Handlungsbereich tauchen sie angesichts der aktuellen rechtlichen Situation unter Umständen viel schneller auf, als das bisher erwartbar war. Auf einmal sind Denk-, Sprach- und Handlungsräume eröffnet, in denen die eigene Einstellung zu dem Thema in neuer Weise angefragt und die eigene seelsorgliche Haltung herausgefordert ist. Und auch Entscheidungen können plötzlich notwendig werden, ohne dass angemessen und in wünschenswertem Umfang Zeit und Raum zum Nachdenken zur Verfügung gestanden hätten.

Das Inhaltsverzeichnis ermöglicht Ihnen, eigene subjektive Einstiege in die Auseinandersetzung mit dem weiten Feld des assistierten Suizids zu wählen. Sie können dort gezielt verschiedene Fallbeispiele auffinden und aus unterschiedlichen Perspektiven auswählen. Beispiele, Reflexionen und Hinweise sind so gewählt, dass Schneisen der Annäherung an das Thema geschlagen werden, ohne einer bestimmten Perspektive einen Vorrang einzuräumen. Die Hinweise auf Texte und Schriften zum Thema im Anhang empfehlen wir gern zur vertiefenden Lektüre.

Was wahrscheinlich allen Begegnungen von Seelsorgenden mit in Fragen des assistierten Suizids Unterstützung Suchenden gemeinsam ist, ist die existentielle Zuspitzung. In solchen Konstellationen treffen die Ambivalenzen in der Person des Seelsorgenden auf unter Umständen ebenfalls vorhandene Ambivalenzen auf Seiten des betroffenen Menschen und in dessen Umfeld. Bei den seelsorgesuchenden Personen können sich Einstellungen ändern. Vom ersten Gedanken, Assistenz für den Suizid zu wünschen, bis zur festen Entscheidung und Umsetzung wird ein innerer und äußerer Weg beschritten. Diesen Weg gilt es sensibel und an jeder Stelle „ergebnisoffen“ zu begleiten. Daher

„sind die Pfarrpersonen [und weitere Seelsorgende] selbst darauf angewiesen, mit den eigenen Glaubensfragen und -zweifeln Teil der Kommunikation des Evangeliums zu bleiben“¹. Dass auch Seelsorgende in solchen Situationen eigene vertrauensvolle Gesprächspartner*innen brauchen, daran sei erinnert.

In dieser offenen Situation wendet sich der Seelsorgeausschuss der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands (VELKD) in kollegialer Absicht an die Pfarrpersonen unserer Kirchen und darüber hinaus an alle seelsorglich Tätigen, die direkt oder mittelbar mit der Frage nach der Begleitung von Menschen konfrontiert sind, die sich mit Gedanken eines assistierten Suizids tragen oder sich bereits dazu entschieden haben.

Die Verfasser*innen nehmen in dieser Handreichung mögliche Konfliktfelder und verschiedene Aspekte des Themas in den Blick, die sowohl auf Seiten der Patient*innen und der An- und Zugehörigen, wie auch auf Seiten der Seelsorgenden, zu Stolpersteinen werden können. Die innere Auseinandersetzung damit kann ebenso wie die offene Kommunikation darüber zu einer Stärkung der Fähigkeit beitragen, Widersprüchliches in sich (aus)halten zu können. Solche Ambiguitätstoleranz – das Aushalten von Mehrdeutigkeiten – ist für ein angemessenes Umgehen mit existentiellen Fragen von größter Bedeutung.

In diesem Sinne verstehen wir diese Handreichung als eine mögliche Quelle für konstruktive Auseinandersetzungen mit sich selbst wie auch mit Kolleg*innen. Wir verstehen sie nicht als eine Empfehlung für die eine oder andere Handlungsoption und auch nicht als handlungsleitende Agenda im Umgang mit Wünschen nach seelsorglicher Begleitung von Sterbewünschen. Sie stellt eine Ermutigung dar, aus der eigenen seelsorglichen Erfahrung das professionelle Potential für die besondere Situation des Wunsches nach Suizidassistenten zu schöpfen. Unser Anliegen ist eine kollegiale Anregung zum individuellen Zugehen auf jeweils konkrete Menschen in ihrer besonderen Situation.

1 Florian Sebastian Ehlert, Vom Seufzen der Kreatur. Pastoraltheologische Perspektiven für das seelsorgliche Handeln im suizidalen Feld, in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022, 205-222, 222.



Die Würde des Menschen ist, wie beschrieben, nach unserem Verständnis von der Ebenbildlichkeit Gottes bestimmt und darf nicht durch den gesellschaftlichen Wert eines Menschen oder durch dessen ökonomische Funktionen definiert werden.

Wir sind davon überzeugt, dass jeder Einzelfall uns dicht an ein anderes Leben heranführt, das in seiner bedingungslosen gottgegebenen Würde gesehen und verstanden werden möchte.

Selbstbestimmung ist dabei nicht Voraussetzung dieser Würde. Zugleich drückt sich diese Würde in der Freiheit des Menschen aus, wozu auch die Möglichkeit gehört, dass er sein Leben aus eigenem Willen beenden kann.

Konkretion zur Einführung

Die junge Kollegin einer kleinen Dorfgemeinde bittet mich als erfahrenen Kollegen um ein Gespräch an einem bestimmten Tag in 14 Tagen um 12.30 Uhr. Sie würde gern mit mir telefonieren. Um was es ginge?

Sie erzählt, die erwachsene Tochter (Frau A) einer älteren Dame (Frau B) aus der Gemeinde hat die junge Pastorin gebeten, mit ihr an diesem Tag um 11.00 Uhr in die Kirche zu gehen. Sie hat gesagt: „Dann wird meine Mutter eingeschläfert“. Sie würde dann gern mit der Pastorin die Zeit in der Kirche verbringen. Vielleicht könnten sie ein Gebet sprechen oder eine Kerze anzünden.

Frau A hat kaum noch Kontakt zu ihrer Familie gehabt. Es hat ein Zerwürfnis zwischen Mutter und Tochter gegeben. Die Tochter soll nicht anwesend sein, wenn ihre Mutter das entsprechende Medikament nimmt. Über den geplanten assistierten Suizid wurde sie jedoch informiert. Sie kennt also den Zeitpunkt, der in 14 Tagen sein soll und den Ort im elterlichen Haus. Ihr Bruder, der Sohn, wird dort sein.

Der Tod kommt nicht einfach wie am Ende des Lebens, sondern er ist geplant. Es gibt einen Termin. Mediziner und ein Anwalt sollen dabei sein.

Ich frage die junge Kollegin, wie es ihr damit gehe. Ob sie womöglich schon eine Haltung zur Situation habe. Sie weiß es noch nicht. Ist es wirklich nicht strafbar? Eigentlich möchte sie sich nicht beteiligen. Sie weiß noch nicht, was sie denken und fühlen soll. Doch als Pastorin will sie niemanden allein lassen. Sie hält es für ihre Pflicht, Frau A zur Seite zu stehen. Gleichzeitig fühlt sich ein Tod auf Termin für sie nicht richtig an.

Natürlich will sie sich die Zeit für Frau A nehmen. Gleichzeitig fragt sie sich, was man im Dorf darüber sagen wird, wenn man erfährt, dass sie von der Entscheidung wusste. Die Kollegin hat Sorge, dem angenommenen moralischen Konsens nicht zu entsprechen, den sie nicht wirklich beschreiben kann.

Der innere Zwiespalt wird deutlich. Wie gut, denke ich, dass sich die Kollegin auch um sich



selbst kümmert und ahnt, wie schwer es ihr fallen könnte und deswegen um Zeit für ein Gespräch bittet.

Sie überlegt, Frau B, die ältere Dame, noch einmal zu besuchen. Sie ist sich unsicher, ob sie erwünscht sein wird. Vielleicht wird sie als moralischer Gradmesser gesehen? Das ist sie vielleicht ja auch. Sie könne ja einfach dorthin gehen und die Familie fragen, ob ein Besuch passend sei.

Das Haus der alten Dame liegt fast gegenüber dem Pastorat. Der assistierte Suizid bleibt nicht mehr nur eine ethische Frage oder ein interessantes theologisches Thema, er rückt direkt in die Nachbarschaft. Mehr noch, im Kontakt verändert sich das Thema. Aus Theorie wird Praxis. Aus Reflexion wird Kontakt. Aus einer ethischen Frage wird ein existentieller Raum. Ein Raum, der nicht nach falsch und richtig fragt, sondern ein Raum, der von Sehnsucht und Hoffnung, von Angst und Trauer erfüllt ist. Es ist der Raum, den Seelsorger*innen betreten. Ein Raum, der die eigene Haltung zurückstellen kann.

Einige Tage später telefonieren wir ein zweites Mal. Die junge Kollegin hat die ältere Dame, Frau B, besucht. Frau B hat viel in dem Gespräch geweint. Geweint um ihr vergangenes Leben, geweint um ihre körperliche Not, und dass sie so nicht mehr leben kann. Die Kollegin hat dies mitausgehalten.

Sie respektiert die persönliche Entscheidung der alten Dame. Zu dieser Entscheidung solle sie auch ein Recht haben, denkt sie und gleichzeitig ist da der Gedanke, dass Gott Herr über Leben und Tod sei.

Auch ist die Entscheidung von Frau B nicht nur persönlich: Die Entscheidung betrifft gleichsam die Familie und hier die Tochter. Gerade, wo das Verhältnis gebrochen wirkt.

An dem besagten Tag geht die junge Kollegin mit der Tochter um 11.00 Uhr in die Kirche. Beide achten darauf, dass niemand im Dorf sie sieht. Irgendwie muss doch alles noch im Verborgenen gehalten werden. Scham und Schuld lese ich darin.

Sie lesen einen Psalm, beten und entzünden

eine Kerze. Sie verbringen gemeinsam die Zeit, während in der Nachbarschaft die Mutter stirbt.

Als die Kollegin mich zur verabredeten Zeit danach anruft, kann sie nicht sagen, wie es ihr geht. Eigentlich wie immer. Sie ist nicht besonders traurig noch besorgt, es ist nicht besonders friedvoll oder beunruhigend gewesen. Es gehe ihr gut – was auch immer „gut“ heißen mag.

Einige Wochen später frage ich die Kollegin, welche Informationen sie für die Situation aus einer Handreichung gebraucht hätte. Sie nennt Folgendes:

1. Ich hätte eine *rechtliche Klärung* gebraucht: Was meint der assistierte Suizid?
2. Welche *Gründe* könnte es für diese *Entscheidungen* geben und was spricht dagegen?
3. Wie ist *meine* Rolle in der Situation? Wie kläre ich die ethischen Themen der Angehörigen?
4. Wie kann die betroffene suizidwillige Person *frei* mit mir *darüber sprechen*?
5. Ich brauche die *Absicherung*, dass ich selbst *mit jemanden darüber sprechen kann*, denn ein solcher Tod ist „anders“. Es ist eben kein natürlicher Tod. Es ist ein unnatürlicher Tod. Es ist auch kein Freitod, kein Suizid. Was ist das Andere?



2. Rechtliche Situation

Im Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass das im Grundgesetz verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf „selbstbestimmtes Leben“ zusichere. Dies inkludiere ein Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“, wozu die Freiheit gehöre, Dritte um Hilfe zu bitten, die sog. Suizidassistenten. Diese Feststellung traf das Bundesverfassungsgericht in dem Urteil, in dem es § 217 StGB, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung untersagte, für verfassungswidrig und nichtig erklärte. Dadurch wurde eine sehr einschränkende Rechtsnorm aufgehoben. Suizidassistenten ist weiterhin möglich, die Rahmenbedingungen sind jedoch aktuell in keiner Rechtsnorm festgelegt. Hervorzuheben ist jedoch, dass Suizidassistenten immer freiwillig geschehen muss.

Konkret bedeutet dies, dass Ärzt*innen Suizidassistenten leisten dürfen. Dies ist die Folge der Nichtigerklärung des bisherigen § 217 StGB. Daraufhin wurden von der Bundesärztekammer 2021 folgende Hinweise formuliert:

*Eine Behandlungsbegrenzung war und bleibt erlaubt, da sie nicht durch den § 217 StGB geregelt war. Im ethischen Diskurs um das Thema Suizidassistenten wurden auch die Fachtermini angepasst (Die Behandlungsbegrenzung wurde z. B. früher als *passive Sterbehilfe* bezeichnet).*

*Tötung auf Verlangen (früher als *aktive Sterbehilfe* bezeichnet) bleibt gem. § 216 StGB strafbar, denn diese wurde ebenfalls nicht im § 217 StGB geregelt.*

Im Unterschied dazu ist die Beihilfe zur Selbsttötung (sog. Suizidassistenten) nicht strafbar, da auch die Selbsttötung nicht strafbar ist. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Ärzt*innen, die Suizidassistenten leisten, auch den Sterbeprozess begleiten dürfen und nicht mit dem Eintreten des Todes Rettungsmaßnahmen einleiten müssen. Dies gilt auch für die Vertreter*innen anderer Professionen, die Suizidassistenten anbieten. Gesetzlich ist nicht geregelt, wer beim Akt des Sterbens anwesend sein darf und wer nicht.

Welche Medikation ist in diesem Fall geeignet? Wie sind die Zugänge zu den Betäubungsmitteln geregelt? Diese offenen Fragen sind am dringlichsten für Ärzt*innen, die Suizidassistenten leisten möch-

ten. Denn der Zugang dazu ist derzeit nicht gesetzlich geregelt, es bedarf immer der Einzelfallentscheidung. Dies führt dazu, dass Ärzt*innen nach Alternativen suchen (müssen) und selbst bei der herausfordernden Situation der Suizidassistenten eine große Unsicherheit spüren.

Die Unsicherheit, die durch einen Suizidwunsch grundsätzlich in Beziehungen, Familiensystemen oder auch Einrichtungen hervorgerufen wird, wird aufgrund der unklaren gesetzlichen Lage für die Begleitenden und professionell Handelnden noch vergrößert. Für Betroffene bedeutet dies, dass eine angemessene und würdige Begleitung nur erschwert gewährleistet werden kann.

Mehr Sicherheit bietet nur eine gesetzliche Neuregelung, die derzeit noch aussteht. Im Juli 2023 konnte sich der Bundestag nicht auf eine Regelung einigen.

Das Urteil und auch die ausführliche Begründung zur Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts lösten eine breite gesellschaftliche Debatte aus. In Gemeinden, in Bildungseinrichtungen, in den vielfältigsten Bezügen der evangelischen Kirche in Deutschland wurde auch um die angemessene und christlich begründete Haltung dazu gerungen. Das Spannungsfeld Lebensschutz versus Ultima Ratio am Ende einer medizinischen Behandlung wurde auf vielen Ebenen diskutiert. Sehr intensiv war auch die Diskussion mit den verschiedenen Vertreter*innen der Diakonie, wobei die Mitarbeitenden in den diakonischen Einrichtungen konkret herausgefordert waren. Denn in jeder Einrichtung musste individuell formuliert werden, wie im eigenen Haus mit der Situation umgegangen werden sollte.²

Vorbereitend für die Abstimmung im Bundestag im Juli 2023 zur Neuregelung der Sterbehilfe wurde eine Stellungnahme des Rates der EKD über eine rechtliche Regulierung der Suizidbeihilfe veröffentlicht. Diese ist auf der Website der EKD einsehbar. Neben dem deutlichen Bekenntnis zum Lebensschutz wird in Abschnitt 4 dieser Stellungnahme auch formuliert, dass kirchliche Mitarbeitende den Wunsch eines Sterbewilligen respektieren sollten:

² Vgl. z. B. die Orientierung der Diakonie Sachsens: [21-62676-diakonie-pb-ethik-a5-rz-web.pdf](https://www.diakonie-sachsen.de/21-62676-diakonie-pb-ethik-a5-rz-web.pdf) (Abrufdatum: 15.03.2026).



„Zum Schutz des Lebens und zur Achtung vor dem einzelnen Menschen gehört auch, wenn eine Entscheidung für einen assistierten Suizid in einer Grenzsituation getroffen wird, die Umsetzung dieser Entscheidung im Rahmen des Rechts zu ermöglichen, dieser Person vorurteilsfrei zu begegnen und sie seelsorglich zu begleiten. Für diese Begleitung steht die evangelische Kirche bereit.“³

Auf der Website der Diakonie www.diakonie.de gibt es seit Mitte 2022 eine Orientierungshilfe für diakonische Einrichtungen. Eingebettet ist die Orientierungshilfe in der Forderung nach der Stärkung der Suizidprävention, wie sie vom Präsidenten der Diakonie, Rüdiger Schuch, formuliert wird:

„Uns ist es wichtig, dass Menschen in ihrer Einsamkeit, in Lebenskrisen und in ihrer Angst vor Schmerzen angesprochen, gehört und begleitet werden. Die Möglichkeiten, betroffenen Menschen wirksame Hilfe anzubieten, sind lange nicht ausgeschöpft. Deshalb setzen wir uns besonders für die Telefonseelsorge, den Ausbau der psychiatrisch-psychozialen Krisendienste, die Stärkung der Hospizarbeit und der Palliativversorgung sowie einen präventiven Hausbesuch ab 75 Jahren ein. Darüber hinaus brauchen wir mehr Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Suizid.“⁴

In der Orientierungshilfe selbst wird festgehalten:

„Die angemessenen Reaktionen des Umfeldes auf Sterbewünsche und suizidale Gedanken können mit dazu beitragen, dass es nicht zu einer Suizidhandlung kommt:

- ernst nehmen und zuhören
- zuwenden und da sein

- Anteilnahme am Schicksal des Gegenübers sowie Zeit und Raum für wahrhaftige Gespräche und Begegnungen.

Einer solchen Haltung kommt eine besondere Bedeutung zu.“⁵

Nach dieser Hinführung wird eine wichtige Differenzierung der sterbewilligen Menschen vorgenommen:

- „Menschen, die mit ihrem Wunsch [nach Suizid] eine seelische Notlage signalisieren.“⁶
- Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht weiterleben möchten.
- „schwer kranke und sterbende Menschen, die im Verlauf ihrer fortgeschrittenen, progredienten Erkrankung ein Stadium erreicht haben, das für sie subjektiv unerträglich ist.“⁷
- „prinzipiell ‚gesunde‘ Menschen, die nach persönlicher Abwägung einem berechenbaren Todesertritt den Vorzug vor einem Weiterleben geben.“⁸

Diese Unterscheidung ist in der diakonischen Arbeit wichtig, weil diese erste Kategorisierung hilft, möglichst angemessene Begleitungs-, Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen anzubieten und von Fall zu Fall zu entscheiden, wie mit dem Sterbewunsch adäquat umgegangen werden kann.

In der Folge werden Fallkonstellationen beschrieben, wie in einzelnen Einrichtungen mit dem Wunsch nach Suizidassistenz umgegangen werden kann. Mehrheitlich wird davon ausgegangen, dass es in begründeten Ausnahmefällen einer Einzelperson ermöglicht wird, für sich eine Suizidassistenz zu organisieren. Die aktive Unterstützung durch die Einrichtung ist nicht vorgesehen.

3 Vgl. Stellungnahme des Rates der EKD im Vorfeld der Entscheidung des Bundestages über eine rechtliche Regulierung der Suizidbeihilfe, 2023, unter: <https://www.ekd.de/stellungnahme-rat-suizidbeihilfe-79346.htm> (Abrufdatum: 15.03.2026).

4 Rüdiger Schuch, zit. n. Die Würde der Sterbenden – Debatte zum selbstbestimmten Sterben, 2023, unter: <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2023/juni/die-wuerde-der-sterbenden-debatte-zum-selbstbestimmten-sterben> (Abrufdatum: 15.03.2026).

5 „Ich bin ein Gast auf Erden“ Psalm 119,19. Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie, 9, unter: https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_HomePrint.pdf (Abrufdatum: 15.03.2026).

6 A. a. O., 10.

7 Ebd.

8 Ebd.



Ein zweiter wichtiger Impuls der Orientierungshilfe macht deutlich, dass betroffene Personengruppen wie „An- und Zugehörige, Mitbewohner*innen, Mitgäste, Mitpatient*innen und Mitklient*innen, aber auch die Mitarbeitenden“⁹ entsprechend informiert werden und gegebenenfalls ein Gesprächsangebot erhalten sollten, je nach individueller Regelung der jeweiligen kirchlichen oder diakonischen Einrichtung.¹⁰

9 A. a. O., 25.

10 Vgl. bspw. die Website „Denkraum: Assistierter Suizid“ der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern unter: <https://www.denkraum-assistierter-suizid.de> (Abrufdatum: 15.03.2026).

Konkretion zur rechtlichen Situation

Die Erkrankung einer schwerst-mehrfach behinderten Frau, die in einer Einrichtung wohnt, in der ich als Pastor angestellt bin, wird als final eingestuft. Sie kann aber medikamentös gut eingestellt werden und könnte so aller Voraussicht nach noch lange Zeit leben.

Nach nicht allzu langer Zeit beginnt die Bewohnerin, die Nahrungsaufnahme zu verweigern, indem sie beim Anreichen des Essens den Mund fest verschließt. Auch Flüssigkeit möchte sie nicht mehr zu sich nehmen.

Die gesetzliche Betreuerin und der betreuende Hausarzt entscheiden gemeinsam, zur Ernährung eine PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie) zu legen. Bereits nach kurzer Zeit verkrampft die Bewohnerin aktiv ihre Muskulatur, wodurch die sichere Durchführung der Ernährung über die PEG nicht mehr möglich ist und eine ausreichende Nahrungszufuhr nicht gewährleistet werden kann.

Ich leite eine Ethische Fallbesprechung, in der die gesetzliche Betreuerin, der Hausarzt und die pflegenden Mitarbeitenden anwesend sind. Die Anwesenden einigen sich darauf, die PEG zu entfernen – mit der Konsequenz, dass daraufhin nach einigen Tagen der Tod eintreten wird.

Die Empfehlung der Ethischen Fallbesprechung ist einstimmig und die Beteiligten versichern einander, dass sie sich durch diese gemeinsame Besprechung getragen fühlen. Insbesondere der Hausarzt als derjenige, der die PEG entfernen wird, betont, wie wichtig ihm dieser Rückhalt sei.

Am nächsten Tag entfernt der Hausarzt die PEG. Anwesend sind dabei die gesetzliche Betreuerin, einige Mitarbeitende, die die Bewohnerin lange begleitet haben, und auch ich.

Es ist deutlich zu beobachten, wie sich der Körper der Bewohnerin nach dem Entfernen der PEG entspannt, wie ihr Atem ruhiger wird und auch die Mimik der Bewohnerin sich löst und friedlich wirkt.

Entgegen der Erwartung von einigen Tagen verstirbt die Bewohnerin unmittelbar am nächsten Tag und schläft im wahrsten Sinne des Wortes friedlich ein.



3. Wem begegnen Seelsorgende und in welchen institutionellen Kontexten?

Die Entscheidung für einen assistierten Suizid ist nicht nur eine rein individuelle Angelegenheit. Assistierter Suizid und Seelsorge sind vielmehr immer eingebunden in soziale Kontexte und institutionelle Rahmenbedingungen. Kontexte bestimmen bewusst oder unbewusst das Handeln und die ihm zugrundeliegenden Haltungen; Institutionen gehorchen zudem eigenen regulativen Ideen und strukturieren mögliche Abläufe vor. Christoph Morgenthaler spricht von einem „Problemsystem“, in dem sich Personen aus je unterschiedlichen Perspektiven zum Thema assistierter Suizid oder zu einem konkreten Fall „direkt oder indirekt verhalten müssen“.¹¹ Neben institutionellen Kontexten sind die beteiligten Personen von ihren je eigenen und unterschiedlichen kulturellen, religiösen und moralischen Einstellungen geprägt, die sie kommunikativ eintragen.

Zu dem „Problemsystem“ gehören:

- die Familie und die Angehörigen, aber auch Nachbarn, Freunde und Bekannte,
- Institutionen wie Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize und deren Mitarbeitende, Verwaltungen und Leitungen,
- unter Umständen sind in die Suizidassistenz auch Sterbehilfeorganisationen eingebunden, die ihre je eigenen Organisationslogiken verfolgen,
- schließlich gehört auch die Kirche zum sozialen Kontext, als deren Vertreter*in die seelsorgende Person verstanden wird. Dazu gehört auch die Kirchengemeinde, in der Seelsorger*innen in ihrem Umgang mit dem strittigen Thema der Suizidassistenz wahrgenommen und u. a. angefragt werden.¹²

Alle diese institutionellen Kontexte bieten Räume und Chancen für das, was die christliche Seelsor-

ge einbringen kann; zugleich birgt die Komplexität auch Reibungsflächen und Konfliktpotential. Dazu können auch konträre Positionen gehören, die auf der Wahrnehmung des primären institutionellen Auftrags beruhen.¹³ Welche Ressourcen stehen für wen und von wem zur Verfügung, um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden?

„Seelsorge selbst ist eine wichtige Ressource, die es zu kommunizieren gilt: Sie ist eine Form der sozialen Unterstützung, sie kann hilfreiche Rituale und Traditionen im Umgang mit Kontingenz zur Verfügung stellen, sie trägt beratend zur Klärung der Situation und unterschiedlichen Bedürfnissen bei, kann in Konflikten vermittelnd wirken und realisiert eine Präsenz, die in Gottes unbedingtem Ja gründet.“¹⁴

Person mit Sterbewunsch

Ein Mensch trägt sich mit dem Gedanken, durch assistierten Suizid aus dem Leben zu gehen. In dieser Situation wendet er sich mit der Bitte um ein Gespräch an die seelsorgende Person. Zunächst wird sie erfahren, an welcher Stelle dieser Mensch mit seinen Überlegungen und Fragen steht.¹⁵

- Im Stadium der Annäherung an diese Entscheidung, in der Pro und Contra abgewogen werden und von der seelsorgenden Person auch Antworten auf geistliche und ethische Fragen erwartet werden, etwa: „Straft mich Gott, wenn ich dies tue?“, „Ich bin doch trotz allem in Gottes Hand, oder?“, „Darf ich mein Leben so wegwerfen?“, „Ist dieser letzte Schritt nicht Ausdruck meiner Freiheit, die ich von Gott bekommen habe?“. Es kann durchaus sein, dass von der seelsorgenden Person auch die Stärkung alternativer Perspektiven erhofft bzw. erwartet wird.
- Im Stadium der Entscheidung, in der der Entschluss des Menschen feststeht, durch assistierten Suizid aus dem Leben zu gehen, kann die Frage an die seelsorgende Person sein: „Begleiten Sie mich? Kann ich mich auf Sie verlas-

¹¹ Christoph Morgenthaler, Seelsorge bei assistiertem Suizid. Erfahrungen und konzeptionelle Überlegungen aus der Schweiz, in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 95-112, 105.

¹² Zu den unterschiedlichen Elementen des Problemsystems vgl. a. a. O., 105ff.

¹³ Vgl. dazu a. a. O., 108-111.

¹⁴ A. a. O., 107.

¹⁵ In Kapitel 5 wird ausführlicher auf die verschiedenen Phasen eingegangen.



sen, dass Sie mir zur Seite stehen bis zuletzt?“. Im Zentrum steht also der Wunsch nach einem verlässlichen Mitgehen der seelsorgenden Person auf dem Weg zur Umsetzung.

- Im Stadium der Realisierung könnte die Frage sehr direkt heißen: „Können Sie kurz vor dem feststehenden Sterbetag mit mir und meiner Familie ein letztes Abendmahl feiern? Können Sie mich segnen, bevor ich sterbe?“ Auch die Bitte, während der Selbsttötung anwesend zu sein und Beistand zu leisten, kann geäußert werden. Hier geht es um ein Dasein der seelsorgenden Person in der konkreten Situation.¹⁶

In jedem Fall ist die seelsorgende Person gefragt, sich dem Menschen in seiner Not, mit allen Fragen, seiner Angst, Unsicherheiten und auch dem festen Entschluss, so zu sterben, zuzuwenden. Sie ist gefragt, diesen Menschen auf seinem Weg zu begleiten, ohne seinen Entschluss zu verurteilen. Dabei wird die seelsorgende Person mit sich selbst, mit ihren eigenen Haltungen und Einstellungen zum Thema konfrontiert.

Seelsorgende Person

Für die Seelsorgerin oder den Seelsorger geht es darum, dieses komplexe System wahrzunehmen. Wo ist meine Position? Was ist mein Auftrag? Für wen bin ich Seelsorgerin bzw. Seelsorger? Denn das Bedürfnis nach und die Bitte um Seelsorge kann nicht nur von der sterbewilligen Person ausgesprochen werden. Kinder und andere Angehörige, Ärzt*innen und Pflegenden, Mitarbeitende von Hospizen, aber auch Mitbewohner*innen und Zimmernachbar*innen können in Kontakt zu der sterbewilligen Person stehen, sind emotional involviert, haben ihre ganz eigenen Einstellungen zum Thema assistierter Suizid und können ihrerseits um Seelsorge bitten. „Seelsorger*innen müssen solche Aufträge bewusst wahrnehmen und ihren Auftrag im Schnittbereich dieser Erwartungen selbst bestimmen und kommunikativ umsetzen.“¹⁷

Um den Menschen zugewandt und annehmend, aber ebenso authentisch begegnen zu können, muss die seelsorgende Person sich mit ihren eigenen Fragen und ihrer Haltung zu Sterben, Leid, unerträglichen Schmerzen, Angst vor dem Verlust

von Würde und der Abhängigkeit von Pflegenden auseinandersetzen. Obwohl dies in der Vorstellung nur bruchstückhaft gelingen wird, ist es wichtig, sich in die Situation des Gegenübers hineinzuversetzen.

Eine grundsätzliche Ablehnung eines assistierten Suizids aufgrund theologischer, ethischer oder geistlicher Bedenken kann nach evangelischem Verständnis von Seelsorge keine Begründung dafür sein, einem Menschen in einer seelischen Notlage nicht beizustehen.

An- und Zugehörige

Im Kontakt mit nahen und auch ferneren An- und Zugehörigen begegnet der seelsorgenden Person die ganze Palette der Gefühle und Fragen, die eine solche Entscheidung oder auch nur die Überlegung in Richtung eines assistierten Suizids hervorrufen:

- Erschrecken, dass der geliebte Mensch keinen Lebenswillen mehr hat,
- Angst, durch den Tod der anderen bzw. des anderen alleingelassen zu werden,
- Verletztheit, dass die kranke Person mir keine liebevolle und verlässliche Pflege zutraut,
- Sorge, den geliebten Menschen leiden zu sehen und ihm daher ein schnelles und sanftes Ende zu wünschen,
- Verwirrung und Erstarrung durch viele gegensätzliche und ambivalente Gefühle (Verständnis und gleichzeitig Ablehnung des assistierten Suizids),
- Scham und die Unfähigkeit, mit anderen über das Thema zu sprechen,
- Gefühl der Schuld, der Angehörigen nicht ausreichend beigestanden zu haben oder auch aufgrund der „Erleichterung“, die Bürde einer Krankheit nicht mehr mittragen zu müssen,
- Zwang, den anderen von seinem Vorhaben abbringen zu müssen, da ein solcher Tod nicht akzeptiert ist,
- Wut darüber, dass andere Personen mich in ein solches Wechselbad von unerträglichen Gefühlen stürzen,

¹⁶ Zu den verschiedenen Stadien vgl. a. a. O., 97ff.

¹⁷ A. a. O., 107.



- Hoffnung, dieser Tod könnte eine wirkliche Erlösung sein,
- Gefühl, die Freiheit der betroffenen Person berücksichtigt zu haben und den Übergang in den Tod gemeinsam zu gestalten.

Nahe An- und Zugehörige werden in vielen Fällen das Auf und Ab der kranken und sterbewilligen Person miterleben und miterleiden. Daher kann es wichtig sein, offen für Gespräche auch mit den An- und Zugehörigen zu sein, sich ihnen zuzuwenden, ihre Ängste und Fragen aufzunehmen und ihnen Raum zu geben. Nicht immer wird es zu einem Einverständnis mit dem Sterbewunsch einer anderen Person kommen. Spannungen werden stehen bleiben und müssen ausgehalten werden.

*Ärzt*innen, Pflegepersonal, Mitarbeitende eines Hospizes*

Befindet sich der sterbewillige Mensch in einem Krankenhaus, einem Alten- und Pflegeheim oder in einem Hospiz, betrifft die Entscheidung für und die Durchführung eines assistierten Suizids immer auch die Ärzt*innen, die Pflegekräfte oder Mitarbeitenden der Einrichtung. Ihre Aufgabe ist es, die Patientin bzw. den Patienten zu pflegen, Erleichterungen zu schaffen, Schmerzen zu lindern, ein Sterben in Würde zu begleiten – und damit Hilfe und Zuversicht zu geben. Dies ist der Inhalt ihrer täglichen Arbeit, so erleben sie ihre Selbstwirksamkeit. Auch bauen sie in vielen Fällen eine mehr oder weniger intensive Beziehung zur Patientin bzw. zum Patienten auf. Durch die Entscheidung zum und Durchführung des assistierten Suizids können sie sich in ihren Bemühungen um die Patientin bzw. den Patienten sehr zurückgestoßen fühlen. Sie können sich als ohnmächtig erleben, da all ihre Unterstützung nicht dafür ausgereicht hat, dass dieser Mensch die letzte Strecke seines Lebens annehmen kann. Doch genauso kann Verständnis für diese Entscheidung da sein, da dieser Personenkreis die körperlichen und psychischen Qualen eines Menschen unmittelbar miterlebt.

Die Situation der behandelnden Ärzt*innen wahrzunehmen, sich Zeit für sie zu nehmen und ihre Arbeit wertzuschätzen, kann ebenso eine wichtige Aufgabe der Seelsorge sein. Nach der gegenwärtigen Rechtslage und gemäß den Hinweisen der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang

mit Suizidalität¹⁸ liegt es in der individuellen Entscheidung und Verantwortung des medizinischen Fachpersonals, wie mit dem Wunsch nach Suizid-assistenz umgegangen wird.¹⁹

Seelsorger*innen können institutionelle Rahmenbedingungen mitgestalten. Alten- und Pflegeheime, Hospize wie auch Krankenhäuser regeln in Leitbildern und Richtlinien ihren Umgang mit assistiertem Suizid (Stichwort: Ethik-Komitee o. Ä.). Sie sind nicht selten in die Entwicklung solcher Regularien eingebunden und können mit dafür Sorge tragen, dass die ethischen Standards der Ethik-Komitees und die christliche Überzeugung des Werts jeder Person zur Geltung kommen.

Menschen aus dem sozialen Umfeld

Wenn Menschen im unmittelbaren Wohnumfeld eines Sterbewilligen von der Durchführung eines assistierten Suizides erfahren, kann dies für die meisten zunächst ein Schock sein. Unverständnis, Ängste, Empörung, aber auch Verständnis bis hin zu Respekt für diese Entscheidung können Menschen bewegen. Ein assistierter Suizid wird im Wohnumfeld auf jeden Fall Gegenstand von Gesprächen sein. Der seelsorgenden Person können verunsicherte und betroffene Menschen begegnen. Dieses Thema berührt jeden Menschen, denn wenn der Tod ganz nah kommt, wird immer auch die eigene Endlichkeit bewusst. Handelt es sich beim nahen Tod um den assistierten Suizid, so ist auch die eigene Betroffenheit mit dieser Perspektive versehen.

¹⁸ Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, in: Deutsches Ärzteblatt 118/29-30 (2021), A1428-1432, unter: <https://api.aerzteblatt.de/pdf/118/29/a1428.pdf> (Abrufdatum: 15.03.2026).

¹⁹ Zu den gängigen ethischen Standards vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in: Ethik Med 22 (2010), 149-153 (DOI 10.1007/s00481-010-0053-4).



Konkretion zu den An- und Zugehörigen

Ich bekam in der letzten Woche eine Einladung zu einer Ethischen Fallbesprechung in einem Altenpflegeheim. Die Einrichtungsleitung des Pflegeheims und die Kinder eines Bewohners hatten um das Gespräch gebeten.

Herr K wohnt im Pflegeheim seit seinem letzten Krankenhausaufenthalt im Juli 2024. Ich kenne Herrn K aus mehreren Besuchen sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim, bei denen er mir jedes Mal von seinem Suizid-Wunsch erzählte. An mich direkt gerichtet auch die Frage, ob ich ihm irgendwie dabei „helfen“ könne.

Ich habe mit ihm an verschiedenen biographischen Themen seines Lebens gearbeitet und bzgl. des Suizid-Wunsches erklärt, dass ich keine Möglichkeit durch hiesige Ärzte sehe. Wenn es sein Wille sei zu sterben, dann könne er sich evtl. an einen Sterbehilfverein wenden und sich dort dazu informieren.

Herr K ist 84 Jahre alt, seine Ehefrau ist vor 4 Jahren verstorben, er selbst ist multimorbid erkrankt.

Er hat eine Tochter und einen Sohn, die gemeinsam mit der Einrichtungsleitung und der begleitenden Sozialarbeiterin, einer Ärztin, einer leitenden Pflegefachkraft und mir als Seelsorgerin an dem Gespräch des Ethik-Komitees teilgenommen haben.

Da auf Anfrage Herr K seinen Willen selbstständig und orientiert formulieren kann, bitten wir die Familie zunächst darum, dass auch Herr K am Ethik-Gespräch teilnimmt.

Die Tochter berichtet, dass Herr K kürzlich Mitglied eines Sterbehilfvereins geworden ist und er aus dem Leben treten möchte. Dies sei dann nach Ablauf einer Frist von sechs Monaten möglich.

Herr K bestätigt den Wunsch und erklärt, dass er überhaupt keinen Sinn mehr in diesem Leben sehe.

Herr K hatte sich in der Vergangenheit schon mit dem freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit beschäftigt. Dies möchte er nicht, weil er sich dies sehr grausam vorstellt. Ebenfalls wurde über das Absetzen sämtlicher Medikamente gesprochen. Davon riet die

im Ethik-Komitee beisitzende Ärztin ab, weil dann die Gefahr eines möglichen Schlaganfalls bestünde und damit das Risiko für ein noch größeres Leiden einhergehe, das nicht zwangsläufig zum Tod führe.

Die Ärztin des Ethik-Komitees befragt die Tochter und den Sohn, wie es ihnen mit dieser Entscheidung des Vaters ginge. Im Hinblick auf das eigene Weiterleben nach dem herbeigeführten Tod des Vaters müssten sich Angehörige diese Frage stellen und zwar vor allem für sich selbst.

Unter Tränen erzählt die Tochter, dass sie die Entscheidung des Vaters akzeptiere. Sie aber nicht sagen könne, ob es ihr später gut damit gehe. Herr K sagte in einem Nebensatz: „Ich lege mein Leben in die Hände meiner Tochter. Sie hat Vorsorgevollmacht und macht alles für mich.“ Im weiteren Gespräch klärt sich, dass es immer schon so war, dass alles zu laufen hatte, wie es sich der Vater wünschte. „Er war Chef in seiner Firma und auch zu Hause sagte er, wo es lang ging.“

Wir weisen die Kinder darauf hin, dass diese Entscheidung einzig und allein vom Vater zu treffen ist. Die Verantwortung liegt bei ihm und dass sie als Kinder das „Recht“ auf eine eigene Meinung zum Suizid des Vaters haben. Im Verlauf teilt die Tochter mit, dass ihr dadurch eine große Last genommen werde. Sie mache sich schon Gedanken um mögliche Reaktionen von Bekannten, wenn sie vom Freitod des Vaters hören würden, den sie als Kinder „in die Wege geleitet“ hätten.

Es erfolgt eine Klärung bzgl. der Unterstützung durch Krankenhausärzte: Im Kodex des nahegelegenen Krankenhauses haben sich die Ärzte verpflichtet, dass sie keine Beihilfe zum Sterben leisten.

Wir sprechen direkt mit Herrn K über mögliche unverarbeitete Trauer nach dem Tod seiner Ehefrau.

Herr K wirkt nicht depressiv, aber um auszuschließen, dass eine psychische Erkrankung mit dem Sterbewunsch einhergeht, soll dies durch einen neurologischen/psychiatrischen Befund geklärt werden. Einer solchen Untersuchung stimmt Herr K zu.



Die Einrichtungsleitung möchte mit dem Träger des Altenheims klären, ob ein assistierter Suizid in dem Heim stattfinden darf. Alternativ könnte Herr K mit dem Sterbehilfeverein dazu in seine alte, noch vorhandene Wohnung gehen.

Herr K äußert sich dahingehend, dass dies möglich sei, dass er gern seine Kinder dabeihaben möchte, wenn er aus dem Leben tritt.

Wir empfehlen eine Prüfung der Hausärztin zur palliativen Diagnostik. In diesem Fall könnten andere Medikamente verordnet werden, die Herrn K die verbleibende Zeit seines Lebens erleichtern. Die Familie ist mit dem weiteren Vorgehen sehr einverstanden. Nach 70 Minuten ist das Gespräch beendet.

Wir besprechen im Anschluss des Gesprächs im Team, welchen Eindruck wir bzgl. der Eindeutigkeit des Sterbewunsches haben. Gibt es etwas, was ihn noch am Leben hält? Aufgrund der Diagnosen hätte er schon längst verstorben sein können.

Ein Fazit ist: Die Frage, ob unter dem Dach eines Pflegeheims ein assistierter Suizid durchgeführt werden kann, ggfs. mit Unterstützung eines Sterbehilfevereins, wird jedes Haus für sich klären müssen. Wir sind als Ethik-Komitee sicher, dass solche oder ähnliche Situationen in Zukunft häufiger in der Praxis vorkommen werden.



4. Seelsorgliche Haltung und pastoralpsychologische Reflexion

4.1 Seelsorgliche Haltung – grundsätzlich

Definition von Seelsorge

Seelsorge ist nach dem Kirchengesetz zum Schutz des Seelsorgegeheimnisses der Evangelischen Kirche in Deutschland (§2 Abs. 1 SeelGG) „aus dem christlichen Glauben motivierte und im Bewusstsein der Gegenwart Gottes vollzogene Zuwendung. Sie gilt dem einzelnen Menschen, der Rat, Beistand und Trost in Lebens- und Glaubensfragen in Anspruch nimmt, unabhängig von dessen Religions- bzw. Konfessionszugehörigkeit. Seelsorge ist für diejenigen, die sie in Anspruch nehmen, unentgeltlich.“

Seelsorge ist in diesem Verständnis ein Beziehungsbegriff. Er beschreibt eine besonders qualifizierte Begegnungssituation einer Seelsorgeperson mit einem Menschen, die vor dem Horizont des Glaubens an den gnädigen Gott geschieht. Es sollen und müssen von der Seelsorge keine Zwecke erfüllt werden, die über das seelische Bedürfnis der Seelsorgesuchenden hinausgehen. Es geht um anteilnehmende, ermutigende und stärkende Zuwendung zum Mitmenschen, insbesondere bei dem Thema assistierter Suizid.

Seelsorge ist eine Kernaufgabe und Kernkompetenz der Kirche. In der Ausbildung zum Pfarrberuf oder anderen kirchlichen Berufen wird professionelle seelsorgliche Kompetenz erworben, die theologischen, psychologischen und ethischen Standards unterliegt und eine auftrags- und rollengerechte Haltung voraussetzt.

Seelsorge als gesprächsweise Begleitung von Menschen

Michael Klessmann spricht von Seelsorge als einer „gesprächsweisen Begleitung von Menschen in den Wechselfällen ihres Lebens im Horizont des christlichen Glaubens“.²⁰ Seelsorge ist eine wechselseitige Einladung zum Gespräch.

Wolfgang Drechsel beschreibt Seelsorge als ein Zu-Gast-Sein in der Lebensgeschichte eines anderen Menschen. Das Gegenüber ist Gastgeber*in. Seelsorge vollzieht sich als ein Beziehungsgeschehen im Angesicht Gottes, dies prägt nicht nur die Wahrnehmungsperspektive, einen Menschen mit seinem Leben im Licht Gottes zu sehen, sondern auch die Haltung der seelsorgenden Person, die Eigenständigkeit einer Person zu respektieren: „Du bist ein eigenständiges Subjekt im Lichte Gottes, und [...] ich versuche, Deine Sprache zu lernen“.²¹

Ich kann grundsätzlich nicht wissen, wie ein anderer Mensch lebt, fühlt, handelt. Deshalb, wenn ich es wissen, mitfühlen und verstehen möchte, muss ich diesem Menschen begegnen, in Beziehung treten. Seelsorgliche Begleitung beinhaltet ein Aushandeln des Kontakts, der Gelegenheit, des Anlasses.

Selbstwirksamkeit und Kontingenzerfahrung

Seelsorge ist grundlegend dazu da, Menschen annehmend und anteilnehmend in ihrer Selbstreferenz und Selbstwirksamkeit zu stärken oder Kontingenzerfahrungen sowie Unlösbares mitauszuhalten. Seelsorge hat mit Macht- und Ohnmachtserfahrungen zu tun, sowohl auf der Seite der Seelsorge suchenden Person als auch aufseiten der Seelsorgeperson selbst.

Rolle der Seelsorge gewährenden Person

Personen, die zur Seelsorge beauftragt sind, vereinen in ihrem Berufsbild eine Vielzahl unterschiedlicher Rollen. Je nach Berufsgruppe und Einsatzort können diese Rollen sehr unterschiedlich in ihrer Art und Vielzahl sein und in Spannung zueinanderstehen. Rollenspannung muss bewusst wahrgenommen und ausgehalten werden. Aufgabe und Verantwortung der Seelsorge gewährenden Person ist es, gegenüber der Seelsorge suchenden Person für Rollenklarheit zu sorgen.

Rollendiffusionen oder -unklarheiten können einen Missbrauch von Seelsorge begünstigen. Denn in asymmetrischen Beziehungs- und Machtverhältnissen hat es ein Gegenüber besonders schwer, eigene Grenzen zu behaupten und zu

²⁰ Michael Klessmann, *Verschwiegene Macht. Figurationen von Macht und Ohnmacht in der Kirche*, Göttingen 2023, 233.

²¹ Wolfgang Drechsel, *Die Vielfalt der seelsorglichen Praxis als Grundlage der Frage nach der Seelsorge*, in: Ders./Sabine Kast-Streib (Hg.), *Seelsorgefelder. Annäherung an die Vielgestaltigkeit von Seelsorge*, Leipzig 2017, 101-124, 123.



wahren. Sorgebeziehungen tendieren prinzipiell zur Asymmetrie; darum ist Seelsorge besonders gefährdet, übergriffig zu werden.

- Grundlegende Fragen sind:
 1. Wie geschützt ist der Raum, der Rahmen, in dem ein Gespräch stattfindet?
 2. Welche Rollenzuschreibungen oder gesellschaftlichen Setzungen gibt es, ohne dass sie ausgesprochen werden? Insbesondere bei dem Thema des assistierten Suizids sollten solche Fragen mitbedacht und vielleicht sogar zur Sprache gebracht werden.
 3. Wer hat die Deutungshoheit in einem Gespräch? Nimmt die Seelsorge gewährende Person eine Deutungshoheit für sich in Anspruch oder überlässt sie die Deutungshoheit der Seelsorge suchenden Person?
- Seelsorge gewährende Personen sollten die Fähigkeit besitzen, Mehrdeutigkeit und widersprüchliche Aussagen oder Handlungen der Seelsorge suchenden Person zu akzeptieren und mitaushalten zu können. Diese Fähigkeit wird als Ambiguitätstoleranz bezeichnet. Gerade in der Begleitung von Menschen mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid ist diese Toleranz wichtig, da sich in der Widersprüchlichkeit und Mehrdeutigkeit von Aussagen eine Suchbewegung abbildet.

Seelsorge als Resonanzgeschehen

Seelsorge ist ein gegenseitiges Resonanzgeschehen und bewegt sich auf einem schmalen Grat zwischen Macht und Ohnmacht, zwischen zugewandter Authentizität und professioneller Distanz, deshalb sollte eine Seelsorge gewährende Person in der Selbst- und Fremdwahrnehmung geschult sein, damit „Seelsorge absichtslos Räume der unbedingten Wertschätzung und der Lebensdeutung eröffnet“²².

Seelsorge wird dann als heilsam erfahren, wenn Menschen im Gespräch die Freiheit spüren, andere Lebens- und Handlungsmöglichkeiten zu entdecken, im Gespräch schon einmal erproben zu können, um eigene Entscheidungen zu finden und überprüfen zu können. Dies ist eine Stärkung der Selbstwirksamkeit der Person.

Und Seelsorge wird dann als hilfreich erfahren, wenn ein anderer Mensch da ist, der unsagbares Leid, Schmerz, Sinn- und Hilflosigkeit bedingungslos mitaushält. Dies wird in der Seelsorge als „Containing“ bezeichnet, jenes mitzutragen, was nicht zu ertragen ist. Stärkung der Selbstwirksamkeit und „Containing“ sind zwei Aufgaben der Seelsorge, die zueinander gehören und sich aufeinander beziehen. Seelsorge kann in gutem Sinn Begegnungsraum sein, in dem Menschen auf der Suche nach Sinn oder Lösungen ihre eigene Deutungshoheit erfahren.

Seelsorge und Ritualkompetenz

Nach Isolde Karle liegt eine Stärke des Christentums darin, „ausgesprochen sensibel für die Fragmentarität und Verletzlichkeit des Lebens“²³ zu sein. Bei christlicher Seelsorge geht es „nicht nur um Sinnerfüllung und Well-Being, sondern in Situationen, die dies erfordern, auch um ein Aushalten von Sinnlosigkeit“²⁴.

Neben und zu der gesprächsweisen Begleitung eines Menschen im Horizont des christlichen Glaubens kann im Einzelfall auch ein Ritual oder eine rituelle Handlung treten. Rituale sind nach Karle „Sinnformen des kulturellen Gedächtnisses“²⁵, sind soziale Akte der Kommunikation, durch die Menschen mit in ein Geschehen hineingenommen werden. Wer ein „Ritual mitvollzieht [...], bleibt davon in der Regel nicht unberührt, auch wenn er oder sie innerlich zweifelt oder sich in Distanz zum Glauben währt“²⁶.

Christliche Seelsorge verfügt über eine hohe Ritualkompetenz durch Formen wie Gebet, Salbung, Segnung, durch Taufe oder Abendmahl, durch Symbole wie Licht, Wasser, Kreuz, durch Worte, biblische Texte als verdichtete Erfahrung von Lebensgeschichte.

In einem gegenseitigen Resonanz- oder Beziehungsgeschehen zwischen Seelsorge suchender und Seelsorge gewährender Person kann es sich ereignen, dass ein Ritual oder eine rituelle Form gesucht oder ausdrücklich erbeten wird. Zum Lebensende hin wünschen Menschen sich oftmals ein Ritual des Übergangs für sich und andere.

²² Klessmann, *Verschwiegene Macht*, 266.

²³ Isolde Karle, *Praktische Theologie*, Leipzig 2020, 86.

²⁴ A. a. O., 87.

²⁵ A. a. O., 318.

²⁶ A. a. O., 319.



4.2 Assistierter Suizid – persönlicher Zugang eines Krankenseelsorgers

„Hast Du schon eine innere Position zum Thema assistierter Suizid gefunden?“, fragt mich eine Kollegin, der ich erzähle, dass wir auf der Palliativstation dieses Thema besprechen.

Meine Antwort: „Nein. Und ich werde hoffentlich auch keine Position finden“.

Zugegeben, das Thema verführt zu einem „Für oder Wider“, doch das Leben und das Sterben geschieht nicht in den Farben von schwarz und weiß.

Eine Positionierung würde bedeuten, dass ich über eine Entscheidung, ob ein Mensch sein Leben weiterführt oder es beenden darf, urteilen könnte. Aber ich bin Seelsorger und nicht Richter. Meine Aufgabe ist es, Menschen in ihren unterschiedlichen Lebensphasen anteilnehmend zu begleiten. Der seelsorgliche Kontakt ist vergleichbar mit einem Raum des Vertrauens. Ein Raum, der mit der Gegenwart Gottes rechnet und den anderen als auch mich mit den liebenden und barmherzigen Augen Gottes ansieht. Hier bekommen die Fragen, Zweifel, Ängste, Hoffnungen, Gedanken und inneren Widerstände ihren Raum. Doch nicht nur die meines Gegenübers. Ich selbst bin gleichsam Teil des Raums mit meinen Gedanken, Fragen, Hoffnungen und Ängsten.

Meine Aufgabe ist, auch Menschen zu begleiten, die womöglich eine ganz andere Lebens- und Weltanschauung haben. Dennoch ist auch meine Weltanschauung im Raum des Gesprächs. Und es ist klug, sich dessen bewusst zu werden.

Auch, wenn ich kein Richter bin, ist klar, dass der christliche Glaube nicht wertfrei ist.

Der Mensch und das Leben werden als wertvoll angesehen. Er ist von Gott gewollt und gehalten. Der Wert macht sich nicht an seinem Geschick fest und gleichsam nicht an seinem Ergehen. Sowohl das gesunde als auch das kranke Leben hat vor Gott seine Bedeutung. Doch was bedeutet dies, wenn Schmerzen und Angst es unerträglich machen? Seelsorge ist ein Beziehungsgeschehen und kein Ort für eine ethische Vorlesung. In ihr vollzieht sich, was christlich ist – „und hätte [ich] der Liebe nicht, dann wäre es mir's nichts nütze. [...] sie erträgt alles, sie glaubt alles, sie hofft alles, sie

duldet alles.“ (1. Kor 13,3.7) Zunächst gilt es, den anderen so wahrzunehmen, wie er gerade ist, wie es sich für ihn zeigt, was er für sich wahrnimmt. Doch dies möge nicht daran hindern, Fragen zu stellen:

- Wie frei ist die Entscheidung zum Suizid?
- Könnte das Leben noch andere, gute und wichtige Erfahrung bereithalten?
- Was bedeutet der Suizid für Zugehörige und Angehörige?

Fallbeispiel 1: „Fürchte Dich nicht, denn ich habe dich erlöst; ich habe dich bei deinem Namen gerufen, du bist mein!“ (Jesaja 43,1)

Ein Jahr lang hatte ich die krebserkrankte Frau begleitet. Es war zu der Zeit, als der geschäftsmäßige assistierte Suizid in Deutschland noch verboten war. Ich besuchte sie wöchentlich in ihrem Haus. Wir teilten einen intensiven Prozess, in dem wir ihr Leben angesehen haben. Sie wurde dort palliativ versorgt. Schmerzen hatte sie dennoch. Und das Leben wurde sehr schwer.

Nach einem Urlaub, etwa drei Wochen, ging ich wieder zu ihr. „Endlich“ sagt sie fast dringlich, „bist du wieder da. Können wir das Abendmahl feiern? Ich würde dabei gern die Mottete hören, die wir früher in der Kantorei zusammen gesungen hatten: ‚Fürchte dich nicht...‘ von Johann Christoph Bach.“

Am nächsten Tag feierten wir das Sakrament mit der Musik. Ich las einen Bibeltext, wir beteten und teilten Brot und Wein. Zwei Tage später rief mich der Ehemann an und teilte mir mit, dass sie verstorben sei und ich die Trauerfeier halten solle.

Es erschien mir alles sehr friedlich, versöhnt, wenn nicht erlöst. Wochen nach der Beerdigung wurde mir allerdings durch ein Gespräch mit dem Mann klar, dass sie vermutlich mit Hilfe eines Medikamentes ihr Leben selbst beendet hatte. Sie hatte mir schon Wochen früher erzählt, wie sie sich entsprechende Medikamente aus der Schweiz besorgen wollte, was mir erst jetzt wieder einfiel. Offenbar hatte sie es getan. Ich frage mich, was ich gesagt hätte, wenn ich es vorher gewusst hätte. Hätte ich das Abendmahl gefeiert? Hätte ich sie so gehen lassen können? Hätte ich ihr die Freiheit ihrer Entscheidung gelassen? Ich bin sehr dankbar, dass weder sie noch ihr Mann mich auf-



geklärt hatten. Sie schonten mich vor einer inneren ethischen Entscheidung. Aber es war ja auch nicht meine Entscheidung.

Fallbeispiel 2: Tod auf Termin

Vor wenigen Jahren treffe ich mich mit einem Freund zum Essen. Ein wunderbarer Abend schien es zu werden, bis er mir anvertraute, dass M, eine gute Freundin von ihm, morgen ein Medikament nehmen würde, um zu sterben. Es wird gegen 11.00 Uhr sein. Sie war an ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) erkrankt und die Krankheit schritt so schnell voran, dass sie baldmöglichst diesen Weg gehen müsse. Ich empfand es als grauenhaft. Wir sitzen hier, trinken unseren Wein, genießen unsere Speisen und sie liegt im Bett mit dem Wissen, dass am nächsten Tag das Leben vorbei ist. Wie soll denn die letzte Nacht mit ihrem Partner sein? So ähnlich stelle ich mir die Hölle vor. Oder war es eine Nacht der Erlösung? Wer kann darüber entscheiden? Womöglich ist es beides zugleich. Und doch, es macht einen Unterschied, ob der Tod geschieht oder herbeigerufen wird.

Fallbeispiel 3: Selbstbestimmt oder autonom

Im Krankenhaus besuchte ich eine ca. 75-jährige Frau, die am nächsten Tag geheilt wieder entlassen werden soll. Sie wirkte eigentlich ganz vital. Eine körperliche Not war nicht erkennbar. Doch der Aufenthalt in der Klinik hatte Spuren hinterlassen. Sie sagte: „Also, wenn man alt wird und wenn man nicht mehr kann und auf fremde Hilfe angewiesen ist, dann möchte ich doch lieber ‚die Spritze‘ bekommen“.

Ich dachte nur: Wieso? Sie sah gesund aus, konnte wieder entlassen werden, es schien keinen Grund zu geben. Ihre Angst war, ihre Autonomie zu verlieren. Aber, was heißt denn Autonomie? Was ist mit ihrer Familie? Ihren Kindern? Und warum soll man nicht lernen, Hilfe anzunehmen? Ist die Entscheidung, ob ich lebe oder sterbe vergleichbar mit der Entscheidung, was mir besser gefällt, als würde ich ein Kleidungsstück wechseln? Ist das Leben frei oder womöglich auch eine Verpflichtung?

Natürlich habe ich ihr diese plumpen Fragen so nicht gestellt, sondern nur danach gefragt, ob sie sich vorstellen könne, noch andere Erfahrungen zu machen als die ihrer Befürchtungen.

Und doch, was heißt für Christ*innen Autonomie oder Selbstbestimmung? Ist die Entscheidung für einen Suizid selbstbestimmt? Natürlich! Keine andere Person, sondern die eigene Person selbst bestimmt den Tod.

Doch was leitet sie denn innerlich? Wie frei bin ich in meinem Willen, wenn der Schmerz mich beherrscht, wenn die Angst mich einengt, wenn die medizinische Therapie statt der Heilung Panik bewirkt? Wie frei ist mein Wille, wenn die Liebe zu einem anderen Menschen mich zu zerreißen droht? Wie frei ist mein Wille, wenn der Glaube verstockt wirkt, als wenn Gott sich mir entzogen hätte? Wie frei ist mein Wille, wenn sich in einer Depression bildlich über mir eine Glasglocke gesenkt hat. Wenn man außen das Leben sieht und innen leblos wird? Wie frei wird der Wille sein, wenn das Gefühl einen Menschen beherrscht, anderen zur Last zu fallen und selbst keine Achtung mehr zu finden?

In der Not ist der Wille nicht mehr frei, sondern von ihr bestimmt. Es braucht dann Hilfe von außen. Menschen, die begleiten und eine palliative Versorgung, dass es erträglicher wird. Es braucht Menschen, um leben zu können. Der assistierte Suizid verlangt jedoch nach Menschen, um sterben zu können.

Wir müssen uns darauf einstellen, dass mit der Möglichkeit des assistierten Suizides eine andere Zukunft geöffnet wird. Wie wird dies die Gesellschaft und die Wertevorstellung verändern?

Christus ist durch Not, Angst, Schmerz gegangen und fand am Kreuz den Tod. Sein Weg lässt erwarten, dass Gott auch in diesen Zeiten uns nahe ist. Nach meinem Verständnis des christlichen Glaubens ist die Not zwar Not, aber nicht das Nichts. Heißt das, wir sollten sterben können, wie Christus gestorben ist? Er starb für uns und nicht wir für ihn.

Der assistierte Suizid ist möglich. Und manche Krankheiten machen den Wunsch danach verständlich. Und doch bleibt in mir ein großer Vorbehalt. Ich werde mich nicht positionieren. Denn neben dem Recht der Selbstbestimmung und dem freien Willen des Menschen will ich an das Recht Gottes und seiner Bestimmung denken. Nicht mein Wille geschehe, sondern Gottes Willen. Der Wille Gottes steht uns natürlich nicht zur Verfügung, aber dennoch rechne ich mit ihm.



Ich glaube, es ist notwendig in der Seelsorge einen göttlichen Vorbehalt zu denken und mit ihm zu leben, um die Ehrfurcht vor dem Leben und damit die Ehrfurcht vor Gott zu wahren.

4.3 Auf dem Weg zu einer Haltung zum assistierten Suizid – Beispiel einer Selbstreflexion

Weil assistierter Suizid eine Möglichkeit des Sterbens in unserem Land ist, weil Sterbehilfe-Organisationen und Ärzt*innen ihre Hilfe anbieten, zuallererst aber, weil sich Menschen mit dem Gedanken eines assistierten Suizids tragen oder sich dafür entschieden haben, muss ich mich als Seelsorger*in mit diesem Thema auseinandersetzen. Ich weiß, assistierter Suizid ist und bleibt ein Grenzfall. Wenn ich angefragt werde, will ich vorbereitet sein.

Als seelsorgende Person bin ich Menschen in verschiedenen Lebenslagen und existentiellen Nöten Begleiter*in. Ich begleite Menschen, die andere Entscheidungen für sich treffen als ich es wahrscheinlich tun würde, mit anderen Erfahrungen und Beweggründen. Menschen begleite ich, die leben und sterben, ohne auf Gott zu hoffen. Immer wieder sind dabei meine Toleranz und meine eigene Rollenklarheit gefordert. Oder anders ausgedrückt: mein poimenisches Grundverständnis impliziert die Möglichkeit der Distanzierung zu jedweder weltanschaulichen, ethischen, moralischen oder religiösen Einstellung und Entscheidung einer Person, die ich begleite.²⁷

Toleranz, Rollenklarheit und innere Distanzierungsmöglichkeit braucht es auch, wenn ich Menschen begleite, die einen assistierten Suizid erwägen oder planen. Aber ich merke – es braucht noch deutlich mehr von mir.

Zunächst braucht es Selbstreflexion:

- Wo sind meine eigenen Sicherheiten, meine Unsicherheiten und Ängste?
- Welche Gedanken und Gefühle bewegen mich zum Thema assistierter Suizid? Wo hatte ich Berührung mit diesem Thema?

²⁷ Vgl. dazu auch Uwe Keller-Denecke, „Begleiten“ – Was macht Krankenhausseelsorge da eigentlich?, in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 113-117. Vgl. a. a. O. auch zu den folgenden Überlegungen.

- Kann ich mir vorstellen, in eine Lebenssituation zu geraten, in der ich nicht weiterleben möchte?
- Was ist mein Trost im Glauben in bedrängter Situation? Welchen Trost erhoffe ich mir am Lebensende von meinem Glauben?
- Welche meiner Glaubensvorstellungen sind für mich durch die Möglichkeiten eines assistierten Suizids angefragt – z. B. „Gott ist es, der Menschen in das Leben und aus dem Leben ruft?“ Schließt sich das gegenseitig aus?
- Oder kann ich für mich selbst bei diesem Glaubenssatz bleiben – und mich für Seelsorge im Fall eines assistierten Suizids öffnen? Kann ich diese Spannung aushalten?
- Was hilft mir, mich auf Fragen suizidwilliger Menschen offen einzulassen – ohne Angst vor eigener Verunsicherung?
- Wie ist meine persönliche Haltung zum assistierten Suizid? Will und kann ich mit einem suizidwilligen Menschen gehen und ihm Hilfe und Stütze sein bis zum Schluss? Falls mich innere Vorbehalte zurückhalten – kann ich mir trotzdem vorstellen und bin bereit, einen Menschen auf diesem Weg zu begleiten?

Eine Haltung für sich selbst zu finden, ist ein Weg.

Rückblickend sehe ich, hilfreich war für mich das Gespräch mit Kolleg*innen. Gefordert war ich, eigene theologische Positionen und Glaubenssätze zu benennen, mich zu erklären. Mit anderen Meinungen habe ich mich auseinandergesetzt. Das war für meine eigene Klärung hilfreich.

Mehr noch hat mir geholfen, betroffene Menschen wahrzunehmen – in ihrer Angst vor noch stärkeren Schmerzen, vor weiteren Lebenseinschränkungen. Mein Blick hat sich durch persönliche Begegnungen verändert. Den einsamen Weg und die bedrängende Not von Menschen habe ich wahrgenommen, die hinter den Gedanken und der Entscheidung für assistierten Suizid liegen. Und wie auch in anderen Seelsorgesituationen habe ich darauf vertraut, dass im Letzten Gott es ist, der mich zu Menschen in deren Not sendet. Das hat mir Kraft gegeben, suizidwilligen Menschen trotz meiner anfänglichen Vorbehalte in Offenheit zu begegnen.

Dabei wusste ich: Es gäbe auch die Möglichkeit, aus persönlichen oder aktuellen Gründen die



seelsorgliche Begleitung im Zusammenhang mit assistiertem Suizid nicht zu übernehmen – natürlich nur, wenn ich zuverlässig für eine Vertretung dieser Seelsorge-Begleitung sorgen würde.

Inzwischen habe ich mich mit dem Thema assistierter Suizid befasst und ich sehe: Seelsorge im Fall eines assistierten Suizids darf kein normatives oder appellatives Insistieren sein.²⁸

Immer ist der einzelne Mensch mit seinem eigenen Weg in der Seelsorge im Blick. Immer geht es um den Lebenspunkt, an dem er oder sie sich gerade befindet. Immer geht es darum, Menschen im Licht Gottes zu sehen.

Es geht nicht um eine Bewertung. Seelsorge soll hier der Versuchung widerstehen, als entscheidungsstiftende oder sanktionierende Instanz „missbraucht“ zu werden. Es geht darum, ein offenes Gegenüber auf Augenhöhe für den anderen Menschen zu sein. Wichtig ist, sich in der Begegnung nicht auf eigene theologische und geistliche Positionen zurückzuziehen²⁹ und doch in der Seelsorge-Rolle bereit zu sein, von biblischen Bildern und Hoffnungen zu reden. Es geht auch hier um eine Sprach- und Begegnungsbereitschaft, um Bestärkung zum Leben und zu verantwortlichem Entscheiden – wie auch sonst in der Seelsorge.

Konkretion zur seelsorglichen Haltung

Frau K, eine Frau Mitte sechzig, bittet die Gemeindepastorin telefonisch um einen Hausbesuch und ein Seelsorgegespräch. Frau K erzählt, dass sie unter ALS leide und gern über ihre Trauerfeier und Bestattung sprechen möchte. Die beiden kennen sich flüchtig vom Sehen. Die Pastorin weiß, dass Frau K im Rollstuhl sitzt. Ein Termin wird vereinbart.

Bei dem Besuch in der Wohnung von Frau K ist auch der Lebensgefährte Frau Ks anwesend. Beide erzählen von ihrem Zusammenleben, dem intakten Freundeskreis, den sie haben, den drei erwachsenen Kindern von Frau K, die leider nicht vor Ort wohnen. Frau K erzählt von ihrer Erkrankung, dem allmählichen Fortschreiten ihrer Schluckbeschwerden und ihrem verlangsamten Sprechen, den eingeschränkten Bewegungen und der großen Furcht, irgendwann ersticken zu müssen. Sie möchte vor ihrem Tod vieles geregelt wissen, sie spricht über ihren Tod, die Trauerfeier, die Form der Bestattung. Dann äußert sie, am liebsten würde sie den Zeitpunkt ihres Todes selbst bestimmen, doch die ihr lieb gewordenen Menschen würden sie noch im Leben halten. Beides sei da, die Liebe der anderen, die Liebe zum Leben und die Angst vor einem schrecklich qualvollen Tod. Es sei entsetzlich.

Frau K bricht in Tränen aus, fängt sich aber wieder, um ein unkontrolliertes Schluchzen zu unterdrücken. Nach einer Pause fragt die Pastorin, ob sich Frau K zu Hause gut versorgt fühle, sie einen Pflegedienst habe. Frau K bejaht dies. Sie antwortet, sie habe auch schon überlegt in ein Hospiz zu gehen, doch dafür sei es noch zu früh und zu Hause sei es auch schön. Sie fühle sich in ihrer gewohnten Umgebung mit ihrem Lebensgefährten sehr wohl. Die Pastorin entscheidet sich, Frau K zu fragen, ob sie schon mal über eine ambulante palliative Versorgung nachgedacht habe, denn es gäbe in ihrer Nähe einen hervorragenden Hospiz- und Palliativstützpunkt mit einer ambulanten Ansprechbarkeit und Versorgung Tag und Nacht. Diese Versorgung würden viele schwerkranke Menschen in Anspruch nehmen. Frau K hat von diesem Dienst zwar schon gehört, sich aber bisher noch nicht näher dazu informiert.

²⁸ Vgl. a. a. O., 115.

²⁹ Vgl. a. a. O., 116.



Die Pastorin nennt ihr eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme über das Internet.

Nun verändert sich das Gespräch, Frau K beginnt aus ihrem Leben zu erzählen, dass sie gern mit Kindern gearbeitet hat, erzählt von ihren eigenen Kindern, wo sie leben, welchen Beruf sie ausüben, dass sie einen Friedwald in der Nähe des Wohnortes eines ihrer Kinder als Ruhestätte gewählt hat, sich die Trauerfeier aber vor Ort wünscht. Sie erwähnt Lieder, die sie in ihrem Leben gern gesungen hat und die die Pastorin für die Trauerfeier auswählen soll, aber so weit sei es ja noch nicht.

Nach ca. 1 ½ Stunden verabschiedet sich die Pastorin. Frau K und sie verabreden, dass Frau K sich meldet, wenn sie seelsorgliche Begleitung wünscht.

Zwei Wochen später meldet sich der Lebensgefährte, dass sie Kontakt zum ambulanten Hospiz- und Palliativstützpunkt aufgenommen hätten und sich dort gut beraten und versorgt fühlen würden. Er bedankt sich bei der Pastorin für den Hinweis.

Etwa 4 ½ Monate später verstirbt Frau K. Der Lebensgefährte teilt der Pastorin den Tod mit, sagt, seine Lebensgefährtin sei friedlich im Kreis ihrer Familie eingeschlafen, dies sei eine große Erleichterung gewesen.

Im Trauergespräch wenige Tage später sprechen die Kinder der Verstorbenen ebenfalls ihre Erleichterung darüber aus, dass ihre Mutter friedlich gestorben sei. Sie legen Wert darauf, dass dieser Tod für ihre Mutter eine Erlösung gewesen sei. Sie möchten, dass dem Palliativdienst während der Trauerfeier gedankt wird und auch eine Kollekte anlässlich der Bestattung für den Hospiz- und Palliativstützpunkt gesammelt werden soll. Über die näheren Umstände des Todes wird nicht gesprochen. Die Pastorin geht von einer palliativen Versorgung und Sedierung aus, fragt aber nicht nach.



5. Psychosoziale Situationen und Phasen

Auf dem Weg zu einem assistierten Suizid lassen sich verschiedene Phasen unterscheiden.³⁰ Diese gehen ineinander über und bilden keine zwangsweise lineare Abfolge. Zu welchem Zeitpunkt auch immer, seelsorgliche Begleitung eines suizidwilligen Menschen ist geprägt vom Respekt gegenüber diesem Menschen und von innerer Offenheit und Flexibilität. Der Blick auf die unterschiedlichen Phasen kann helfen zu verstehen, an welchem Punkt sich eine Person gerade befindet und worum sie ringt.

Die systemische Weitung des eigenen Blicks³¹ von der suizidwilligen Person hin zu deren An- und Zugehörigen und zu allen, die sie begleiten, macht deutlich, dass auch diese einen inneren Prozess durchlaufen und je nach Situation in unterschiedlicher Weise betroffen sind, mehr oder weniger einbezogen oder auch auf Distanz gehalten werden.³²

Phase der Annäherung

Ein Mensch befindet sich in einer zugespitzt schwierigen Situation, über eine längere Zeit schon, häufig mit schweren physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Belastungen. Die inneren Ausblicke auf mögliche fortschreitende Entwicklungen werden bedrängend. Im assistierten Suizid wird eine mögliche Befreiung aus der als wenig sinnvoll erlebten Lebenssituation gesehen. Die Person informiert sich zunächst über Suizidassistenten, wovon sie bislang nur am Rande gehört oder über die Massenmedien mitbekommen hat. Mehr und mehr geht das Nachdenken dazu über, die Möglichkeit eines assistierten Suizids für sich selbst zu erwägen. Fragen tauchen auf und Gefühle: Darf ich überhaupt darüber nachdenken? War ich nicht immer dagegen? Muss ich nicht durchhalten? Eventuell tritt die Person, ohne sich entschieden zu haben, einer Sterbehilfe-Organisation bei, zunächst für den „Fall der Fälle“.³³

30 Vgl. dazu Morgenthaler, Seelsorge bei assistiertem Suizid, 97f.

31 Vgl. dazu grundlegend Christoph Morgenthaler, Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, Stuttgart 2019.

32 Morgenthaler, Seelsorge bei assistiertem Suizid, 99f.

33 Christoph Morgenthaler, Seelsorge, Kirche und Suizidhilfe. Praktisch-theologische Perspektiven, in: Michael Coors/

Seelsorgende werden in dieser Phase der Annäherung von Betroffenen als Gesprächsgegenüber gesucht, um die Gedanken zu einem assistierten Suizid zu teilen, um sich selbst dieser Möglichkeit des Sterbens nicht allein anzunähern. Im Gespräch geht es um die innere Auseinandersetzung mit dieser Sterbemöglichkeit. Seelsorgende geben Betroffenen an diesem Punkt Resonanz und sind möglicherweise auch geistliche Berater*innen. So wie es für die betroffene Person um nicht weniger als ihr Leben geht, so geht es auch für die seelsorgende Person „ums Eingemachte“. Als Theologin oder als Theologe, als Expertin oder Experte für das Leben und Sterben ist sie oder er angesprochen und beansprucht. Die seelsorgliche Begleitung kann eine beratende Dimension haben, „Sagen sie doch, Frau Pfarrerin...“ Schöpfungstheologische, eschatologische, aber auch ethische Fragen werden auf den Prüfstein gestellt. Was trägt und was hilft davon in dieser existentiellen Situation wirklich?

Phase der Entscheidung

An diesem Lebenspunkt pendeln Betroffene zwischen extremen Positionen. Sie sind am Leben und können doch so nicht weiterleben. In einem assistierten Suizid wird mögliche Befreiung gesehen. Im Gespräch werden verschiedene Optionen in den Blick genommen³⁴, um Entscheidung wird gerungen. Dabei entwickeln Betroffene ihre eigenen Deutungsmuster, und es kommt zu „Bilanzierungen“.³⁵

Seelsorge ist an diesem Punkt also empathische Begleitung in einem hoch ambivalenten Prozess.

Sehr genau nimmt die seelsorgende Person zunächst wahr, welche konkreten Alternativen es zur Suizid-Idee auf dem Weg des betroffenen Menschen gab und gibt. Wenn davon nicht gesprochen wird, bringt sie selbst dieses Thema ein und benennt konkrete alternative Möglichkeiten als mögliche Option.

Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022, 173-188, 174.

34 Vgl. auch a. a. O. 174 f. 180f.

35 Morgenthaler, Seelsorge bei assistiertem Suizid, 100.



Es gehört dazu, die geringe Hoffnung des Menschen wahrzunehmen und in Worte zu fassen. Für das Gespräch ist es wichtig, im Gegenüber zu bleiben und nicht mit in die emotionale Verengung einzusteigen (z. B. „Alles ist hoffnungslos.“ – „Im Augenblick scheint wenig Hoffnung möglich.“).

Geht es zunächst noch um einen offenen Blick auf Alternativen zur Suizid-Idee, um ein mögliches Weiterleben, geht es später um die prinzipielle Akzeptanz der Entscheidung. Seelsorgende nehmen die wechselnden Befindlichkeiten der Betroffenen und Ambivalenzen wahr; fassen in Worte, was ist; halten das Auf und Ab der Befindlichkeiten mit Betroffenen aus.

Hilfreich ist, im Blick zu haben, dass:

- Religiosität und Glaube auf diesem Weg beides sein kann, stärkende Kraft, aber auch belastendes Thema³⁶ – da, wo Betroffene im Entscheidungsprozess Schuldgefühle haben oder keine Sinnhaftigkeit mehr in ihrem Leben sehen.
- es in diesem Prozess zu Übertragungen auf die seelsorgende Person kommen kann und es darauf ankommt, diese zu erkennen und mit ihnen in differenzierter und reflektierender Weise umzugehen.
- Betroffene die Seelsorgenden im Entscheidungsprozess nach deren eigener Haltung im Blick auf assistierten Suizid fragen.

Am Ende dieses Weges steht eine Entscheidung. Es ist auch eine Entscheidung, wenn keine Entscheidung getroffen wird. Die Entscheidung kann für oder gegen einen assistierten Suizid fallen. Die Entscheidung für begleitetes Sterben kann auch zur Folge haben, dass die Realisierung – nun mit der Klarheit und dem Wissen, es wirklich tun zu können und zu wollen – noch aufgeschoben wird. „Ein solcher Entscheid wird manchmal ausgesetzt und aufgeschoben, aber selten rückgängig gemacht“³⁷, so hält Morgenthaler empirische Erfahrungen aus der Schweiz fest.

Phase der Realisierung

Wenn die Entscheidung für einen zeitnahen assistierten Suizid getroffen wurde, folgt eine – unterschiedlich lange – Zeit der Vorbereitung.

Nach aller einfühlsamen Begleitung im Entscheidungsprozess brauchen Seelsorgende jetzt Respekt vor der getroffenen Entscheidung – sie setzen sich in Beziehung zum Todeswillen des Betroffenen.³⁸

Wer die Person und deren Entscheidung für den assistierten Suizid respektiert, befürwortet damit nicht generell assistierten Suizid.³⁹ Diese klare Unterscheidung ist hilfreich.

Seelsorge wird nun zur Suizidbegleitung und zu palliativer Begleitung.

Noch liegt gestaltungsfähige⁴⁰ Zeit vor der betroffenen Person und Seelsorgende können jetzt hilfreich sein, indem sie offene Wünsche erfragen und wenn möglich umsetzen, z. B. Kontakt zu Angehörigen vermitteln. Oder ein betroffener Mensch möchte über seine Trauerfeier sprechen oder möchte jetzt noch eine belastende Lebenserfahrung aussprechen und loswerden.

Stärkend kann in dieser letzten Lebenszeit sein, dass Seelsorgende für oder mit dem betroffenen Menschen ein Lied singen, ein freies Gebet sprechen, eine Segensbitte formulieren. Liturgische Formen können Unsagbares in ihrer Weise ausdrücken.⁴¹ Naheliegend ist, aus der Situation heraus und im Blick auf diesen Menschen und sein Sterben hin Gebet und Segen frei zu formulieren.

Wenn es dann so weit ist, kann die Seelsorger*in bei der Selbsttötung dabei sein, muss das aber nicht.

Im Vorhinein sollten Seelsorgende diese Frage für sich abwägen und entscheiden. Hilfreich sind für diese persönliche Entscheidungsfindung drei von Morgenthaler benannte Fragen – die theologische Frage: „Kann ich dies mit meinem Gewissen verantworten?“⁴², die professionelle Frage: „Geht

36 Vgl. Morgenthaler, Seelsorge, Kirche und Suizidhilfe, 183f.

37 Morgenthaler, Seelsorge bei assistiertem Suizid, 100.

38 Vgl. a. a. O., 102.

39 Vgl. a. a. O., 103f.

40 Vgl. a. a. O., 104.

41 Vgl. ebd.

42 A. a. O., 105.



dies mit meinem professionellen Selbstverständnis zusammen?“⁴³, und die persönliche Frage: „Möchte ich mich diesem Suizid persönlich so direkt aussetzen?“⁴⁴.

Möglicherweise kann es auch dazu kommen, dass An- und Zugehörige der betroffenen Person während der Zeit ihrer Selbsttötung seelsorgliche Begleitung erbitten.⁴⁵

Öffentlicher Abschied

Nach eingetretenem Tod des betroffenen Menschen ist eine Aussegnung möglich. Hilfreich wird sein, diese kleine Kasualie vorzubereiten, um vertraute liturgische Sprachformen der Situation der selbstgewählten Tötung anzupassen.

Naheliegender ist, dass die begleitende seelsorgende Person um die Gestaltung der Trauerfeier und Bestattung gebeten wird. Für die betroffene Person kann es tröstlich sein zu wissen, dass die Trauerfeier von jemandem gestaltet wird, der sie und die Umstände gut kennt und angemessene Worte finden wird.

Zugleich entsteht spätestens in dieser Phase der Kontakt mit den An- und Zugehörigen. Im Trauergespräch können Themen und Gefühle Raum haben, die seelsorglich wahrgenommen und bearbeitet werden müssen. Aufgabe der seelsorgenden Person ist es, im Trauergespräch mit den An- und Zugehörigen zu besprechen, ob und wie die Form der Beendigung des Lebens und Sterbens in der öffentlichen Trauerfeier angesprochen werden soll.

Auch für die Vorbereitung einer solchen Trauerfeier braucht es Achtsamkeit und neue, der Situation des assistierten Suizids angemessene Formulierungen. Die Herausforderung ist ungewohnt und neu, „auch dem Willen zum Tod eine liturgische Form zu geben, in der dieser sich findet, und aufgehoben ist“.⁴⁶

Eine theologische Spannung entsteht und lässt sich nicht auflösen – dadurch, dass nach christlicher Hoffnung der Tod in der Auferstehung „verschlungen“ ist; in dem Fall aber der Verstorbene ihn als finale Lösung selbst herbeigeführt hat.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ Vgl. ebd.

⁴⁶ A. a. O., 111.

Phase der Verarbeitung

Seelsorgliche Trauerbegleitung kann gerade nach assistiertem Suizid für Angehörige besonders wichtig sein. Für sie kann die Zeit nach dem selbstgewählten Tod ihres nächsten Verwandten von ambivalenten Gefühlen, von Schuldgefühlen, Ärger und Traurigkeit geprägt sein. Gerade, wenn die suizidwillige Person ihre An- und Zugehörigen bewusst in ihre eigenen Überlegungen nicht einbezogen hatte, brauchen sie jetzt Raum, ihre offenen Fragen und Gefühle zu benennen.

Häufig akzeptieren An- und Zugehörige zunächst die Entscheidung ihrer nächsten Angehörigen für assistierten Suizid „ohne Diskussion, stellen vielmehr gegenseitiges Wohlmeinen und Respekt vor dem Entscheid in den Vordergrund“.⁴⁷ Auch wenn An- und Zugehörige von der betroffenen Person in deren Vorüberlegungen nicht einbezogen waren, müssen sie sich zu dieser Entscheidung zum assistierten Suizid verhalten, müssen diese Person begleiten, vielleicht bis zum Ende. „Trauer setzt bereits vor dem Tod ein, da dieser absehbar ist, und beschäftigt Angehörige und Betroffene später weiter.“⁴⁸

An- und Zugehörige nach assistiertem Suizid nahestehender Menschen trauern in anderer Weise und müssen die selbstgetroffene Entscheidung der betreffenden Person zum Tod im Trauern verarbeiten können. So brauchen sie in besonderer Weise seelsorgliche Unterstützung.

In der Gemeinde kann Pfarrer*innen ein seelsorglicher Bedarf nach so besonderer Trauerbegleitung immer wieder begegnen und zwar auch dann, wenn sie nicht als die seelsorglich Begleitenden hin zum assistierten Suizid gefordert waren.

Auch die seelsorgende Person selbst kann sich während oder nach solcher Begleitung eines Menschen hin zu assistiertem Suizid ihrerseits seelsorglichen oder supervisorischen Beistand suchen.

⁴⁷ A. a. O., 103.

⁴⁸ A. a. O., 98.



Konkretion zur psychosozialen Situation

Der Fall ereignet sich 1999. Ich arbeite nach meinem Vikariat freiberuflich als Theologe. Ein wesentliches Aufgabenfeld ist die Gestaltung von Trauerfeiern und Beisetzungen.

Ein Klient engagiert mich, um seine eigene Trauerfeier zu gestalten. Das ist zunächst einmal nicht ungewöhnlich. In diesem Falle allerdings teilt mir der Klient mit, dass er sich suizidieren möchte und vorher gemeinsam mit mir und auch mit seinem Lebensgefährten seine Trauerfeier vorbereiten möchte.

Ich entscheide mich, den Klienten auf seinem Weg zu begleiten und wir vereinbaren mehrere Gesprächstermine zu zweit und dann auch mit dem Lebensgefährten.

Der Klient ist 71 Jahre alt, hat keinerlei gesundheitliche Einschränkungen oder Themen, sondern ist im Gegenteil sportlich aktiv. Er ist Arzt und hat einen interessanten und befriedigenden beruflichen Werdegang vorzuweisen. Lange Zeit hat er als Schiffsarzt auf Kreuzfahrtschiffen gearbeitet und diese Erfahrungen sehr genossen. Er stammt aus einem gutbürgerlichen Elternhaus und hat ein hohes Bildungsniveau. Der Klient ist sehr aktiv, sozial gut vernetzt und hat einen großen Freundeskreis. Er ist als Schriftsteller aktiv und hat sowohl eine Autobiographie als auch Gedichtbände veröffentlicht.

Auf meine Bitte hin, mir zu helfen, seinen Suizidwunsch zu verstehen, erläutert der Klient, dass er sein Leben beenden möchte, weil er sich in dieser Welt nicht mehr zu Hause fühlt, beziehungsweise weil diese Welt sich für ihn nicht mehr richtig anfühlt. Dieses Gefühl nicht in die Welt zu passen, beziehungsweise dass die Welt nicht zu ihm passe, habe ihn sein gesamtes Leben hindurch begleitet. In seiner Kindheit eher diffus, nach seinem Outing als Jugendlicher dann auch immer mehr konkret. Er habe seine Homosexualität als nicht-passig erlebt zu seinem Elternhaus, zu seiner Ausbildung und dann auch seiner Tätigkeit als Arzt. Und auch nicht zu seinem Sein als Rentner.

Andererseits habe er sich aber aufgrund seiner Bildung, des Berufs und insgesamt seiner Le-

bensführung und -auffassung auch nie in der Welt schwuler Männer zuhause gefühlt.

Dieses Nicht-zu-Hause-Sein in der Welt kommt zusammen mit der Bilanz, das Leben „fertig“ gelebt zu haben.

Die Begleitung dauert etwa ein Jahr. An dem Tag, als der Suizid geplant ist, erhalte ich abends einen Anruf von dessen Lebensgefährten. Er teilt mir mit, dass er seinen Partner tot aufgefunden habe: Er sei im Schlaf an einem Herzinfarkt verstorben.



6. Präventions- und Unterstützungssysteme

Seelsorge bietet eine von vielen Unterstützungsmöglichkeiten in Krisensituationen. Sie kann aber nicht alles leisten, wenn Menschen sich mit dem Gedanken eines assistierten Suizids tragen. Das Angebot der Seelsorge ist daher eingebettet in ein breites Spektrum weiterer Unterstützungssysteme, auf die wir hier hinweisen wollen. Unser Ziel stellt dar, Seelsorgende in diesem Bereich zu stärken. Dabei geht es zum einen um Angebote für Betroffene, zum anderen um Unterstützung für An- und Zugehörige und schließlich auch um Unterstützungsmöglichkeiten für Seelsorgende. Denn auch für sie stellt die Begleitung von suizidwilligen Menschen eine Herausforderung und ggf. eine psychische und geistliche Belastung dar.

In dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2020 wird durchaus auch die Befürchtung beschrieben, dass sich nun der assistierte Suizid zu einer normalen Form der Lebensbeendigung etablieren könnte.⁴⁹ Diese Furcht äußert auch die Bundesärztekammer in ihren Hinweisen zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität.⁵⁰ In dem Artikel wird daher auch auf ein breites Angebot der Suizidprävention hingewiesen. Schließlich unterstreicht der Rat der EKD in seiner Stellungnahme zur Debatte um assistierten Suizid, dass es „gesetzliche und außergesetzliche Regelungen zur Stärkung von Suizidprävention“⁵¹ brauche.⁵² Bereits 2003 hatten die Welt-Gesundheitsorganisation (WHO) und die International Association for Suicide Prevention (IASP) den 10. September als Welttag der Suizidprävention ausgerufen.

49 Vgl. Barbara Schneider, Suizidprävention, in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 41-57, 41.

50 Vgl. Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB.

51 Stellungnahme des Rates der EKD im Vorfeld der Entscheidung des Bundestages über eine rechtliche Regulierung der Suizidbeihilfe.

52 Die Diakonie Deutschland drängt auf ein Suizidpräventionsgesetz, das das Bundesgesundheitsministerium bereits für Juni 2024 angekündigt hatte. Vgl. dazu die Mitteilung unter: <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2024/juli/suizidpraeventionsgesetz-muss-kommen> (Abrufdatum: 15.03.2026).

Die WHO beschreibt Suizid als eines der größten Gesundheitsprobleme der Welt.⁵³

Seelsorge und Beratung können in diesem Zusammenhang helfen, den Weg in den Suizid bzw. assistierten Suizid zu überdenken. In Seelsorge und Beratung eröffnet sich die Chance, Ambivalenzen stehen zu lassen und auszuhalten.

In der Bundesrepublik Deutschland wird ein breit aufgestelltes Netz an Präventions- und Unterstützungssystemen vorgehalten. Eine gute erste Orientierung bietet der „Beratungsführer online“, der von der Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB e.V.) im Auftrag des Bundesfamilienministeriums gepflegt wird und unter: <https://www.dajeb.de/beratungsfuehrer-online/beratung-in-ihrer-naehe/> abgerufen werden kann.

Hier ist eine Beratungsstellensuche über die jeweilige Postleitzahl oder den Ort, Beratungsschwerpunkte, Sprache etc. möglich.

6.1 Unterstützungssysteme für Klient*innen

An- und Zugehörige

Wurden An- und Zugehörige in der Handreichung bislang primär als Mitbetroffene angesprochen, die ihrerseits der Unterstützung und auf Wunsch der Seelsorge bedürfen können, so stellen *Partner*innen, Familienangehörige und Verwandte, Freund*innen und Nachbar*innen* auch ein soziales Unterstützungssystem dar.

Beratungsstellen

Die *evangelischen Landeskirchen* und *katholischen Bistümer* und ihre *Diakonie* und *Caritas* bieten in zahlreichen Lebens-, Paar-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen psychologische, psychosoziale und praktische Beratung an.

Im *Netzwerk „Offene Türen“* kooperieren Beratungsstellen, die Krisen- und Lebensberatung anbieten. Auf ihrer Webseite (Link: <https://offentuer.net>) heißt es: „Unsere Offene Tür-Stellen und die Beratungsstellen der TelefonSeelsorge (Face-to-Face-Stellen) bieten Ihnen anonyme und kostenlose Lebensberatung und Krisenbegleitung an.“

53 Vgl. das Factsheet zum Thema „Suicide“ bei der WHO, unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Abrufdatum: 15.03.2026).



Allen voran ist die *Telefonseelsorge* zu nennen, bei der schlicht und einfach eine Telefonnummer als Kontaktinformation reicht: 0800 111 0 111 (evangelisch) oder: 0800 111 0 222 (katholisch)

Wer auf einem anderen Weg Kontakt aufnehmen möchte, kann neben dem direkten Telefonat auch zwischen Chat, E-Mail, Kompass oder ein persönliches Gespräch (Terminvereinbarung mit einer Beratungsstelle) wählen.

Die *Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS)* hatte hier eine Vorreiterrolle inne. Die DGS „ist seit 1972 die übergreifende Fachgesellschaft für alle Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre oder Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen“, wie sie auf ihrer Homepage schreibt.

Die DGS ist ein gemeinnütziger Verein und hat sich einem humanistischen und demokratischen Menschenbild verpflichtet.⁵⁴ Ziel und Aufgabe der DGS ist es, Suizide zu verhindern.

Die DGS betreibt keine eigenen Einrichtungen. Zielsetzung ist die Vernetzung und fachliche Förderung aller in diesem Bereich tätigen. Unter <https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/hilfsangebote/> werden eine Vielzahl von Hilfsangeboten genannt, an die sich Betroffene wenden können. Neben der auch dort gelisteten Telefonseelsorge finden sich die Kontaktdaten von „Nummer gegen Kummer“ (Kinder- und Jugendliche, Eltern), Nationale Kontakt und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS), Das Beratungsnetz, Youth-Life-Line, U25 Deutschland, Internetseelsorge, Jugendnotmail. Die DGS nennt also vor allem Hilfsangebote für Kinder- und Jugendliche.

In größeren Städten gibt es *lokale Initiativen gegen Suizid*. Sie sind in der Regel online durch das Stichwort „Suizidprävention“ und der Nennung des Ortsnamens zu finden.

Auch die *Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention* stellt eine Anlaufstelle dar. Die Stiftung geht davon aus, dass „[d]ie Mehrheit der Suizide [...] vor dem Hintergrund einer nicht erkannten oder nicht adäquat behandelten Depression“ erfolge, wie sie auf ihrer Homepage schreibt. Die Stiftung präferiert einen 4-Ebenen-Ansatz:

- „1. Kooperation mit Hausärzten (u. a. Schulungen)
2. Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Plakatkampagne, öffentliche Veranstaltungen)
3. Schulungen von Multiplikatoren (z. B. Pfarrer, Lehrer, Journalisten, Altenpflegekräfte, Polizisten)
4. Unterstützung für Betroffene und deren An- und Zugehörige, u. a. durch Informationsmaterialien, die Förderung der Selbsthilfe und das digitale Selbstmanagement-Programm iFightDepression (tool.ifightdepression.com).“

Hospiz- und Palliativberatung

Wenn der Wunsch nach Suizidassistenz durch die Angst bedingt ist, aufgrund einer schweren Erkrankung unerträgliche Schmerzen ertragen zu müssen, kann mittlerweile auf ein breites Spektrum palliativer Versorgung und auch Palliativberatung verwiesen werden. Neben spezialisierten Palliativberatungsmöglichkeiten sind selbstverständlich zunächst die *Hausärzt*innen* erste Ansprechpartner*innen, die ggf. weitere Unterstützung vermitteln.

Zudem bieten *stationäre Hospize* als Orte eines würdigen und betreuten Lebensendes die Möglichkeit, ein hohes Maß an Privatsphäre mit medizinischer, pflegerischer und palliativer Versorgung zu verbinden.

Ambulante Hospizdienste bieten eine ambulante Betreuung mit dem Ziel, sterbenden Menschen ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende zu ermöglichen sowie die Familie in diesem Prozess zu begleiten, zu entlasten und zu unterstützen. Die ambulante Hospizarbeit beinhaltet insbesondere die psychosoziale Begleitung der Sterbenden und deren An- und Zugehörigen durch ehrenamtliche Helfer*innen, aber keine palliativpflegerischen Leistungen.

Zahlreiche stationäre und ambulante Hospizdienste befinden sich in evangelischer bzw. diakonischer Trägerschaft.

Versicherte haben nach § 39b Abs. 1 SGB V einen „Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse zu den Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung.“



Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin bietet einen Wegweiser „Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland“ an (Link: <https://wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de>). Auch ein Blick auf die Homepages des „Deutschen Hospiz- und Palliativverbands e.V.“ (Link: <https://www.dhvp.de/start.html>) und der jeweiligen Landeskirche, der Kirchenkreise sowie der Kirchengemeinden lohnt sich.

Seelsorgende

Die Pfarrpersonen vor Ort sind für viele Betroffene tatsächlich die ersten Ansprechpersonen. Diese kennt man möglicherweise schon seit vielen Jahren. Pastor*innen sind im Rahmen ihrer Ausbildung in Seelsorge geschult worden. Sie können zudem auf fachspezifisch ausgebildete Seelsorger*innen verweisen.

6.2 Unterstützungssysteme für An- und Zugehörige

Beratung

Auch für An- und Zugehörige bieten die oben verzeichneten Beratungsstellen und -angebote eine Anlaufstelle.

Im Rahmen des Netzwerkes „Offene Türen“ wird bspw. auf die die Stelle „BeSuBerlin – Beratung für suizidbetroffene Angehörige“ hingewiesen (Link: <http://www.besu-berlin.de>).

Zu nennen ist ebenfalls die bundesweite Selbsthilfeorganisation *Angehörige um Suizid e.V. (AGUS)*. Neben Einzelgesprächen gibt es Gruppen für Suizidhinterbliebene und Gruppen für Angehörige von suizidgefährdeten Menschen.

6.3 Unterstützungssysteme für Seelsorgende

Supervision

Für Seelsorgende steht dieses Format als eine kritisch reflexive Beratung zur Verfügung, indem die eigene seelsorgliche Arbeit professionell reflektiert wird und Perspektiven und neue Denk- und Handlungsmöglichkeiten entdeckt werden können. Die Supervision ist eine Hilfe, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und zu entwickeln. Die Landeskirchen bieten beruflich Mitarbeitenden sowie ehrenamtlich Tätigen Supervision an.⁵⁴

Kollegiale Beratung

Zur kollegialen Beratung verabreden sich Pastor*innen in der Regel auf der Ebene von Kirchenkreisen beziehungsweise Kirchenbezirken. Die Landeskirchen unterstützen diese Initiativen, manche fördern sie finanziell. Bei der kollegialen Beratung wählt sich die Gruppe ein Schwerpunktthema aus der pfarramtlichen Praxis aus, so eben auch das Thema „Suizidprävention“. Die Gruppe soll aus mindestens vier Pfarrpersonen bestehen. In der Gruppe herrscht Gleichrangigkeit und Gleichberechtigung der Beteiligten. Es werden keine festen Rollenzuteilungen angestrebt.

Informationsmaterial

Oft benötigen Seelsorgepersonen eine schnelle, kurzgefasste Orientierungshilfe. Neben dieser Handreichung verweisen wir gern auf die „Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistentz“⁵⁵ des Diakonischen Werkes der EKD.

54 Zu genaueren Informationen vgl. die Ausführungen auf der Website des Zentrums für Seelsorge und Beratung der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers, unter: https://www.zentrum-seelsorge.de/arbeitsfelder/supervision_coaching/gebrauchsanweisung_supervision (Abrufdatum: 15.03.2026).

55 Vgl. Die Orientierungshilfe „Ich bin ein Gast auf Erden“.



II. Begriffsklärungen

Worum es sich beim assistierten Suizid handelt, ist nur zu verstehen, wenn er von der Sterbehilfe und von nichtassistiertem Suizid unterschieden wird. Dabei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass es sich um manchmal nur schwer voneinander abgrenzbare Phänomene handelt. Am Lebensende tun sich viele Ambivalenzen auf, die in der Praxis unterschiedlich eingeordnet werden. Dass Menschen verschiedener Profession zu divergierenden Verständnissen und Bewertungen kommen, ergibt sich aus dem fluiden Charakter des Felds. Die folgenden Begriffsklärungen sind in diesem Sinne weniger als feststehende Definitionen, sondern als grundlegende Phänomenbeschreibungen zu verstehen.

Grundsätzlich ist zwischen *aktiver Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen*, *passiver und indirekter Hilfe zum Sterben* und *Suizid* zu unterscheiden:

- *Aktive Sterbehilfe – Tötung auf Verlangen:* Dabei handelt es sich um einen Akt, bei dem auf Wunsch eines Sterbewilligen eine andere Person den Tod aktiv herbeiführt, also die Tatherrschaft nicht beim Sterbewilligen liegt. Die Tötung erfolgt durch Verabreichung eines pharmakologischen Mittels, das als solches und direkt dazu verabreicht wird, den Tod herbeizuführen. Darin liegt der wesentliche Unterschied zur passiven und indirekten Sterbehilfe. Der Unterschied zum Suizid resp. assistierten Suizid ergibt sich daraus, dass die Tatherrschaft durch die selbsttätige Einnahme des todbringenden Medikaments beim Sterbewilligen liegt. Nach § 216 StGB handelt es sich um den Tatbestand einer „Tötung auf Verlangen“, die verboten ist, jedoch vom Totschlag und Mord unterschieden wird.
- Der wesentliche Unterschied zwischen *erlaubten Formen der Sterbehilfe* – passive und indirekte – und (*assistiertem*) *Suizid* besteht darin, dass beim Suizid der Akt, der zum Sterben führt, ganz in der Tatherrschaft der sterbewilligen Person liegt. Nur sofern die Hilfe bis zu diesem finalen Akt als Hilfe zum Sterben-Können verstanden werden kann, kann auch bei der Assistenz zum Suizid von *Sterbehilfe* gesprochen werden.

Zu den einzelnen Formen:

- *Passive Sterbehilfe – Sterben zulassen:* Diese bezieht sich auf Fälle, in denen sich ein Mensch im Sterbeprozess befindet und kurative, also auf Heilung bezogene Behandlungen, nicht mehr möglich sind bzw. lediglich den Sterbeprozess verlängern würden. Der Begriff ist strittig, da diese Form der Sterbehilfe durch Verzicht, Abbrechen oder Reduzieren lebensverlängernder medizinischer Behandlungsmethoden definiert ist; dies schließt auch künstliche Ernährung, Beatmung und Reanimation ein. Alle diese Formen beruhen auf der Entscheidung handelnder Subjekte: Ärzt*innen, Patient*innen sowie An- und Zugehörige. Maßgeblich ist der explizite und freiverantwortliche Wille der Patientin bzw. des Patienten. Dieser kann in einer Patientenverfügung verfügt werden oder direkt und im Rahmen eines ärztlichen Aufklärungsgesprächs geäußert werden. Ist dies nicht möglich, entscheiden die Angehörigen aufgrund eines anderweitig geäußerten Willens des Patienten oder aufgrund von dessen mutmaßlichem Willen. Entscheidungen der Akteur*innen sind dann problematisch, wenn zum einen Zweifel an der Nichtkurierbarkeit bestehen und wenn zum anderen der Wille der Patientin oder des Patienten nicht eindeutig feststellbar ist und auch nicht gemutmaßt werden kann.
- Die Eigenschaft der Passivität ist auch deshalb nicht voll zutreffend, weil zwar keine kurative Behandlung mehr stattfindet oder reduziert wird, jedoch eine aktive palliative Behandlung möglich ist. Deren Ziel besteht in der Vermeidung von Schmerzen, also in der möglichst langen Aufrechterhaltung einer Lebensqualität, die den Prozess des Sterbens erträglich macht.
- Schließlich ist fraglich, ob es sich dann, wenn von der Patientin oder dem Patienten ausdrücklich über die Behandlungsmethoden entschieden werden kann, überhaupt um eine Hilfe zum Sterben handelt. Denn die Einwilligung in Behandlungsmethoden, Operationen etc., liegt dann allein in der Entscheidung der Patientin oder des Patienten. Von Sterbehilfe ist daher insbesondere in solchen Fällen sinn-



voll die Rede, wenn ein Ermessensspielraum aufseiten der Ärzt*innen und/oder der An- und Zugehörigen besteht.

- **Indirekte Sterbehilfe – Therapien am Lebensende:** Diese liegt dann vor, wenn Patient*innen im Sterbeprozess eine lebensqualitätserhaltende Behandlung erhalten, die primär bzw. direkt aus palliativen Gründen erfolgt, jedoch sekundär bzw. indirekt, wissentlich, aber unbeabsichtigt, auch den Sterbeprozess beschleunigt oder den Tod herbeiführen kann. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn die Dosierung von Schmerz-, Betäubungs- oder Beruhigungsmitteln um der Linderung willen so stark erhöht werden muss, dass als deren Nebenfolge die Beschleunigung des Sterbens oder die Herbeiführung des Todes in Kauf genommen wird. Auch hier ist davon auszugehen, dass im Normalfall der Wille der Patientin oder des Patienten zu einer palliativen Behandlung vorliegt. Liegt kein diesbezüglicher Wille vor – also dafür oder dagegen – handelt es sich bei schmerzlindernder Behandlung um eine ärztliche Pflicht: Bei der ärztlichen Pflichtenkollision, einerseits die Pflicht zur Schmerzlinderung, andererseits die Pflicht, das Leben zu erhalten, ist zugunsten der Pflicht zur Schmerzlinderung zu entscheiden (vgl. Bundesgerichtshof). D. h. einen Verzicht auf palliative Behandlung unter Inkaufnahme von Schmerzen damit zu begründen, diese könne den Tod beschleunigen oder herbeiführen, ist rechtlich untersagt. Eine eigene Form bildet die sogenannte patientenkontrollierte Schmerzlinderung (Patient-Controlled Analgesia/PCA), auch bekannt als Morphium-Pumpe. Diese Methode wird v. a. bei Krebserkrankungen in einem späten Stadium eingesetzt, um den Patient*innen zu ermöglichen, die jeweils notwendige Schmerzlinderung auch in Abwesenheit von Ärzt*innen oder Pflegenden selbst zu kontrollieren.
- **Sterbefasten – Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit:** Der Verzicht auf lebenserhaltende Nahrung und Flüssigkeit kann bewusst das eigene Sterben herbeiführen. Bei schwerer Krankheit kann es sich auch um den Verzicht auf künstliche Ernährung handeln. Der Prozess kann sich über Tage bis Wochen hinziehen; die Symptome können teilweise gelindert werden. Ob es sich beim Sterbefasten um eine Form des Suizids oder um eine Beschleunigung des Sterbeprozesses handelt, hängt jeweils von dem Motiv und den Umständen ab.
- **Suizid:** Ein Suizid liegt dann vor, wenn der eigentliche Tötungsakt in der ausschließlichen Tatherrschaft der Suizidentin oder des Suizidenten liegt. Grundsätzlich ist zwischen sogenannten harten und weichen Suizidmethoden zu unterscheiden. In Deutschland nehmen sich jährlich ca. 10.000 Menschen das Leben.
- **Assistierter Suizid – Hilfe zur Selbsttötung:** Es handelt sich um einen bestimmten Fall von Suizid sowie von Sterbehilfe: Die Besonderheit des Suizides besteht darin, dass er auf Assistenz angewiesen ist; die Besonderheit hinsichtlich der Sterbehilfe besteht darin, dass das Sterben in Form des Suizides herbeigeführt wird. Der Umfang und die Qualität der Assistenz sind unterschiedlich und hängen von der gesundheitlichen Gesamtsituation der Suizidentin oder des Suizidenten ab. Eine Assistenz kann von Ärzt*innen („ärztliche Assistenz beim Suizid“, „ärztliche Suizidhilfe“), von Sterbehilfeorganisationen (in der Regel Vereine) und An- und Zugehörigen erfolgen. Da in der Regel Sterbeorganisation und An- und Zugehörige ihre Assistenz auf ärztliche Gutachten stützen müssen, sind Ärzt*innen in Suizidassistenz regelmäßig einbezogen.
- **Ärztliche Assistenz:** Wenn nicht anderweitig erfolgt, beinhaltet diese erstens die umfassende ärztliche Aufklärung über Inhalt und die Folgen der Mitwirkung, unter Einhaltung der gesetzlichen und standesrechtlichen und -ethischen Regelungen, zweitens die Vergewisserung über die Fähigkeit der suizidwilligen Person, ihren Willen frei und unbeeinflusst von psychischen Störungen, Zwang und anderen Einflussnahmen bestimmen zu können, über die Dauerhaftigkeit und innere Festigkeit des Willens der suizidwilligen Person. Die Hilfe kann drittens in der Verschreibung oder im Überlassen eines todbringenden Medikaments bestehen. Die Mitwirkung kann viertens im Hinweis auf oder in der Vermittlung an eine Organisation zur Suizidhilfe bestehen. Sie kann fünftens in der Aufklärung und Beratung der An- und Zugehörigen bestehen, die ihrerseits beim Suizid unterstützen. Schließlich kann sechstens die Assistenz in der Erstellung eines Gutachtens für Sterbehilfeorganisationen bestehen.



- **Sterbehilfeorganisationen:** Der Umfang der Hilfe hängt davon ab, was eine sterbewillige Person erwünscht, und kann von der ersten Beratung und Aufklärung über Suizidassistentz über die Unterstützung bei der ärztlichen Mitwirkung bis hin zur praktischen Begleitung im Moment des Suizids reichen. Auch zu ihrer Mitwirkung gehört die Aufklärung über Suizidprävention und -alternativen. Dabei hängt vieles davon ab, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Weise ärztliche Unterstützung eingeholt wird und ob bzw. wann und in welcher Weise An- und Zugehörige einbezogen werden.
- **An- und Zugehörige:** Ihre Assistentz hängt ganz wesentlich davon ab, zu welcher Form der Mitwirkung sie bereit und fähig sind und um welche Hilfe sie gebeten werden. Auch sie sind ihrerseits auf Aufklärung und Beratung durch Ärzt*innen und/oder Sterbehilfeorganisationen angewiesen.
- **Wesentliche und finale Mitwirkung:** Im Wesentlichen besteht die Assistentz in der Bereitstellung eines sicher und schmerzfrei den Tod herbeiführenden Präparates und in der finalen praktischen Bereitstellung in der Weise, dass der letzte Akt der oralen Einnahme oder der Bedingung des Ventils (bei Infusion) durch die sterbewillige Person selbstständig vorgenommen werden kann. Der Umfang dieser Mitwirkung hängt unmittelbar am Grad der körperlichen Beeinträchtigung der sterbewilligen Person. In der Regel handelt es sich um eine tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital. Sofern dieses oder andere Präparate dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, sind sie nach derzeitiger Rechtslage auf zwei Wegen zu beschaffen:
 1. durch ärztliches Überlassen oder Verschreiben
 2. durch einen Antrag auf Erlaubnis zum Erwerb des Betäubungsmittels beim *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)*.
- **Suizidprävention:** Suizidprävention bietet ein breitgefächertes Spektrum. Dieses reicht von Programmen auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation (10. September als Welt-Suizid-Präventionstag) bis hin zum seelischen und praktischen Beistand im sozialen Nahbe-

reich. Grundsätzlich gilt, dass Suizidassistentz und Suizidprävention keine sich ausschließenden Alternativen darstellen. Dies bedeutet:

1. Da niemand zur Suizidassistentz verpflichtet ist oder werden kann, kann der Beistand einer suizidwilligen Person darauf zielen, Alternativen zum Suizid zu eröffnen, Informationen über medizinische, palliative, psychiatrische, psychosoziale und hospizliche Angebote zu geben und zu vermitteln. Dazu sind Ärzt*innen sowohl durch ihre allgemeine Aufklärungs- und Beratungspflicht als auch durch spezifische standesrechtliche Vorgaben zur ärztlichen Aufklärung bei Wunsch nach Suizidhilfe verpflichtet. Nach der aktuellen Position der Bundesärztekammer besteht die Notwendigkeit und der Primat der Prävention vor der Suizidassistentz. Ähnliches trifft auf Sterbehilfeorganisationen zu. Es ist zu vermuten, dass der Gesetzgeber in seinen Regelungen zur Kontrolle dieser Organisationen diesen Aspekt verstärken wird.
2. Eine Alternative besteht aber auch deswegen nicht, weil auch nach eingehender Aufklärung, Beratung und Eröffnung von obengenannten Angeboten Menschen zum Entschluss kommen oder diesen aufrechterhalten können, ihr Leben durch assistierten Suizid zu beenden.

Für alle, die bei einem assistierten Suizid helfen, stellt sich die Frage, in welcher Phase des Prozesses welche Interventionen notwendig und sinnvoll sind. Eine allgemeine Regel kann nicht aufgestellt werden. Im Grundsatz gilt jedoch: Suizidpräventive Interventionen und Angebote stehen insbesondere in einer frühen Phase des Beistandes im Mittelpunkt. Jedoch ist vonseiten der assistierenden Person bis zur letzten Minute der Prozess offen zu halten und die Entscheidungsfreiheit auch für Alternativen zum Suizid zu unterstützen.



III. Literaturverzeichnis

Denkraum: Assistierter Suizid,

unter: <https://www.denkraum-assistierter-suizid.de/> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Die Würde der Sterbenden – Debatte zum selbstbestimmten Sterben, 2023,

unter: <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2023/juni/die-wuerde-der-sterbenden-debatte-zum-selbstbestimmten-sterben> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Drechsel, Wolfgang: Die Vielfalt der seelsorglichen Praxis als Grundlage der Frage nach der Seelsorge,

in: Ders./Sabine Kast-Streib (Hg.), Seelsorgefelder. Annäherung an die Vielgestaltigkeit von Seelsorge, Leipzig 2017, 101-124

Ehlert, Florian Sebastian: Vom Seufzen der Kreatur. Pastoraltheologische Perspektiven für das seelsorgliche Handeln im suizidalen Feld,

in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022, 205-222

Factsheet zum Thema Suicide bei der WHO,

unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB, in: Deutsches Ärzteblatt 118/29-30 (2021), A1428-1432,

unter: <https://api.aerzteblatt.de/pdf/118/29/a1428.pdf> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Ich bin ein Gast auf Erden, Psalm 119,19. Orientierungshilfe zum Umgang mit Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz. Für Begleitende, Beratende, Versorgende, Leitende in Diensten und Einrichtungen der Diakonie,

unter: https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Presse/23-11-06_DT_Orient_assistierter_Suizid_HomePrint.pdf (Abrufdatum: 15.03.2026)

Karle, Isolde: Praktische Theologie, Leipzig 2020

Keller-Denecke, Uwe: Begleiten – Was macht Krankenhausseelsorge da eigentlich?,

in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 113-117

Klessmann, Michael: Verschwiegene Macht. Figurationen von Macht und Ohnmacht in der Kirche, Göttingen 2023

Mitteilung der Diakonie Deutschland,

unter: <https://www.diakonie.de/informieren/infothek/2024/juli/suizidpraeventionsgesetz-muss-kommen> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Morgenthaler, Christoph: Seelsorge bei assistiertem Suizid. Erfahrungen und konzeptionelle Überlegungen aus der Schweiz,

in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 95-112

Morgenthaler, Christoph: Seelsorge, Kirche und Suizidhilfe. Praktisch-theologische Perspektiven,

in: Michael Coors/Sebastian Farr (Hg.), Seelsorge bei assistiertem Suizid. Ethik, Praktische Theologie und kirchliche Praxis, Zürich 2022, 173-188

Morgenthaler, Christoph: Systemische Seelsorge. Impulse der Familien- und Systemtherapie für die kirchliche Praxis, Stuttgart 2019



Schneider, Barbara: Suizidprävention, in: Dorothee Arnold-Krüger/Anne-Kathrin Pappert (Hg.), Assistierter Suizid. Standortbestimmungen und seelsorgliche Konsequenzen, Stuttgart 2023, 41-57

Stellungnahme des Rates der EKD im Vorfeld der Entscheidung des Bundestages über eine rechtliche Regulierung der Suizidbeihilfe, 2023,

unter: <https://www.ekd.de/stellungnahme-rat-suizidbeihilfe-79346.htm> (Abrufdatum: 15.03.2026)

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V., Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens,

in: Ethik Med 22 (2010), 149-153 (DOI 10.1007/s00481-010-0053-4)

Website des Zentrums für Seelsorge und Beratung der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Hannovers,

unter: https://www.zentrum-seelsorge.de/arbeitsfelder/supervision_coaching/gebrauchsanweisung_supervision (Abrufdatum: 15.03.2026)



Mitglieder des Seelsorgeausschusses der VELKD

Angela Grimm,

Direktorin des Zentrums für Seelsorge und Beratung der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers/Hannover (Vorsitzende).

Reinhard Dircks,

Pastor und Krankenhausseelsorger am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE)/Nordkirche (stellvertr. Vorsitzender).

Anette Carstens, Pfarrerin i. R. und bis 30.6.2025 Leiterin der Telefonseelsorge Magdeburg und nördliches Sachsen-Anhalt/Mitteldeutschland.

Dr. Elis Eichener,

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Praktische Theologie der Ev.-Theologischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

Dr. Ines Mory,

Pfarrerin und Krankenhausseelsorgerin im Fachkrankenhaus Großschweidnitz/Sachsen.

Martin Runnebaum,

Superintendent und Oberprediger in Stadthagen/Evangelisch-Lutherische Landeskirche Schaumburg-Lippe.

Dr. Tanja Stiehl,

Kirchenrätin, Referat für Gesellschaftsbezogene Aufgaben im Landeskirchenamt der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern/München.

Jörg Willenbockel,

Landeskirchenrat, Leiter des Referates für Spezialseelsorge und Beratung, Diakoninnen und Diakone im Landeskirchenamt der Evangelisch-lutherischen Landeskirche in Braunschweig/Wolfenbüttel.

Dr. Jonah Evin Klee,

Oberkirchenrätin, Referentin für Bildung, Seelsorge, Generalsynode im Amtsbereich der VELKD im Kirchenamt der EKD/Hannover (Geschäftsführerin/Redaktion)

Impressum

Vereinigte Evangelisch-Lutherische Kirche Deutschlands (VELKD)
Amtsbereich der VELKD im Kirchenamt der EKD

Referat für Kommunikation
Herrenhäuser Straße 12
30419 Hannover
Tel.: +49 511 2796-532
E-Mail: pressestelle@velkd.de

Online-Publikation
Redaktion: Oberkirchenrätin Dr. Jonah Evin Klee, Oberkirchenrat Dr. Dr. Frank Hofmann
Layout: Dörte Rautmann

ISSN 2190-7625
© 2026 VELKD