Suizidhilfe durch Ärzt*innen – zwischen Dürfen, Können und Sollen

Beate Winkler

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 sehen sich Ärzt*innen zerrissen zwischen einer formalen Erlaubnis, Suizidhilfe durchzuführen, zudem mit der Erwartung steigender Anfragen durch ihre Patient*innen konfrontiert, und der Ablehnung der Maßnahme durch Kirchen und zum Teil die eigenen Berufsverbände sowie der fehlenden Rahmenbedingungen durch die Politik und innerhalb der Institutionen. Wie sollen sich Ärzt*innen im Angesicht der Not ihrer Patient*innen zwischen diesem Dürfen, und Doch-nicht-richtig-Dürfen, und Sollen, oder Vielleicht-besser-niemals-Sollen, selbst bei ausreichendem Können, richtig verhalten?

Einleiten möchte ich mit einem Fallbeispiel:

M. ist neunzehn. Seine Diagnose lautet Rezidiv eines Sarkoms der Nasennebenhöhle. Sein Leiden ist etwas anderes. Er hat die Chemotherapie und Strahlentherapie über sich ergehen lassen, obwohl etwas in ihm immer gesagt hat, dass es nicht helfen wird. Der rasche Rückfall, erneute Therapie, wieder war er im Krankenhaus, das er hasst. Und er hat recht behalten. Es hat alles nichts gebracht. Der Krebs ist aus seiner Nase gequollen, er hat inzwischen das gesamte Gesicht zerfressen, liegt wie eine Maske vor diesem. M. ist blind. Damit sehr hilfsbedürftig. Er kann nicht mehr riechen. Das ist von Vorteil. Sein Tumor, und damit er, der untrennbar mit ihm verbunden ist, stinkt. Er kann noch etwas sprechen, aber nicht mehr essen. Die Magensonde in seinem Mund ist ihm heilig. Er hat Angst, dass sie herausrutscht und niemand mehr eine neue hineinbekommt. Zudem die Angst, dass der Tumor weiterwächst, ihm langsam die Kehle zuschnürt und ihn röchelnd ersticken lässt. Er hat auf Halloween hingelebt. Er wollte noch einmal raus, ohne sich zu verhüllen. Und er hat es getan, zusammen mit seinen Freunden, die ihn, seine tumoröse Maske, als Muster für ihr eigenes Schminken genommen haben. Sie haben erzählt, gelacht, ihn draußen geführt. Zusammen haben sie die Welt erschreckt, die sich öffnenden Haustüren, entsetztes Luftholen. Seine Freunde haben ihm das Grauen beschrieben, das sich in die Gesichter gemalt hat. Heute ist der Morgen danach. Er wartet auf seine Ärztin, eine Onkologin und Palliativmedizinerin. Sie hat immerhin seine Schmerzen unter Kontrolle gebracht und sie kann zuhören. Seine Hand gleitet tastend über die Sonde, die in seinem Mundwinkel hängt, die ihn am Leben hält. Hierüber könnte er sich selbst eine tödliche Substanz verabreichen. Er will in kein Krankenhaus. Er möchte zu Hause sterben. Er möchte nicht

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

verhungern oder verdursten. Er war so lange krank. Er hat all die Therapien mitgemacht, weil sie ihn überredet haben. Sein Sterben soll anders sein als seine Krankheit. Es soll schnell sein und unter seiner *Kontrolle. Er möchte selbst entscheiden, wann, wie und wo er stirbt, und wer bei ihm ist. Die Ärztin soll sein Sterben nicht steuern, ihm nur die Substanz zur Verfügung stellen. Es ist sein letzter Wunsch. Heute wird er sie nach der Todes-Substanz fragen.*

Der geschilderte Fall basiert auf der Erfahrung mit einem Patienten aus unserer Abteilung, ist aus Anonymitätsgründen in den medizinischen Details verändert. Das Gedankengut des Patienten ist zum Teil fiktiv. Er soll stellvertretend beschrieben sein für Menschen, die krankheitsbedingt ein hohes Maß an Leid aushalten müssen, die für sich beschließen, dass ihr Leben so für sie nicht mehr lebenswert ist, und die ein ohnehin nahes Sterben beschleunigen möchten und meinen, nicht bis zum »bitteren Ende« durchhalten zu können. Dem Patienten in den Mund gelegt ist die Haltung, dass er selbst es sein möchte, der sein Sterben steuert, nach monatelanger Abhängigkeit und von ihm als aufgezwungen empfundener Therapie. Es geht dem jungen Mann um die Selbstbestimmung seines Sterbeprozesses. Wenn dieser Wunsch nach Selbstbestimmung die Frage nach einem assistierten Suizid begründet, kann die ärztliche Antwort *nicht* eine terminale Sedierung unter Vorenthaltung von Nahrung und Flüssigkeit sein, weil sie den Patienten seiner Autonomie beraubt. In anderen Situationen, in denen das Leiden an sich im Vordergrund steht, könnten Ärzt*innen eine terminale Sedierung, die als außergewöhnliche medizinische Maßnahme möglich und erlaubt ist, mit Sterbewilligen als alternative Option besprechen.

Ein Urteil zum Suizid und die Frage zur Rolle der Ärzt*innen bei einer Suizidassistenz

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil vom 26. Februar 2020[1] den §217 des Strafgesetzbuchs für nichtig erklärt und Suizidwilligen das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben zuerkannt, verbunden mit der Möglichkeit, sich hierbei helfen zu lassen. Durch die Aufhebung des §217 kam es in der Folge zu einer Änderung der ärztlichen Musterberufsordnung durch die Streichung des Satzes »er [der Arzt] darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten«.[2] Während es Ärzt*innen somit juristisch erlaubt ist, Hilfe zum Suizid zu leisten, fehlt aktuell die Ausgestaltung der politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, unter denen eine Suizidassistenz erfolgen soll. Der Bundestag hat am 6. Juli 2023 in 2./3. Lesung zwei vorgelegte Gesetzesentwürfe zur Reform der Sterbehil-

1 Gemeint ist das Urteil vom 26.02.2020, das das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärte: 2 BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16.

2 Beispielhaft sei hier die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018 genannt. Hier heißt es in »§16 Beistand für den Sterbenden: Der Arzt hat dem Sterbenden unter Wahrung seiner Würde und Achtung seines Willens beizustehen. Es ist ihm verboten, einen Patienten auf dessen Verlangen zu töten. Er darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.« Der letzte Satz wurde gestrichen.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

fe abgelehnt.[3] Somit sehen sich Ärzt*innen in ihrer individuellen Beziehung zu ihren Patient*innen vor die Herausforderung gestellt, wie sie *heute* mit Wünschen seitens ihrer Patient*innen nach Suizidassistenz umgehen sollen. Schwer kranke Patient*innen, die aufgrund ihres von ihnen als unerträglich empfundenen Leidens heute Suizidhilfe wünschen, können nicht auf die fehlende Regelung warten. Die mit diesem Wunsch herausgeforderten Ärzt*innen können sich nicht mehr auf ein gesetzliches Verbot zurückziehen, wie es zwischen 2015 und 2020 möglich war.[4] Individuellen Entscheidungen im Arzt-Patient-Verhältnis wird Raum gegeben und Ärzt*innen müssen mit ihren Patient*innen, in deren spezieller Situation, entscheiden, ob sie zu einer Suizidassistenz bereit sind. In der Bevölkerung ist die Zustimmung für einen straffreien assistierten Suizid groß, und sie steigt an. In einer Umfrage aus dem Jahr 2019 unterstützten 69 Prozent der Befragten einen assistierten Suizid, im Jahr 2021 75 Prozent.[5] Weltweit zeigt sich in mehreren Ländern eine zunehmend liberalere Haltung zum assistierten Suizid (vgl. Mroz/Dierickx/Delien 2020). Es ist damit zu rechnen, dass die Zahl der Anfragen nach einem assistierten Suizid in Deutschland steigen wird.[6,7]

Da sich das Urteil des Bundesverfassungsgerichts allein auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2, Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1, Abs. 1 des Grundgesetzes beruft[8] und Menschen in unserem Lande darauf fußend ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Akt autonomer Selbstbestimmung zugesteht, werfen sich weitere Fragen auf, unter anderem wo die Rolle der Ärzt*innen in der Assistenz zum Suizid liegen soll. Nach

3 Gemeint ist zum einen der Gesetzentwurf 20/904 von Dr. Castellucci et al. unter dem Titel »Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung«, in dem erneut eine Regelung der Suizidhilfe im Strafgesetzbuch vorgesehen ist, die die geschäftsmäßige Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe stellt, aber Ausnahmen formuliert, unter denen die Suizidhilfe nicht rechtswidrig wäre; zum anderen der zusammengelegte Entwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«. Beide Entwürfe waren fraktionsübergreifend, keiner der Entwürfe konnte in der namentlichen Abstimmung eine Mehrheit erreichen.

4 Inkrafttreten des §217 »Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung« am 10.12.2015.

5 Die internationale Data&Analytics Group YouGov hat je etwa 2000 Personen ab 18 Jahren befragt. Die Zustimmung war in der Altersgruppe ab 55 Jahre am höchsten. Quelle: https://yougov.de/topics/health/articles-reports/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.

6 Zwischen März 2017 und September 2020 wurden 190 Anträge auf Pentobarbital von Privatpersonen beim BfArM gestellt, davon 16 zwischen Mai und September 2020. Auf Weisung des Bundesgesundheitsministeriums wurden diese alle negativ beschieden. Quelle: https://www.aerztezeitung.de/Politik/190-Antraege-auf-ein-toedliches-Medikament-412956.html, abgerufen zuletzt am 05.08.2023.

7 Auf eine Anfrage der Gruppe um Helling-Plahr erwiderte der Bundestag in der Drucksache 19/9847 vom 02.05.19, es haben 91 Anträge beim BfArM vorgelegen, die alle abgelehnt wurden.

8 Aus dem unter 1 genannten Urteil: Leitsatz 1 a) Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art.1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts *dürfen* Ärzt*innen Suizidhilfe leisten,[9] es darf jedoch niemand *verpflichtet werden*, Suizidhilfe zu leisten, Ärzt*innen müssen also nicht Suizidhilfe leisten.[10] Bei fehlendem Bezug auf mögliche Situationen, in denen eine Suizidhilfe angemessen sein soll, zum Beispiel eine extreme Notlage,[11] stellt sich umgekehrt jedoch die Frage, ob es Situationen bei Suizidwilligen gibt, in denen Ärzt*innen Suizidhilfe leisten *sollten*, weil kein anderes Mittel der Leidenslinderung adäquat erscheint. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts wendet sich nicht primär an Ärzt*innen als mögliche Suizidassistent*innen, sondern erlaubt die Hilfe zum Suizid zunächst allen Bürger*innen, daher stellt sich zudem die Frage, ob die Suizidassistenz unter fachlichen Gesichtspunkten primär an Ärzt*innen zu delegieren ist, ob diese über spezifische Fähigkeiten verfügen, die sie für eine Suizidassistenz prädestinieren. Die oben genannten vorliegenden Gesetzesentwürfe sehen alle eine Rolle der Ärzteschaft vor. Länder, in denen Suizidhilfe und/oder eine Tötung auf Verlangen rechtlich erlaubt ist, binden diese an den ärztlichen Berufsstand (wenigstens, was die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit und die Ausstellung eines Rezepts betrifft) – dennoch muss die Frage erlaubt sein: Verfügen Ärzt*innen über ein spezifisches Können, so dass primär ihnen eine Rolle beim unterstützten Suizid zugedacht werden soll?

Die Fragen, ob Ärzt*innen Suizidhilfe leisten dürfen, können und/oder sollen, werden in den folgenden Abschnitten nacheinander beleuchtet.

Dürfen

In der Schweiz ist seit 1942 der assistierte Suizid unter bestimmten Bedingungen legal. 2002 wurden sowohl in den Niederlanden als auch in Belgien der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen unter bestimmten Bedingungen gesetzlich erlaubt. In den folgenden Jahren legalisierten 16 Bundesstaaten in den USA einen ärztlich assistierten Suizid (aber keine Tötung auf Verlangen), in Kanada ist seit 2016 sowohl ein ärztlich assistierter Suizid als auch eine Tötung auf Verlangen erlaubt (vgl. Mroz/Dierickx/Delien 2020).

Man kann die Niederlande als Modellland sehen, in dem der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen offen durchgeführt werden und eine klare Erfassung der Fälle vorliegt. In den Niederlanden gibt es zudem ein Netzwerk von Konsultationsärzt*innen, die den behandelnden Ärzt*innen für eine Zweitmeinung zur Verfügung stehen,

9 Leitsatz 1c) Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

10 Leitsatz 6: Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe zu leisten.

11 Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 2017: BVerwGE 3C 19.15, OVG 13 A 1299/4, Leitsatz 4: Eine extreme Notlage ist gegeben, wenn – erstens – die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, – zweitens – der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm – drittens – eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht. – In diesem Urteil ging es die Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

wenn ein*e Patient*in mit einem Sterbewunsch auf ihre*n Ärztin*Arzt zukommt. Über die Jahre scheint sich unter diesem offenen Umgang mit der Sterbehilfe langsam eine Art »Indikation« herauszubilden, wann eine Hilfe zum Sterben gesellschaftlich akzeptabel ist, respektive dafür, wann ein Leiden als unerträglich bezeichnet werden kann (vgl. Wijsbek 2012). In der niederländischen Gesetzgebung wird der assistierte Suizid und eine Tötung auf Verlangen nicht an sich gesetzlich freigegeben, sondern es müssen sechs Sorgfaltskriterien erfüllt sein, damit Ärzt*innen nach Durchführung einer Sterbehilfe straffrei bleibt. Zunächst muss der Sterbewunsch der Patient*innen freiwillig und nach reiflicher Überlegung entstanden sein, neben mehreren klassischen Kriterien (wie informed consent) muss der Zustand der Patient*innen aussichtslos und ihr Leiden unerträglich sein (vgl. The Dutch Termination of Life 2002). Hiermit formulieren die Niederlande etwas, das in einem Urteil des deutschen Bundesverwaltungsgerichts 2017 als »extreme Notlage« definiert wurde.[11]

Interessanterweise enthält sich das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil zur Abschaffung des §217 der Forderung, dass eine solche extreme Notlage vorliegen müsse, damit ein (assistierter) Suizid rechtens ist. Es formuliert vielmehr ein primäres Recht des Einzelnen auf selbstbestimmtes Sterben, ist somit mehr ein Urteil zur Legalität des Suizids an sich. Die Hilfe zum Suizid taucht erst an zweiter Stelle auf (Leitsatz 1c): »Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen«.

Somit ist es rechtlich in Deutschland allen Bürger*innen erlaubt, einem anderen Menschen Suizidhilfe zu leisten, nur muss man sicher sein, dass der suizidwillige Mensch seinen Wunsch zum Suizid freiwillig ohne Druck von außen und frei von krankhafter Suizidalität getroffen hat. Das Urteil spricht nicht von einer Verpflichtung zur Hilfe. Eine besondere Rolle der Ärzt*innen wird in dem Urteil nicht formuliert. Dies scheint auch schwierig, wenn das Leiden, das einen Menschen in den Suizidwunsch treibt, unerheblich sein soll.

Dass Ärzt*innen gemäß dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts jetzt (wieder, wie vor 2015) beim Suizid helfen dürfen, führte zu einer notwendigen Änderung in der Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte durch Streichung des Satzes »er darf keine Hilfe zur Tötung leisten« (siehe oben). Die Entscheidung hierzu erfolgte im Mai 2021 auf dem 124. Ärztetag, jedoch unter erheblichen »Bauchschmerzen« der Beteiligten.[12] Maio kommentiert in seinem Artikel *Der assistierte Suizid und die Identität der Medizin,* dass das Urteil des Bundesverfassungsgerichts die Ärzteschaft »im Grunde erpresst« (Maio, 2021).

Ich sehe nicht, dass die Freiheit für Bürger*innen und Ärzt*innen, bei einem Suizid helfen zu dürfen, einen Druck auf einzelne Ärzt*innen aufbaut, Suizidhilfe leisten zu müssen. Niemand kann nach dem Urteil zur Suizidhilfe verpflichtet werden, so dass Ärzt*innen weiterhin eine Suizidbeihilfe im Einzelfall, aber auch generell, ablehnen können. Mit der gerichtlichen Erlaubnis, beim Suizid assistieren zu dürfen, bleibt die Lage für Ärzt*innen vor Ort, die von ihren Patient*innen explizit um Hilfe zum Suizid angefragt werden, schwierig. Zahlreiche ärztliche Kolleg*innen sehen die Beihilfe zum Suizid

12 Wiedergegeben im Ärzteblatt unter dem Titel »Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe« vom 05. Mai 2021. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

nicht als ärztliche Aufgabe an (vgl. Sahm 2021)[13], sie sehen diese als nicht mit dem ärztlichen Ethos vereinbar. Sowohl die evangelische und die katholische Kirche[14] als auch die Fachgesellschaften für Palliativmedizin und Psychiatrie[15] stellen sich gegen einen Suizid als »Problemlösung«. Die Lage ist jedoch zum Beispiel in den USA, wo nur in einigen Staaten der ärztlich assistierte Suizid erlaubt ist, nicht anders. Das American College of Physicians (ACP) stellt sich gegen die Durchführung eines assistierten Suizids durch Ärzt*innen (Snyder/Sulmasi/Mueller 2017: 576ff.).

Jurist*innen reagieren teils mit Unverständnis, wenn Ärzt*innen ihre eigene Unsicherheit als Grund angeben, eine Hilfe zum Suizid zu unterlassen. Es sei doch erlaubt. Dennoch scheint es vordringlich Aufgabe des Gesetzgebers, auf dem Boden des Urteils des Bundesverfassungsgerichts eine transparente und tragbare Lösung dafür auszuarbeiten, unter welchen Bedingungen ein (ärztlich) assistierter Suizid erlaubt sein soll. Solange diese rechtlichen Rahmenbedingungen nicht formuliert sind, werden Kliniken und Altenheime als Institutionen, in denen ein großer Teil der potenziellen »Zielgruppe« des Urteils in Behandlung oder Betreuung sind, sich kaum an die Erstellung von Leitlinien heranwagen, wie mit den Anfragen von Patient*innen und Bewohner*innen umzugehen ist. An einer Klinik beschäftigtem ärztlichen Personal ist es in der heutigen Lage de facto nicht möglich (obwohl gesetzlich erlaubt), einen assistierten Suizid offen anzubieten oder durchzuführen.

Auch eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes, das eine Herausgabe von Pentobarbital bis heute unmöglich macht, ist wünschenswert, wenn der Zugang zu einem (ärztlich) assistierten Suizid durch eine oral einnehmbare Substanz für Sterbewillige mit größtmöglicher Sicherheit und Selbstständigkeit möglich sein soll.[16]

Ohne klar vorgegebene politisch, gesellschaftlich und innerhalb der Ärzteschaft akzeptierte Rahmenbedingungen ist das alleinige Dürfen durch ein Urteil unseres höchsten Gerichts nicht hinreichend, damit vor allem schwer kranken Patient*innen der Weg zu einem ärztlich assistierten Suizid eröffnet werden kann, ohne auf der anderen Sei-

13 Beispielhaft in Sahm S. »Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren«, in: Hessisches Ärzteblatt (2/2021), S. 91–96: »Beihilfe zum Bilanzsuizid ohne Vorliegen einer Krankheit ist keine ärztliche Aufgabe« (S. 91) und »Von Patienten als nicht erträglich eingeschätzte Leidenszustände sind immer einer Therapie zugänglich, und sei es durch eine vorübergehende, reversible palliative Sedierung. Medizinische Kriterien, die die Zuschreibung von Zuständen als ›nicht erträglich‹ erlauben, existieren nicht. Mithin ist die Rechtfertigung des PAS aufgrund solcher ärztlichen Einschätzung nicht vertretbar. Sie setzen ein medizinisches Urteil voraus, das den Todeswunsch rechtfertigt. […] dies widerspricht der ärztlichen Ethik« (S. 93).

14 https://www.ekd.de/gemeinsame-erklaerung-dbk-und-ekd-zum-urteil-selbsttotung-53539.htm, abgerufen am 19.03.2022.

15 Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention vom 24.02.2021 sowie Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe.

16 §5 Abs.1 Nr.6 BtMG: »Die Erlaubnis nach §3 ist zu versagen, wenn […] die Art und der Zweck des beantragten Verkehrs nicht mit dem Zweck dieses Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, daneben aber den Missbrauch von Betäubungsmitteln […] vereinbar ist.«

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

te Ärzt*innen in schwerwiegende Gewissenskonflikte oder sogar Ächtung innerhalb der Ärzteschaft zu stürzen.

Können

Die Erlaubnis Suizidhilfe zu leisten und den Ärzt*innen hierbei eine mehr oder minder zentrale Rolle einzuräumen, zieht die Frage nach sich, ob Ärzt*innen besonders qualifiziert sind, Suizidhilfe zu leisten.

In den vorliegenden Gesetzentwürfen wird für Ärzt*innen eine Rolle bei der Suizidassistenz und in Beratungskommissionen vorgesehen. Am ausgeprägtesten schreibt der Gesetzentwurf von Borasio, Jox, Taupitz und Wiesing in ihrem Vorschlag *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben* Ärzt*innen »eine maßgebliche Rolle bei der Hilfe zur freiverantwortlichen Selbsttötung zu« (Borasio et a. 2022:2). Die Autoren aus den Bereichen Recht, Ethik und Palliativmedizin sehen die Ärzteschaft in der Verantwortung, da ein Großteil der von dem Gesetz Betroffenen schwer krank und damit ohnehin in ärztlicher Betreuung ist, und in dieser Situation nur durch das ärztliche Fachwissen alternative Behandlungsmöglichkeiten des Leidens der Patient*innen aufgezeigt werden können. Ein weiterer Punkt ist die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit, also vor allem der Ausschluss einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung, die den Suizidwunsch »behandelbar« erscheinen lässt, hier ist das Fachwissen von Psychiater*innen und Psycholog*innen nicht ersetzbar.

Ärzt*innen werden in den Gesetzesvorschlägen von Vertretern aus Politik, Judikative und Ethik und von der Ärzteschaft selbst als kompetent ausgewiesen, Suizidwillige zu beraten, ihnen psychische Gesundheit zu attestieren und die Freiwilligkeit und Beständigkeit ihres Suizidwunsches zu evaluieren. Ärztliche Kolleg*innen, die beraten, sollen nicht dieselben sein, die schließlich die Hilfe zum Suizid anbieten, im Sinne einer Entlastung der*des Ärztin*Arztes, die*der die Handlung schließlich vornimmt.

Lediglich der gemeinsame Gesetzesentwurf von Künast und Helling-Plahr et al.[17] bestimmt eine Sondersituation, in der es nicht primär Ärzt*innen obliegen soll, sich um den suizidwilligen Menschen zu kümmern: Sie unterscheiden die suizidnachfragenden, schwer kranken Patient*innen (»Verfahren des Zugangs in medizinischer Notlage«), deren Behandlung und Evaluation in ärztliche Hand gehört (und dort in der Regel ohnehin ist), von Suizidwilligen, die »aus anderen Gründen« Hilfe zum Suizid wünschen (»Allgemeines Verfahren des Zugangs«). Im zweiten Fall soll Ärzt*innen keine zentrale Rolle eingeräumt werden, sondern einer »nach Landesrecht zuständige[n] Stelle«. Wenigstens die Ausstellung eines Rezepts für eine todbringende Substanz wird aber aller Erwartung nach in ärztlicher Hand bleiben.

Die Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen beschreibt in §1, Satz 2 folgende Aufgaben der Ärzt*innen: »Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und

17 Gemeinsamer Entwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten«.[18] Sterbenden Beistand zu leisten, ihnen in ihren letzten Tagen und Stunden zur Seite zu stehen, ihre Symptome zu behandeln und ihr Leid zu lindern, ist damit Teil des ärztlichen Berufs. Ärzt*innen kommen durch ihren Beruf notgedrungen mit dem Sterben, auch mit sehr ausgeprägten Leidenssituationen in Kontakt. Mit der Etablierung der Palliativmedizin hat sich eine ganze Fachrichtung herausgebildet, deren Aufgabe es ist, Patient*innen im Sterben zur Seite zu stehen. Es gibt somit Ärzt*innen (wenn dies auch nicht für alle gilt), die sich tagtäglich mit sehr schweren Leidenssituationen und dem Sterben beschäftigen. Sie haben Expertise und Erfahrung im Umgang mit Sterbenden. Es ist ihre Aufgabe, das Leiden am Lebensende zu lindern. Ärzt*innen sind zudem vertraut im Umgang mit Narkotika und der Behandlung von Nebenwirkungen derselben. Es scheint also folgerichtig, dass die Kompetenz, einen assistierten Suizid möglichst leid- und nebenwirkungsfrei durchzuführen, vor allen bei Ärzt*innen gesehen wird.

Ärzt*innen können außerdem in vielerlei Hinsicht als »Schutzschild« gegen Suizide gesehen werden, sei es in der Behandlung einer psychischen Erkrankung durch Psychiater*innen oder in der Linderung schwerwiegender Symptome am Lebensende durch Palliativmediziner*innen.

Nicht-Können im Sinne mangelnder Sachkenntnis

Trotz des offenbar von der Gesellschaft, der Judikative und der Politik in die Ärzteschaft gesetzten Vertrauens, sträubt sich ein Teil der Ärzteschaft gegen die Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids unter dem Argument der fehlenden Expertise, zum Beispiel geben Ärzt*innen an, keinen sicheren Umgang mit Betäubungsmitteln zu haben und sich zu sorgen, mit möglichen Komplikationen der Prozedur nicht umgehen zu können (vgl. Gamondi, Borasio, Oliver 2019). Hier verweisen diejenigen, die die Prozedur durchführen sollen, auf mangelndes *Können*, eine mangelnde Sachkenntnis. Zudem wird von ärztlicher Seite bezweifelt, dass alle ärztlichen Kolleg*innen ausreichende Sachkenntnis besitzen, um eine psychiatrische Erkrankung als Grundlage für den Suizidwunsch auszuschließen.

Es bleibt hier zu fragen, ob Fortbildungsmaßnahmen erzwungen werden können, um die Sachkenntnis zur Umsetzung eines ärztlich assistierten Suizids zu erlernen. Die Beurteilung, ob Patient*innen sich freiwillig zu einer medizinischen Maßnahme entscheiden, ist jedoch alltäglich notwendig bei der Einholung einer informierten Einwilligung. Nicht zuletzt könnten Ärzt*innen, die sich nicht als sachkompetent in der Beurteilung der Situation oder für die Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids empfinden, stets an Kolleg*innen weiterverweisen, die hierfür spezialisiert sind; das Weiterverweisen an Expert*innen ist gang und gäbe in der ärztlichen Praxis. Unter Verweis auf mangelnde Sachkompetenz Patient*innen den ärztlich assistierten Suizid zu verweigern, scheint somit nicht überzeugend.

18 Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Nichtkönnen bei Gewissenskonflikt

Ein ganz anderes Argument speist sich aus der ärztlichen Autonomie. Ärzt*innen dürfen, auch laut dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts, nicht zur Durchführung eines ärztlich assistierten Suizids gezwungen werden. Ob eine Beihilfe zum Suizid in der individuellen Arzt-Patient-Konstellation durchgeführt werden soll, wird individuell zwischen Ärztin*Arzt und Patient*in ausgehandelt, im Sinne eines shared-decision making. Der Wunsch nach einem Suizid muss immer von der*dem Patient*in kommen, die freiwillige Zustimmung der Angefragten ist ebenso unbedingt zu verlangen (keine Instrumentalisierung der Ärzt*innen). Ärzt*innen mögen nach ihrem eigenen Moralkodex für sich sagen, dass sie selbst einen Suizid unter keinen Umständen für moralisch gerechtfertigt halten, hier können sowohl religiöse als auch Gewissensgründe angeführt werden. Diese sind zu respektieren. Ob Ärzt*innen allein aufgrund ihres eigenen Moralkodex ihren Patient*innen das Wissen um Kolleg*innen, die möglicherweise für einen assistierten Suizid zur Verfügung stünden, vorenthalten dürfen, scheint jedoch ethisch fragwürdig (vgl. Birnbacher 2022).

Sollen

Hinter der Frage, ob Ärzt*innen Suizidhilfe leisten *sollen*, verbergen sich zwei unterschiedliche Fragen: Zum einen die Frage, warum gerade Ärzt*innen laut der eingebrachten Gesetzentwürfe typischerweise als beratende Instanz und vor allem als Suizidhelfer*innen gesehen werden. Auch im Ausland, wo der ärztlich assistierte Suizid und/oder die Tötung auf Verlangen erlaubt sind, werden diese durch Ärzt*innen unterstützt. Hier gilt zunächst der Verweis auf ihr Können, ihre Kenntnisse im Umgang mit Kranken, mit Leiden, mit dem Sterben, mit Narkotika und deren Nebenwirkungen, auch die Beurteilung der Freiwilligkeit (siehe oben). Man darf aber fragen, ob Ärzt*innen immer die primären Handlungspartner*innen bei der Suizidassistenz sein müssen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts sieht dies nicht vor. In dem Gesetzesentwurf von Künast/Helling-Plahr werden für Nichtkranke Ärzt*innen »aus der Schusslinie gezogen« und Beratungskommissionen empfohlen, die aufgrund ihrer Kompetenzen des Sozialrechts oder der Lösung finanzieller Notlagen als Hilfestellung sinnvoller erscheinen.

Wie steht es aber mit der Durchführung der Suizidassistenz? Es wäre prinzipiell möglich, dass nicht kranke Suizidwillige von einer Beratungskommission einen Berechtigungsschein für Natrium-Pentobarbital bekämen und diesen bei einer Apotheke einlösen könnten, um dann in Eigenregie oder in Anwesenheit anderer Menschen, die sie um sich haben möchten, ihren Suizid zu vollziehen.[19] In diesem letzten Fall scheint mir die ärztliche Expertise in bestimmten Fällen tatsächlich entbehrlich. Zum zweiten stellt

19 In Österreich gibt es mit dem seit 01.01.2022 geltenden Sterbeverfügungsgesetz so ein Verfahren für schwerkranke Patienten. Hier kann nach einer Aufklärung durch zwei Ärzt*innen, der Bestätigung der Entscheidungsfähigkeit durch ein*e Ärzt*in und bei dauerhaftem Entschluss nach einer Frist von 12 Wochen (Ausnahme: terminal kranke Patient*innen) bei Notar*innen oder Patientenanwält*innen eine Sterbeverfügung errichtet werden. Diese berechtigt die sterbewillige Person, ein letales Präparat bei der Apotheke abzuholen und sich damit zu suizidieren (mit oder ohne ärzt-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

sich in puncto *Sollen* die Frage, ob es Situationen gibt, in denen ein ärztlich assistierter Suizid, zu dem die Entscheidung im shared-decision making zwischen Ärzt*innen und Patient*innen getroffen wird, als der beste Weg erscheinen könnte. Meines Erachtens stellt sich hier vor allem die Frage, ob es ein »unerträgliches Leiden« oder diese »extreme Notlage« gibt. Also die Frage, gibt es Situationen, die so unerträglich sind, dass ihnen mit keinem anderen geeigneten Mittel begegnet werden kann als mit der Auslöschung des Individuums selbst. Und, wenn es um die ärztliche Hilfe zum Suizid geht, ob so ein unerträgliches Leiden für Ärzt*innen objektivierbar ist. Cassell definiert in seinem Buch *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* Leiden als »an ultimatively personal matter« (Cassell, 2004, S. 33). In den Niederlanden entwickelt sich durch den offenen Umgang mit assistierten Suiziden und der Tötung auf Verlangen und die Diskussion in Gremien eine soziale Norm, in der die Unerträglichkeit des Leidens zugeschrieben werden kann (vgl. Wijsbek 2012). Eine ausführliche Diskussion des Begriffs »unerträgliches Leiden« sprengt den Rahmen dieses Artikels. Der Begriff bleibt in der Literatur unterbestimmt, was jedoch Patient*innen und Ärzt*innen Möglichkeiten eröffnet, gemeinsam das Leiden und dessen Unerträglichkeit zu eruieren, ohne sich einer vorfertigen, gesellschaftlichen Norm unterwerfen zu müssen (vgl. Bozzaro 2022).

Ärzt*innen scheinen jedoch immer wieder das Vorhandensein eines dauerhaften, unerträglichen Leidens zu negieren, mit dem Verweis auf ihre ärztliche Kunst, die letztlich in der Linderung von Leid besteht (Sahm 2021). Häufig wird gerade von Palliativmediziner*innen angegeben, dass Sterbewünsche zwar in der palliativen Behandlungsphase häufig geäußert werden, jedoch volatil seien und sich in aller Regel durch entsprechende medizinische Maßnahmen und psychosozialen Support auflösen lassen,[20] dass somit die Durchführung eines assistierten Suizids nicht die richtige Antwort auf die von Sterbewilligen geäußerte Not sei.

Es bleibt jedoch die Frage, ob die Einstellung, Ärzt*innen könnten immer jegliches Leiden behandeln, nicht zu paternalistisch ist und wirklich dem einzelnen Sterbewilligen in der jeweiligen individuellen Situation gerecht wird. Wenn wir die Möglichkeit eines unerträglichen Leids und die intersubjektive Erfassbarkeit desselben unterstellen, mag ein ärztlich assistierter Suizid ein Ausweg aus dieser ausweglosen Situation sein, auch wenn der Suizid die Leidenden mit ihrem Leid auslöscht. Es mag in diesem Sinne

liche Anwesenheit). https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Dialogforum-Sterbehilfe.html, zuletzt abgerufen am 6.8.23.

20 So heißt es in der erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Langversion 2.2, Sept. 2020, AWMF-Registernummer: 128/001OL) auf S. 418 in einem neu hinzugefügten Kapitel unter dem Titel »Todeswünsche«: »Die Eruierung der Komplexität des Phänomens Todeswunsch ist entscheidend für die Versorgung des Patienten. Würde der Behandler die Todeswunsch-Äußerung des Patienten nur dem Wort nach verstehen, dann wäre dieses Verständnis in vielen Fällen verfehlt, möglicherweise dahinterliegende Motive blieben unentdeckt und in der Folge würde eine adäquate Behandlung nicht erfolgen können. […] Ob, wann, weshalb und bei welchen Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung es zu einem ›Übergang‹ von einem Todeswunsch zu suizidalen Gedanken, Absichten und Handlungen kommt, bedarf der weiteren Erforschung. Erschwerend für diese Festlegung kommt hinzu, dass weder der Todeswunsch als Hauptkategorie noch Suizidalität als Teilkategorie des Todeswunsches stabile Phänomene sind.«

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Situationen geben, in denen Ärzt*innen ihre Patient*innen bei einem Suizid unterstützen sollten, anstatt sie aus standesrechtlichen oder Gewissensgründen in ihrem Leid allein zu lassen, respektive von ihnen zu fordern, ihr Leid bis zum bitteren Ende ertragen zu müssen.

Ausblick

Es scheint insgesamt gute Gründe zu geben, Ärzt*innen eine relevante Rolle bei der Suizidhilfe einzuräumen, und zwar sowohl im Beratungsprozess und der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit als auch in der Durchführung. Hierbei die Beratung von der Durchführung personell zu trennen, entspricht einer Entlastung für die Ärzt*innen, die ihre Patient*innen auf dem Weg zum Suizid begleiten. Die Errichtung von klaren gesetzlichen Rahmenbedingungen ist für durchführende Ärzt*innen und deren Patient*innen von kritischer Bedeutsamkeit, wenn wir als Gesellschaft für ein selbstbestimmtes Sterben eintreten wollen, wie im Urteil des Bundesverfassungsgerichts festgelegt. Ohne die Sicherheit solcher Rahmenbedingungen können Ärzt*innen aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation zwar Suizidhilfe leisten, und es wird auch Ärzt*innen geben, die diese in besonderen Fällen unerträglichen Leidens leisten möchten. Die alleinige Erlaubnis durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts ist jedoch in der Realität nicht hinreichend, um assistierte Suizide offen zu praktizieren und ihr Anwendungsfeld auf breiter gesellschaftlicher Basis zu diskutieren. Ein verschämter Umgang mit Sterbewünschen oder ein paternalistisches Abwinken, da diese stets ambivalent seien, ist ebenso wenig zeitgemäß wie die Unterstellung, dass es für das Individuum kein unerträgliches Leid gebe, dem man nur mit einem Suizid begegnen kann.

Wenn Sie zurückdenken an die oben genannte Schilderung eines schwerkranken Patienten in wohl nachempfindbarer Not, warum sollen wir als Gesellschaft und Ärzt*innen ihm nicht den Wunsch erfüllen, sein eigenes Sterben zu modellieren?

Die explizite Erlaubnis, eine Suizidassistenz durchzuführen, ist ein wichtiger Schritt, um Menschen über ihren eigenen Tod mitbestimmen zu lassen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat die Diskussion um einen (assistierten) Suizid in der Gesellschaft und in der Ärzteschaft belebt. Dies an sich ist gut, um Sprachfähigkeit bei Suizidwünschen herzustellen. Unabhängige, gut zugängliche Beratungsangebote, die ergebnisoffen beraten, können durch die Enttabuisierung des Suizids unter Umständen sogar Menschenleben retten. Von Sterbewilligen wird häufig Unterstützung und Enttabuisierung gewünscht.[21] Ärzt*innen sollten sich dem Thema Suizid nicht entziehen unter Verweis auf ihr berufliches Ethos oder mangelnde Sachkenntnis. Es wird unserem Berufsstand nicht schaden, wenn wir in aller Ehrlichkeit unsere Patient*innen begleiten dürfen. Unsere Patient*innen werden es uns danken, wenn wir nicht die Ohren vor ihren Gedanken verschließen und ihnen, wenn nötig, auch im Prozess eines assistierten Suizids zur Seite stehen.

21 Anna Borges in *I Am Not Allays Very Attached to Being Alive:* »Would it be the worst thing in the world if we started talking about not wanting to be alive, and what might help us there?« Zitiert in Alexandre Baril, Suicidism, Temple University Press, 2023, S. 41

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Das Wagnis, selbstbestimmtes Sterben in unserer Gesellschaft zu ermöglichen, bedeutet aber auch, dass Suizidpräventionsmaßnahmen, wie ausreichende Therapiemöglichkeiten für psychisch kranke Menschen und eine sehr gute Palliativmedizin zur bestmöglichen Symptomkontrolle bei schwerer Erkrankung, ethisch geboten sind.

Literatur

Ärztetag streicht berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe vom 05. Mai 2021. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/123539, zuletzt abgerufen am 03.10.2023.

Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 27.03.2000 i.d.F. vom 17.12.2018, §16 Beistand für den Sterbenden.

Betäubungsmittelgesetz, §5 Abs.1 Nr.6 BtMG.

Birnbacher, Dieter: »Warum kein Anspruch auf Suizidassistenz?«, in: Ethik in der Medizin 34 (2022), S. 161–176.

Borasio, Gian Domenico/Jox, Ralf/Taupitz, Jochen/Wiesing, Urban: Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein verfassungskonformer Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids, 2. erweiterte und überarbeitete Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 2020.

Borges, Anna: »I Am Not Allays Very Attached to Being Alive«, zitiert in: Alexandre Baril: Suicidism, Temple University Press 2023, S. 41.

Bozzaro, Claudia: »Suffering – an Increasingly Relevant, Though Ambuvalent Concept in Bioethics«, in: Mandry C (Ed) Suffering in Theology and Medical Ethics. Brill Schöningh 2022, S. 75–85.

Cassell, Eric J.: The Nature of Suffering and the Goals of Medicine, 2nd ed., Oxford University Press 2004.

Eckpunkte der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu einer möglichen Neuregulierung der Suizidassistenz und Stärkung der Suizidprävention vom 24.02.2021, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/210224_DGP_Eckpunkte_Suizidassistenz_Suizidpr%C3%A4vention.pdf, zuletzt abgerufen am 03. Oktober 2023.

Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, Stuttgart: Kohlhammer 2020.

Gamondi, C./Borasio, G. D./Oiver, P. et al.: »Responses to assisted suicide requests: an interview study with Swiss palliative care physicians«, in: Journal of Pallative Care Medicine 23 (4) (2020), S. 506–512.

Gesetzentwurf 20/904 von Dr. Castellucci et al. »Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung«.

Gesetzentwurf der Gruppen von Helling-Plahr et al. (20/2332) »Entwurf eines Gesetzes zur Suizidhilfe« und Künast et al. (20/2293) »Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze«.

https://www.aerztezeitung.de/Politik/190-Antraege-auf-ein-toedliches-Medikament-412956.html, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://www.ekd.de/gemeinsame-erklaerung-dbk-und-ekd-zum-urteil-Selbsttoetung-53539.htm, zuletzt abgerufen am 19.03.2022.

https://yougov.de/topics/health/articles-reports/2021/05/05/zustimmung-zu-legalisierung-aktiver-sterbehilfe-wa, zuletzt abgerufen am 05.08.2023.

Maio, Giovanni: »Der assistierte Suizid und die Identität der Medizin«, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 146 (2021), S. 638.

Mroz, Sarah/Dierickx, Sigrid/Delien, Luc/Cohen, Joachim/Chambaere, Kenneth: »Assisted dying around the world: a status quaetionis«, in: Annals of Palliative Medicine 10 (3) (2021), S. 3540–3553.

Sahm, Stephan: »Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren«, in: Hessisches Ärzteblatt (2/2021), S. 91–96.

Snyder Sulmasy, Lois/Mueller, Paul S. for the Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians: »Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper«, in: Annals of Internal Medicine 167 (2017), S. 576–578.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) zum Urteil des BVerfG vom 26.02.2020 zur Sterbehilfe.

Sterbeverfügungsgesetz, Österreich: Quelle: https://www.bmj.gv.at/themen/Fokusthemen/Dialogforum-Sterbehilfe.htlm, zuletzt abgerufen am 06.08.2023.

The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Ethical Perspect. 2002; 9 (2–3): 176–81. Doi: 10.2143/ep.9.2.503855.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 2BvR 2347/15, 2 BvR 2527/16, 2 BvR 2354/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 651/16, zum Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung.

Urteil des Bundesverwaltungsgerichts 2017: BVerwGE 3C 19.15, OVG 13 A 1299/4, Leitsatz 4.

Wijsbek, Henri: »The Subjectivity of Suffering and the Normativity of Unbearableness«, in: Youngner, Stuart Y./Kimsma, Gerrit K.: Physician-Assisted Death in Perspective, Assessing the Dutch Experience (2012), S. 319–332.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

https://doi.org/10.14361/9783839467923-006 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY