



NEUREGELUNG DER STERBEHILFE

Vergleich der Gesetzesvorschläge zum assistierten Suizid vor dem Hintergrund
der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts
Autor: Dr. med. Matthias Klaus

Übersicht:

Einleitung.....	1
Begriffsklärung	1
Bisherige gesetzliche Regelungen und Urteile in Bezug zur aktiven Sterbehilfe	3
Die Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe	6
Fazit	12
Quellenverzeichnis	14

Einleitung

Sterbehilfe – dieser Begriff löst bereits Kontroversen aus. Was ist eigentlich genau mit Sterbehilfe gemeint? Welche ethischen Pflichten und welche moralischen Güter sind im Umgang mit sterbenskranken Menschen verbunden? Und welche gesetzlichen Rahmenbedingungen muss ein Staat gewährleisten oder gar verhindern? Im Folgenden soll ein Rückblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerG) im Februar 2020 erfolgen und eine Analyse der infolge dessen entworfenen Gesetzesvorschläge, über die voraussichtlich noch in diesem Jahr (2022) entschieden wird.

Um diesen Fragen auf den Grund zu gehen, soll zunächst eine Begriffsklärung der unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe durchgeführt werden. Anschließend folgt eine Darlegung der bisherigen gesetzlichen Regelungen und Urteile zur aktiven Sterbehilfe, die aktuell neu diskutiert werden. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Gesetzesentwürfe zur Neuregelung erläutert und verglichen. Abschließend sollen eine kritische Würdigung und ethische Einordnung derselben erfolgen und sowohl offene Fragen als auch die jeweiligen Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit diskutiert werden.

Begriffsklärung

Der Begriff der Sterbehilfe wird häufig schillernd verwendet und nicht scharf definiert. Für eine differenzierte Analyse ist es unabdingbar, eine distinkte Begriffsabgrenzung vorzunehmen.

Passive Sterbehilfe

Mit der passiven Sterbehilfe ist der Verzicht neuer oder der Abbruch bereits begonnener Therapien gemeint, welche zu einer Verlängerung des Sterbens führen würden. Dabei ist die Rede von Patienten, die ihrerseits ihren Willen nicht mehr bekunden können und nicht mehr einwilligungsfähig sind. Wenn Patienten einwilligungsfähig sind und sich gegen eine Therapie entscheiden, liegt keine passive Sterbehilfe vor. Der Begriff der passiven Sterbehilfe ist dabei missverständlich, da der Ausdruck „Hilfe“ ein aktives Eingreifen und Voranbringen des Sterbeprozesses suggeriert. Um diese missverständliche Konnotation zu vermeiden, wird in der neueren Literatur zumeist von „Sterben lassen“ gesprochen.¹ Dabei kann es in Einzelfällen zu vordergründigen Überschneidungen mit aktiver Sterbehilfe (s. u.) kommen, insbesondere sei hier beispielhaft der Therapieabbruch bei einer invasiven Beatmung genannt. Dabei hilft die Differenzierung von Callaghan weiter: „Die tödliche Injektion beendet das Leben des Kranken ebenso wie das des Gesunden. Der Behandlungsabbruch

¹ vgl. Husebø, Stein; Mathis, Gebhard (Hrsg.): Palliativmedizin. 6. Auflage. 2017. Springer-Verlag. S. 35.

dagegen führt nur beim Sterbenskranken zum Tod, beim Gesunden hätte er gar keine Auswirkung. Nur bei der aktiven Euthanasie wird der Arzt also zum Verursacher des Todes. Die Extubation eines Todkranken, obgleich eine Handlung mit Todesfolge, ist keine Tötung.“² Der Unterschied besteht dabei in der Absicht der ärztlichen Handlung. Wenn eine nicht nützliche Therapie „nicht begonnen oder beendet wird, so liegt hier die Absicht ärztlichen Handelns darin, Leiden nicht hinauszuzögern und damit Sterben zu ermöglichen [...]. Dies ist ethisch korrekt und inhaltlich klar zu unterscheiden von einer aktiven Euthanasie, wo die Absicht der medizinischen Handlung darin liegt, den Menschen zu Tode zu bringen.“³

Indirekte Sterbehilfe

Behandlungen mit einer möglichen Lebensverkürzung werden häufig als indirekte Sterbehilfe bezeichnet, treffender ist der Ausdruck „Therapien am Lebensende“. Dies umfasst insbesondere die Behandlung u. a. von Schmerzen und Luftnot. Die hierfür häufig eingesetzten Opioide können in höherer Dosierung eine atemdepressive Wirkung entfalten. Dabei ist anzumerken, dass erfahrene Palliativmediziner, wie beispielsweise Prof. Borasio, darauf hinweisen, dass bei korrekter Medikamentenanwendung von Opioiden oder Benzodiazepinen die Sterbephase nicht verkürzt, sondern sogar leicht verlängert wird.⁴

Aktive Sterbehilfe

Bei der aktiven Sterbehilfe werden zwei unterschiedliche Vorgehensweisen voneinander unterschieden, die beide durch aktive Zufuhr einer tödlichen Dosis das Lebensende einer Person herbeiführen: Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung. Bei Ersterem wird (meist durch den Arzt) die tödliche Dosis eines Medikaments verabreicht. Dies geschieht mit der Absicht der Tötung und wird auf expliziten (zum Teil länger zurückliegend geäußerten) Wunsch des Patienten hin durchgeführt. Der assistierte Suizid zeichnet sich dagegen dadurch aus, dass der Patient selbst das Medikament einnimmt und infolge dessen verstirbt.⁵

² zitiert in Wiesing, Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 5. erweiterte, aktualisierte und vollständig durchgesehene Auflage 2020. Reclam-Verlag. S. 274. Vgl. zur weiteren Einordnung nach Intention sowie notwendigem und hinreichendem Grund auch Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch, Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer. 2. Auflage 2017. S. 438-439.

³ Friesenecker, Barbara: Lebensqualität vs. Lebensverlängerung: Länger leben oder länger leiden? In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 28, Heft 2, 2021. S. 125.

⁴ vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/54284/Interview-mit-Prof-Dr-med-Gian-Domenico-Borasio-Ohne-Dialog-gibt-es-keine-guten-Entscheidungen>; s. auch Biller-Andorno, Nikola; Monteverde, Settimio; Krones, Tanja; Eichinger, Tobias (Hrsg.): Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. 2021. Springer Fachmedien. S. 387.

⁵ Autoren wie Giovanni Maio differenzieren markanter zwischen diesen beiden Formen der Sterbehilfe und diskutieren bei der Beihilfe zur Selbsttötung stärker den Verantwortungsgrad, der aus seiner Sicht in höherem Maß auf Seiten des Patienten liegt, vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch, Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer. 2. Auflage 2017. S. 447. Zur juristischen Differenzierung s. auch Irmen, Melanie Ellen:

Bisherige gesetzliche Regelungen und Urteile in Bezug zur aktiven Sterbehilfe

Bisher war es Ärzten in den meisten Bundesländern verboten, aktive Sterbehilfe jedweder Art durchzuführen. So lautet es beispielsweise in der niedersächsischen Berufsordnung unter § 16 Beistand für den Sterbenden: „Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“⁶ Bis zur Entscheidung des BVerfG im Februar 2020 stützen sich die Regelungen und Vorschriften insbesondere auf das Verbot der geschäftsmäßigen (i. e. wiederholten) Förderung der Hilfe, welches im Strafgesetzbuch (StGB) in §217 so formuliert wurde: „(1) Wer in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig die Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. (2) Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“⁷

Nach einer Klage kam es schließlich zu einem Urteil des BVerfG, welches mit gutem Grund als Zäsur bezeichnet werden kann. Allein die umwälzenden Geschehnisse ab März 2020 im Rahmen der rigiden Maßnahmenpolitik der neu eingeführten Infektionsschutzgesetze überdeckten das Urteil, welches nur einen Monat zuvor im Februar 2020 veröffentlicht wurde. Erst jetzt, gute zwei Jahre später, wird dieses Urteil auch in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit und Politik zunehmend diskutiert und schließlich voraussichtlich Ende des Jahres in konkrete neue Gesetze gegossen. Da das Urteil maßgeblich den äußeren Rahmen für die neuen Gesetzesvorschläge darstellt, über das diese nicht hinaus gehen dürfen, um im Einklang mit der aktuellen Auslegung des Grundgesetzes (GG) und damit einhergehendem Persönlichkeitsrecht (s.u.) zu sein, ist ein genauere Blick in die Argumentationsstruktur dieses Urteils notwendig.

Das Urteil des BVerfG

Was genau beinhaltet das Urteil des BVerfG in Bezug auf den §217 StGB? Stark verkürzt urteilten die Richter, dass geschäftsmäßige Suizidhilfe, also eine auf wiederholte Hilfe zur Selbsttötung angelegte Tätigkeit, grundsätzlich mit dem GG vereinbar ist. Damit ist der §217 StGB in der aktuellen Form hinfällig. Dabei kommt dem Staat jedoch eine Schutzpflicht zu. Er müsse dafür Sorge tragen, dass der

Assistierter Suizid – Assistenz als ärztliche Aufgabe. Rechtsfragen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020. 2022. Springer Fachmedien. S. 6.

⁶ Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen in der Fassung der Neubekanntmachung vom 1. Juni 2018, zuletzt geändert durch Satzung vom 2. April 2020, mit Wirkung zum 1. Mai 2020.

⁷ Strafgesetzbuch (StGB): § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung.

Entschluss zur Selbsttötung nicht nur auf eine vorübergehende Lebenskrise oder Einflussnahme dritter beruhe.

Um die Argumentation nachvollziehen zu können ist es wichtig zu verstehen, wie die Richter das allgemeine Persönlichkeitsrecht definieren. So schreiben sie: „Das Recht des zur freien Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Menschen, sich das Leben zu nehmen, ist vom Gewährleistungsgehalt des allgemeinen Persönlichkeitsrechts [...] umfasst.“⁸ Damit ist eine völlig neue Richtung in der Diskussion zur aktiven Sterbehilfe eingeschlagen: Die Selbstbestimmung des Menschen wird im Extremfall zu Lasten der Existenz desselben ausgespielt. Eine zentrale Rolle nimmt dabei das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein. Dieses findet sich nicht direkt im GG, sondern wurde maßgeblich vom BVerfG entwickelt, um neuen Gefährdungen für die Persönlichkeit des Menschen entgegenzuwirken.⁹ Es „dient dazu, bestimmte, enger umgrenzte Entstehungsbedingungen freier, autonomer Individualität zu sichern.“¹⁰ Das BVerfG macht nun den Willen des Einzelnen als einen Bereich aus, der „die besondere Würdeerheblichkeit der individuellen Persönlichkeitsentfaltung auf Grundlage der geschützten, enger umgrenzten Voraussetzung [...] personaler Identität“¹¹ umfasst. Damit wird der autonome Akt der Entscheidung zum höchsten und damit unhinterfragbaren Gut. So urteilen die Richter folgendermaßen: „Art. 1 GG schützt die Würde des Menschen, wie er sich in seiner Individualität selbst begreift und seiner selbst bewusst wird. Maßgeblich ist der Wille des Grundrechtsträgers, der sich einer Bewertung [...] oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit entzieht. [...] Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“¹² Mit anderen Worten formuliert: Das Recht auf Suizid ist notwendig, damit der Einzelne über sich entsprechend dem eigenen Selbstbild autonom bestimmen und damit seine Persönlichkeit wahren kann.¹³

Dies beinhaltet einen fundamentalen Richtungswechsel im Verständnis der Würde des Menschen. Bis dato folgte aus der Würde des Menschen die Unverfügbarkeit des Lebens für seinen Träger. Ein Beispiel hierfür ist Immanuel Kant, der in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten ausführt, dass der Mensch als „Zweck an sich selbst“ existiert, „nicht bloß als Mittel zum beliebigen Gebrauch für

⁸ BVerfG: Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15. Rn. 204.

⁹ Manssen, Gerrit: Staatsrecht II. 17. Auflage 2020. C.H. Beck. Rn. 267.

¹⁰ Isensee, Josef; Kirchhof, Paul (Hrsg.): Handbuch des Staatsrechts. 3. Auflage 2009. C. F. Müller. §148 Persönlichkeitsrecht. Rn. 31.

¹¹ Ebd. Rn. 31.

¹² BVerfG: Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15. Rn. 210.

¹³ Vgl. Irmen, Melanie Ellen: Assistierter Suizid – Assistenz als ärztliche Aufgabe. Rechtsfragen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020. 2022. Springer Fachmedien. S. 15

diesen oder jenen Willen.“¹⁴ Damit sind dem Akt autonomer Entscheidungen klare Grenzen gesetzt: „[...] so wird Erstlich, nach dem Begriffe der notwendigen Pflicht gegen sich selbst, derjenige, der mit Selbstmorde umgeht, sich fragen, ob seine Handlung mit der Idee der Menschheit, als Zwecks an sich selbst, zusammen bestehen könne. Wenn er, um einem beschwerlichen Zustande zu entfliehen, sich selbst zerstört, so bedient er sich einer Person, bloß als eines Mittels, zu Erhaltung eines erträglichen Zustandes bis zu Ende des Lebens. Der Mensch aber ist keine Sache, mithin nicht etwas, das bloß als Mittel gebraucht werden kann, sondern muß bei allen seinen Handlungen jederzeit als Zweck an sich selbst betrachtet werden. Also kann ich über den Menschen in meiner Person nichts disponieren, ihn zu verstümmeln, zu verderben, oder zu töten.“¹⁵

Als prominenter Vertreter ehemaliger Bundesverfassungsrichter sei auf Ernst-Wolfgang Böckenförde verwiesen, der zum Ausdruck brachte, dass die Würde des Menschen eine Unverfügbarkeit über das eigene Leben impliziere, da die Würde sonst zu „Variablen je wechselnder Zeitgeistvorstellungen [werde]. Art. 1 Abs 1 GG würde zu einem bloßen Durchlauferhitzer für je wechselnde Vorstellungen, die er in ihrem Auf und Ab jeweils zur Unantastbarkeit und Unabänderbarkeit aufsteigert.“¹⁶

Entsprechend formuliert der Nationale Ethikrat im Jahr 2006, „dass es nicht um ein positiv konnotiertes ‚Recht auf Selbsttötung‘ im Sinne einer vom Staat verliehenen Kompetenz oder von ihm begrüßten Handlungsweise geht.“¹⁷ Dies entspricht dem christlich-jüdischem Menschenbild, nach dem der Mensch in seiner Verantwortung nicht nur vor sich selbst steht, sondern vor seinen Mitmenschen und in herausgehobener Weise vor Gott. Gott ist es, der den Menschen in seinem Bilde schuf, hierdurch erhält der Mensch seine Würde (Imago Dei).¹⁸

Abkehrend von diesem Verständnis von Würde definieren die Richter im aufsehenerregenden Urteil neu: Die Würde des Menschen beinhaltet nach dieser Auffassung das Freiheitsrecht, welches eine

¹⁴ Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. 1785. Philosophische Bibliothek. Meiner. S. 73. Zur rechtsphilosophischen Diskussion der kantianischen Ausführung s. Weissbrodt, Anja J.: Etwas Besseres als den Tod – Aktuelle Regelung der Suizidbeihilfe und ihre Auswirkungen auf die Ärzteschaft. 2022. De Gruyter. S. 12 ff.

¹⁵ Ebd. S. 75.

¹⁶ Böckenförde, Ernst-Wolfgang: Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte. 1991, erweiterte Auflage 2006. Suhrkamp. S. 419.

¹⁷ Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. 2006. S. 61. Vgl. auch die Stellungnahme des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV): Aus Art. 1 Abs.1 des GG und Art. 2 Abs 2 des GG „ergibt sich zum einen das Verbot, den Wert des Lebens eines anderen Menschen in Frage zu stellen oder gar dieses Urteil in seinem Handeln umzusetzen. Zum anderen verpflichtet es, das Bewusstsein der unabdingbaren und unantastbaren Würde gerade in den Lebenslagen und Situation aufrecht zu erhalten und zu stützen, in denen Menschen in besonderer Weise verletzlich sind.“ Zitiert in Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hrsg.). Springer Fachmedien Wiesbaden. 2015. S. 300.

¹⁸ Vgl. Die Bibel, Genesis 1,27.

beliebige Verfügungsbefugnis einschließt!¹⁹ Damit ist die autonome Entscheidung zum Suizid – wenngleich letzter – doch Ausdruck der Würde des Menschen. Vor dem Hintergrund dieser Argumentation verbietet sich eine Verengung des Zugangs zum assistierten Suizid auf Personen, die sich im absehbaren Sterbeprozess befinden: „Das den innersten Bereich individueller Selbstbestimmung berührende Verfügungsrecht über das eigene Leben ist insbesondere nicht auf schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, welche dem Freiheitsgedanken des GG fremd ist.“²⁰ Damit setzt sich das Urteil auch deutlich von Gesetzen in Nachbarländern wie Niederlande, Belgien, Schweiz oder Österreich ab, die alle eine mehr oder weniger scharf formulierte Begrenzung auf sterbenskranke oder zumindest stark leidende Personen vorsehen. Es erfolgt eine „sozialtechnische Eindimensionalität [...] auf den Willen als letzte Instanz“²¹, um es mit den markanten Worten des ehemaligen Bundesverfassungsrichters Udo Di Fabio auszudrücken.

Zusammengefasst urteilen die Richter, dass der Wunsch nach (assistiertem) Suizid nicht auf Krankheit oder Leid begrenzt und die Begründung des Wunsches auch nicht für dritte nachvollziehbar sein muss.

Der Deutsche Ärztetag antwortete hierauf auf seinem 124. Deutschen Ärztetag damit, das Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe aus der Musterberufsordnung zu streichen.²² Damit wandte es sich gegen die eigene bisherige Positionierung, nach der „die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung [...] keine ärztliche Aufgabe“²³ ist. Welche Antwort gibt der Bundestag?

Die Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe

Zum derzeitigen Zeitpunkt (September 2022) sind drei Entwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe eingereicht und in einer ersten Lesung vom 24. Juni 2022 hierüber beraten worden. Eine

¹⁹ So u.a. vertreten von John Locke und David Hume. Vgl. hierzu Kuchenbauer, Konstantin: Der Verlust des sittlichen im Recht. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15 u. a., zum assistierten Suizid – Teil 1, in Zeitschrift für Lebensrecht 31 (2022), S. 164-167.

²⁰ BVerG: Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15, Rn. 210.

²¹ Di Fabio, Udo: Die Würde des Menschen als Maßstab für Fortschritt. In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik. Band 28, Heft 1, 2021. S. 11. Zum Begriff des Willens und der Konsequenzen für die normativen Fragen s. auch Coors, Michael: Willensäußerungen und selbstbestimmte Entscheidung bei Demenz. Zur non-kognitivistischen Dimension des Willens. In: Zeitschrift für medizinische Ethik. 68. Jahrgang, Heft 1. 2022. S. 7-20.

²² <https://www.hospiz-palliativ-nds.de/aerztetag-streicht-das-verbot-der-aerztlichen-suizidbeihilfe-aus-der-musterberufsordnung/>

²³ Wiesing, Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 5. erweiterte, aktualisierte und vollständig durchgesehene Auflage 2020. Reclam-Verlag. S. 247.

Orientierungsdebatte fand am 21. April 2022 statt. Im Folgenden sollen die verschiedenen Gesetzesentwürfe kurz erläutert werden.

1. Gesetzesentwurf von Castellucci/Heveling et al.

Der erste Gesetzesentwurf²⁴, welcher von 85 Abgeordneten unterstützt wird, behält den §217 StGB bei, sodass der assistierte Suizid weiterhin unter Strafe steht. Ähnlich wie bei der Beratungsregelung zur Abtreibung wird das Gesetz hier um Ausnahmeregelungen ergänzt, unter denen die o. g. Handlung nicht rechtswidrig bleibt: wenn die suizidwillige Person volljährig und einsichtsfähig ist, sowie die autonome Entscheidungsfindung bestätigt wird. Dies soll in diesem Vorschlag dadurch gewährleistet werden, dass durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in zwei Terminen von mindestens drei Monaten Abstand erwiesen wird, dass die Entscheidung der jeweiligen Person nicht durch eine psychische Erkrankung beeinträchtigt wird, sowie von „freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur ist.“²⁵ Zusätzlich muss ein Beratungsgespräch erfolgen, welches u. a. Alternativen zur Selbsttötung aufweisen soll.²⁶

2. Gesetzesentwurf von Künast/Keul et al.

Der zweite Gesetzesentwurf²⁷, welcher von 45 Abgeordneten unterstützt wird, regelt die Sterbehilfe außerhalb des StGB und unterscheidet zentral zwischen zwei Fallgruppen: Personen in gegenwärtig medizinischer Notlage und allgemein Sterbewilligen.

Wenn der Arzt den freien Willen von Personen, die sich in einer gegenwärtigen medizinischen Notlage befinden, bestätigt, kann dieser Natrium-Pentobarbital verschreiben. Bei Zweifel an der freien Willensbildung muss ein zusätzliches Gutachten eingeholt werden.²⁸

Bei allgemein Sterbewilligen ist eine zweimalige Beratung im Abstand von zwei bis zwölf Monaten vorgesehen, welche den Sterbewunsch, die Dauerhaftigkeit desselben, sowie eine freie Entscheidung bestätigt.²⁹

3. Gesetzesentwurf von Helling-Plahr/Lauterbach et al.

Der von 68 Abgeordneten unterstützte Gesetzesentwurf konsolidiert ebenfalls wie der zweite Entwurf ein Recht auf Hilfe zur Selbsttötung.³⁰ Auch in diesem Entwurf ist die Bestätigung eines autonom

²⁴ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/904, zu finden unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

²⁵ Ebd. § 217, Abs. 2, Satz 2.

²⁶ Vgl. ebd. § 217, Abs. 2, Satz 3 b).

²⁷ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2293, zu finden unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>

²⁸ Vgl. ebd., Selbstbestimmtes-Sterben-Gesetz – SbStG, § 3, Abs. 1, Satz 2-3

²⁹ Vgl. ebd. § 4, Abs. 2.

³⁰ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2332, zu finden unter <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

gebildeten, freien Willens zentral. Wie und auf welche Weise dieser bestätigt und sicher nachgewiesen werden soll, wird nicht weiter ausgeführt oder geregelt. Dem angeschlossen ist eine Beratungspflicht durch eine Beratungsstelle, welche u. a. über die Bedeutung und die Tragweite der Selbsttötung, sowie Handlungsalternativen zum Suizid aufklären soll.³¹ Sind die Voraussetzungen erfüllt, so darf ein Arzneimittel zum Zwecke der Selbsttötung verschrieben werden.³²

Vergleich der Gesetzesentwürfe

Alle drei Gesetzesentwürfe ermöglichen den assistierten Suizid für volljährige Personen.³³ Dabei ist ein deutlicher Unterschied in der Betonung des Schutzkonzeptes im ersten Entwurf im Vergleich zur Betonung des Rechts auf assistierten Suizid in den Entwürfen zwei und drei zu erkennen.

Begründungsstruktur der Entwürfe

Der erste Entwurf begründet seinen verhältnismäßig eng begrenzten und weiterhin im StGB geregelten Zugang zum assistierten Suizid damit, dass der Staat dafür Sorge tragen muss, „dass der Entschluss zur Selbsttötung nicht nur auf einer vorübergehenden Lebenskrise oder auf einer psychosozialen Einflussnahme beruht und keine psychische Erkrankung oder eine mangelnde Aufklärung und Beratung dem Selbsttötungsentschluss zugrunde liegt. Diese staatliche Schutzpflicht bedarf der Ausgestaltung und Konkretisierung. Im Übrigen soll einer gesellschaftlichen Normalisierung der Selbsttötung entgegengewirkt werden“³⁴

Dem gegenüber heben die Entwürfe zwei und drei das Recht auf assistierten Suizid hervor. So soll ein sicherer Zugang zu bestimmten Betäubungsmitteln eröffnet werden. Insbesondere der dritte Entwurf macht klar, dass das Recht auf einen selbstbestimmten Tod legislativ abgesichert werden soll und bekräftigt, „dass die Hilfe zur Selbsttötung straffrei möglich“³⁵ sein müsse.

Sicherung der Entscheidungsfreiheit

Allen Entwürfen gemeinsam ist das Ringen um die Sicherung der Entscheidungsfreiheit. Während im ersten Entwurf der freie Wille durch einen Psychiater erfolgt, differenziert der zweite Entwurf nach Personen mit gegenwärtiger medizinischer Notlage. Hier soll ebenfalls der Arzt ohne nähere Differenzierung des Fachgebiets den freien Willen feststellen und bei Zweifeln ein Gutachten einfordern. Bei allgemein Sterbewilligen erfolgt die Feststellung des freien Willens über entsprechende Beratungsstellen, welches bewusst die Ärzteschaft für diesen Vorgang ausklammert.³⁶

³¹ Vgl. ebd. Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz). § 4 Abs. 2 Satz 1-2.

³² Ebd. § 6 Abs 1.

³³ Der zweite Entwurf eröffnet teilweise auch den Zugang zum assistierten Suizid für Minderjährige.

³⁴ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/904. A. Problem, S. 2

³⁵ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2332. B. Lösung, S. 2

³⁶ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2293. B. Lösung. S.2: „Im ersteren Fall soll der

Der dritte Entwurf schließlich definiert den freien Willen genau: Er muss unbeeinflusst durch Dritte oder psychischen Erkrankungen erfolgen und dauerhaft, sowie mit innerer Festigkeit, getragen werden.³⁷ Der Beratungsstelle kommt dann die Funktion zu, Alternativen aufzuzeigen und bei begründetem Zweifel an der Autonomie des freien Willens dieses auf der Bescheinigung zu vermerken.³⁸

Infrastruktur der Beratungsstellen

Schlussendlich ergeben sich deutliche Unterschiede für die Ausgestaltung der Organisation und Vorgaben für die Beratungseinrichtungen. Während der erste und dritte Entwurf hierzu keine genaueren Vorgaben macht und damit das Feld letztlich den Ländern überlässt, forciert der zweite Entwurf einen flächendeckenden Zugang zu Beratungsstellen.³⁹

Offene Fragen und kritische Würdigung der Gesetzesentwürfe

Zentral für alle Entwürfe ist die Sicherung des freien Willens zum einen gegenüber Einflussnahme Dritter und zum anderen gegenüber psychischen Erkrankungen, die den Willen beeinträchtigen und verengen können. Offen bleibt in allen Entwürfen, wie zu verfahren ist, wenn unterschiedliche Beurteilungen oder Schweregrade der Beeinträchtigung des jeweilig gefassten Willens zu Tage treten. Was geschieht, wenn beispielsweise im Sinne des ersten Gesetzesentwurfs beim zweiten Gespräch der freie Wille nicht bestätigt werden kann? Reicht hier ein Wechsel der ärztlichen Beratungsstelle, bis das „richtige“ Ergebnis herauskommt? Und wie soll ausreichend sichergestellt werden, dass die Entscheidung nicht durch äußere Faktoren wie Druck oder Zwang erfolgt? Gerade, wenn der Druck durch nahe Angehörige erfolgt, wird dies zuweilen unmöglich sein, da eine Fremdanamnese dies nur unzureichend zu Tage fördern wird. Zudem bestätigt die Suizidforschung, dass der Einfluss Dritter häufig gegenüber einer Internalisierung der Argumentationsstruktur fließend ist. So zeigen die jährlichen Erhebungen im US-Bundesstaat Oregon, dass der größte Teil derjenigen, die assistierten Suizid in Anspruch nehmen, dies damit begründet, weil sie Sorge haben, für andere zur Last zu werden und nicht mehr an Aktivitäten teilhaben zu können, die dem Leben Freude

Ärztenschaft bei der Prüfung, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird, eine entscheidende Rolle zukommen, während im letzteren Fall höhere Anforderungen (Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses) errichtet werden und der Ärzteschaft keine zentrale Rolle zugewiesen wird. In jedem Fall wird jedoch die notwendige Autonomie der Entscheidung gesichert und beachtet.“

³⁷ Gesetz zur Wahrung und Durchsetzung des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende (Suizidhilfegesetz). § 3

³⁸ Ebd. § 4 Abs. 7.

³⁹ Vgl. Kluth, Winfried: Der Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung nach der neueren Rechtsprechung und im Spiegel der Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Lebensrecht 31, 2022. S. 145.

geben.⁴⁰ So beschreibt der jährliche Bericht des Bundesstaates Oregon für das Jahr 2020 Folgendes: „As in previous years, the three most frequently reported end-of-life concerns were decreasing ability to participate in activities that made life enjoyable (94 %), loss of autonomy (93 %) and loss of dignity (72 %).“⁴¹ Die Zahlen bestätigen also, dass die Hauptgründe für die Entscheidung zur Hilfe zu Selbsttötung nicht in einer etwaigen schweren Krankheit, sondern in der fehlenden sozialen Teilhabe sowie des möglichen Zur-Last-Fallens zu suchen sind.

Inwieweit ist vor diesem Hintergrund von einer autonomen Entscheidung zu sprechen? Jede Entscheidung ist immer auch beeinflusst durch äußere Umstände und Einflussnahme Dritter. Ab welchem Grad dieser Art von Einflussnahme ist die Entscheidung nicht mehr als autonom zu bezeichnen? Diese dem ersten Anschein nach einheitlicher Regelung könnte folglich ein Einfallstor für willkürliche Entscheidungen darstellen.

In Anbetracht der Forschungsergebnisse zur Begründungsstruktur für den assistierten Suizid ist der Öffnung zum assistierten Suizid entgegenzuhalten, dass ein Suizidwilliger nicht dem Leben, sondern der Einsamkeit und dem seelischen Leiden wie Hoffnungslosigkeit und Angst entfliehen möchte. So konstatiert der Palliativmediziner Husebø folgendermaßen: „Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist vor allem eine Diskussion derjenigen, die Angst vor dem Sterben haben und vor unerträglichem Leiden. Sie fürchten, in Schmerzen, Einsamkeit, in Isolation, bei Verlust ihrer Würde und ihres Selbstbestimmungsrechtes zu sterben. Die Reaktion auf diese Ängste darf nicht darin bestehen, dass diese Menschen der aktiven Sterbehilfe zugeführt werden.“⁴² Medizinisches Personal muss dazu in der Lage sein, mit dieser Notlage verantwortungsvoll umzugehen. Deshalb soll nun ein genaueres Augenmerk auf die jeweilige Rolle des Arztes im Rahmen der Legitimierung des assistierten Suizids erfolgen.

Die Rolle des Arztes

In den Gesetzesentwürfen eins und zwei wird das Präparat (zumeist Natrium-Pentobarbital) durch einen Arzt verschrieben. Der dritte Entwurf ist hierbei nicht eindeutig und ermöglicht theoretisch auch nach Vorlage erfolgter Beratung durch eine entsprechende Beratungsstelle die Aushändigung direkt durch den Apotheker.

⁴⁰ Vgl. Ganzini, Linda et. al: Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. Archives of Internal Medicine, 2009, 169(5): 489-492. Vgl. außerdem Wiebe, Ellen et al: Reasons for requesting medical in dying, Canadian Family Physician, Vol 64, 2018. S. 674-679.

⁴¹

<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf>, S. 6. Vgl. auch Zimmermann-Ackling, Markus: Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 55, 2009. S. 221-233.

⁴² Husebø, Stein; Mathis, Gebhard (Hrsg.): Palliativmedizin. 6. Auflage. 2017. Springer-Verlag. S. 74.

Die Verschreibung von Medikamenten ist ureigenste ärztliche Handlung mit dem erklärten Ziel von Symptomlinderung und wenn möglich Heilung. In dem Moment, wo das Rezept Zugang zu einem Mittel eröffnet, welches nicht nur schadet, sondern sogar die Existenz des Patienten vernichten soll, ändert sich die Perspektive auf den Arzt grundlegend. Nun erscheint er nicht mehr (nur) als Lebensretter, sondern als Entscheider zwischen Leben und Tod. Palliativmediziner weisen seit längerem darauf hin, dass es sich hier um „ein[en] Paradigmenwechsel“ handelt und sich „der ärztliche Aufgabenbereich [...] von der Identität der Sorge um den Patienten hin zum Bemühen um die Vernichtung des Patienten“ entwickelt.⁴³ Das „Nil Nocere“ (Nicht Schaden)⁴⁴ wird durch den assistierten Suizid schwer beschädigt, wodurch eine „tiefgreifende Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient einhergeht. [...] Der Arzt läuft Gefahr, vom Helfer zum Henker zu werden.“⁴⁵ Der Einwand, im Gegensatz zur Tötung auf Verlangen sei bei der Hilfe zur Selbsttötung der Arzt lediglich in der Funktion eines Dienstleisters tätig, greift zu kurz. Das Rezeptieren von Medikamenten impliziert eine eigene Überzeugung und Urteilsbildung über die Ursache sowie mögliche Therapie des Leidens. Der Arzt stimmt im Akt der Assistenz der Überzeugung des Patienten zu und zementiert diese schließlich. Er ist eingebunden in eine Kausalkette, an deren Ende der gewählte Tod steht.⁴⁶

Im ersten Gesetzesentwurf von Castellucci/Heveling et al. sowie beim zweiten Entwurf von Künast/Keul et al. für die Personengruppe der akuten medizinischen Notlage geregelt, ist es ausschließlich der Arzt (entweder ohne nähere Fachrichtungsbezeichnung oder der Psychiater), welcher über den geäußerten Willen des Suizidwilligen urteilt. Hier erfolgt Anamnese und Beratungsgespräch mit dem Ziel, am Ende einen freien Willen zu bekunden, welcher dann den Wunsch des Patienten zur Selbsttötung besiegelt. Dieser Wille soll nach allen Entwürfen eine gewisse Festigkeit und Dauerhaftigkeit (mit Ausnahmen⁴⁷) beinhalten. In der Stellungnahme der Deutschen

⁴³ Lübke, Andreas: Palliativmedizin als Angebot gegen eine Normalisierung des Tötens. In: Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hrsg.). 2015. Springer Fachmedien Wiesbaden. S. 157.

⁴⁴ Die zwei Säulen ärztlichen Handelns können in den beiden Prinzipien „gutes Tun“ und „nicht Schaden“ zusammengefasst werden. Vgl. hierzu. Biller-Andorno, Nikola; Monteverde, Settimio; Krones, Tanja; Eichinger, Tobias (Hrsg.): Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. 2021. Springer Fachmedien. S. 76 ff. und s. auch Steger, Florian: Das Erbe des Hippokrates: Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln, 2008. Göttingen. S. 30 ff.

⁴⁵ Von Ritter, Christoph: Zwischen Verzweiflung und Zuversicht: Wie wollen wir sterben? In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 28, Heft 1, 2021. S. 45.

⁴⁶ Vgl. Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch, Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Schattauer. 2. Auflage 2017. S. 447.

⁴⁷ Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/904, § 217 StGB Abs. 4: „In begründeten Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn die Durchführung von zwei Untersuchungsterminen für die zur Selbsttötung entschlossene Person nicht zumutbar ist, etwa bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, und nach der fachlichen Überzeugung [...] kann die Feststellung nach Satz 1 Nummer 2 bereits nach einem Untersuchungstermin erfolgen.“

Gesellschaft für Palliativmediziner machen die Autoren deutlich, dass der Wunsch nach Suizid häufig vorübergehend vorhanden ist und durch adäquate palliativmedizinische Behandlung häufig überwunden werden kann: „Der Todeswunsch ist dabei nicht absolut und ausschließlich zu sehen, sondern kann durchaus Ausdruck einer Ambivalenz sein. Dadurch kann sich die Situation ergeben, dass parallel zwei Hoffnungen – Hoffnung auf ein baldiges Ende des Lebens und Hoffnung auf mehr Leben – nebeneinander bestehen.“⁴⁸ Wie sehr ist es vor dem Hintergrund der zu erwarteten Möglichkeit des assistierten Suizids überhaupt möglich, dafür Sorge zu tragen, dem u.U. über Tage bis Wochen anhaltendem Wunsch gerecht zu werden oder dies als einen vorübergehenden, überwindbaren Zustand zu werten? Begrenzt in Zukunft der Arzt den Akt autonomer Entscheidung gerade dadurch, die Entscheidung nicht ernst zu nehmen, weil er hieraus keine direkte Handlungsaufforderung zum assistierten Suizid ableitet? Die Problematik der temporären Autonomie wird seitens der Gesetzesentwürfe nicht thematisiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass hier große Herausforderungen auf die Ärzteschaft zukommen werden.⁴⁹

Zuletzt sei auf die Problematik hingewiesen, dass die Einnahme von letalen Medikamenten, welches zum Zwecke der Selbsttötung sachgerecht rezeptiert wurde, in Einzelfällen nicht zum Tod führen, sondern der Suizident „z. T. nach der Einnahme viele Stunden bis Tage dahin ‚vegetieren‘ bis zum Eintritt des Todes.“⁵⁰ Ein solcher Fall bleibt in den Gesetzesentwürfen unerwähnt. Auch die genauen Regelungen des Ortes und Zeitpunkts der Einnahme bleiben offen. Ist der Arzt – wie sonst auch – verpflichtet, erste Hilfe zu leisten, nachdem der Patient gewollt einen Kreislaufstillstand erlitten hat? Es ist davon auszugehen, dass diese juristischen Unsicherheiten eine große Bürde für das medizinische Personal, insbesondere für die Ärzte darstellen wird.

Fazit

Die nächsten Monate werden zeigen, für welches der vorgelegten Gesetzesentwürfe sich eine Mehrheit finden lassen wird. **Fest steht, dass der assistierte Suizid in Folge des Urteils des BVerfG in der ein oder anderen Weise auf uns zukommen wird.** Die Frage ist, wie sich der Arzt in der konkreten Situation entscheiden wird - denn eine Pflicht zur Teilnahme an der Handlung des assistierten Suizids besteht (derzeit) unter keinen Umständen. Das Fazit möchte ich daher mit dem Philosophen und Medizinethiker sowie Arzt Giovanni Maio ziehen: „So mancher, der seinem Leben ein Ende setzte, hatte schlicht den Mut verloren, an die Selbstverständlichkeit des Beistands zu

⁴⁸ Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Ärztlich assistierter Suizid. Reflexionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Abzurufen unter https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf, S. 9.

⁴⁹ Vgl. Schmoller, Kurt: Recht auf selbstbestimmtes Sterben – Konsequenzen der Autonomie. In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 28, Heft 1, 2021. S. 22.

⁵⁰ Irmen, Melanie Ellen: Assistierter Suizid – Assistenz als ärztliche Aufgabe. Rechtsfragen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020. 2022. Springer Fachmedien. S. 45.

glauben. Darin liegt die eigentliche Tragik der Befürwortung des assistierten Suizids als Lösung für die Not eines kranken Menschen. Die ärztliche Beihilfe zur wählbaren Dienstleistung zu erklären bedeutet, die Gesellschaft von ihrer Aufgabe zu entlasten, sich gegen die Vereinsamung, Entwertung und Verzweiflung kranker Menschen zu engagieren.“⁵¹

Eine Gesellschaft, die auf Basis des Grundgesetzes und damit dem Schutz der Würde des Menschen nach GG Art. 1 Abs. 1 verpflichtend agiert, hat folglich die Verantwortung, diesen Ängsten entgegenzutreten. An dieser Stelle ist nicht nur jeder Einzelne, die jeweiligen Familienmitglieder und Politiker gefragt, sondern auch die Ärzteschaft.

Insbesondere Christen sind aufgefordert, eindeutig Stellung gegen aktive Tötung zu beziehen und für eine Sterbebegleitung in Anbetracht der Ebenbildlichkeit jedes Menschen einzustehen. Allein Gott steht es zu, Leben zu geben und zu nehmen!

Zur theologischen Einordnung des assistierten Suizids siehe: [Assistierter Suizid und Menschenwürde: eine biblisch-theologische Einordnung](#), www.CDKeV.de, Autor: Jonas Koberschinski

Zur juristischen Einordnung des assistierten Suizids siehe: [Suizid - ein Menschenrecht?](#), www.CDKeV.de, Autor Philip Paul

⁵¹ Maio, Giovanni: Der assistierte Suizid als ethische Resignation der Medizin, in: Woelki R., M.; Hillgruber, C., Maio, G., von Ritter, C., Spieker, M., Wie wollen wir sterben, 2016, Verlag Ferdinand Schönigh, S. 51-70. Zitiert in Nestor, Karen: Wunsch nach assistiertem Suizid? Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen, in: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 29, Heft 2, 2022. S. 98.

Quellenverzeichnis

Biller-Andorno, Nikola; Monteverde, Settimio; Krones, Tanja; Eichinger, Tobias (Hrsg.): Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik. 2021. Springer Fachmedien.

Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen in der Fassung der Neubekanntmachung vom 1. Juni 2018, zuletzt geändert durch Satzung vom 2. April 2020, mit Wirkung zum 1. Mai 2020.

Böckenförde, Ernst-Wolfgang: Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte. 1991. 2006 erweiterte Auflage. Suhrkamp.

Bundesverfassungsgericht: Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15.

Coors, Michael: Willensäußerungen und selbstbestimmte Entscheidung bei Demenz. Zur non-kognitivistischen Dimension des Willens. In: Zeitschrift für medizinische Ethik. 68. Jahrgang, Heft 1. 2022.

Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2293

Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/2332

Deutscher Bundestag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/904

Die Bibel, Genesis 1,27. Lutherübersetzung 1984.

Di Fabio, Udo: Die Würde des Menschen als Maßstab für Fortschritt. In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik. Band 28, Heft 1, 2021.

Friesenecker, Barbara: Lebensqualität vs. Lebensverlängerung: Länger leben oder länger leiden? In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 28, Heft 2, 2021.

Ganzini, Linda et. al: Oregonians' Reasons for Requesting Physician Aid in Dying. Archives of Internal Medicine, 2009, 169(5): 489-492.

Hoffmann, Thomas Sören; Knaup, Marcus (Hrsg.): Was heißt: In Würde sterben? Wider die Normalisierung des Tötens. 2015. Springer Fachmedien Wiesbaden.

Husebø, Stein; Mathis, Gebhard (Hrsg.): Palliativmedizin. 6. Auflage 2017. Springer-Verlag.

Irmen, Melanie Ellen: Assistierter Suizid – Assistenz als ärztliche Aufgabe. Rechtsfragen nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020. 2022. Springer Fachmedien.

Isensee, Josef; Kirchhof, Paul (Hrsg.): Handbuch des Staatsrechts. 3. Auflage 2009. C. F. Müller.

Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. 1785. Philosophische Bibliothek, Meiner.

Kluth, Winfried: Der Zugang zu Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung nach der neueren Rechtsprechung und im Spiegel der Gesetzesentwürfe zur Neuregelung der Sterbehilfe, in: Zeitschrift für Lebensrecht 31, 2022.

Kuchenbauer, Konstantin: Der Verlust des sittlichen im Recht. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15 u. a., zum assistierten Suizid – Teil 1, in Zeitschrift für Lebensrecht 31, 2022.

Maio, Giovanni: Mittelpunkt Mensch, Lehrbuch der Ethik in der Medizin. 2. Auflage 2017. Schattauer.

Manssen, Gerrit: Staatsrecht II. 17. Auflage 2020. C.H. Beck.

Nationaler Ethikrat (Hrsg.): Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. 2006.

Nestor, Karen: Wunsch nach assistiertem Suizid? Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen, in: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 29, Heft 2, 2022.

Weissbrodt, Anja J.: Etwas Besseres als den Tod – Aktuelle Regelung der Suizidbeihilfe und ihre Auswirkungen auf die Ärzteschaft. 2022. De Gruyter.

Wiebe, Ellen et al: Reasons for requesting medical in dying, Canadian Family Physican, Vol 64, 2018.

Wiesing, Urban (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 5. erweiterte, aktualisierte und vollständig durchgesehene Auflage 2020. Reclam-Verlag.

Schmoller, Kurt: Recht auf selbstbestimmtes Sterben – Konsequenzen der Autonomie. In: Zeitschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik, Band 28, Heft 1, 2021.

Strafgesetzbuch (StGB): § 217 Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung.

Zimmermann-Ackling, Markus: Dem Sterben zuvorkommen? Ethische Überlegungen zur Beihilfe zum Suizid. In: Zeitschrift für medizinische Ethik, 55, 2009.

Internetquellen (zuletzt abgerufen am 06.09.2022)

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/54284/Interview-mit-Prof-Dr-med-Gian-Domenico-Borasio-Ohne-Dialog-gibt-es-keine-guten-Entscheidungen>

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/140128_%C3%A4rzt-suizid_online.pdf

<https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

<https://dserver.bundestag.de/btd/20/022/2002293.pdf>

<https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

<https://www.hospiz-palliativ-nds.de/aerztetag-streicht-das-verbot-der-aerztlichen-suizidbeihilfe-aus-der-musterberufsordnung/>

<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf>