

Forum 2021 · 36:150–154

<https://doi.org/10.1007/s12312-021-00902-7>

Online publiziert: 3. März 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Friedemann Nauck<sup>1</sup> · Alfred Simon<sup>2</sup><sup>1</sup>Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland<sup>2</sup>Akademie für Ethik in der Medizin, Georg-August-Universität, Göttingen, Deutschland

# Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil

Das Thema „Sterbehilfe“, zu dem auch der assistierte Suizid zählt, beschäftigt nicht nur die Betroffenen, die sich darüber Gedanken machen, wie sie aus dem Leben scheiden könnten, sondern in besonderer Weise auch die Behandelnden sowie Politik und Gesellschaft. Der Umgang mit Menschen, die „Sterbehilfe“ für sich in Anspruch nehmen wollen, ist auch in der Onkologie herausfordernd. Dabei ist jedoch nicht immer klar, was Menschen unter dem Begriff „Sterbehilfe“ verstehen. Hinter diesem Begriff kann sich sowohl die Hilfe beim Sterben als auch die Hilfe zum Sterben verbergen. Insofern sollen zunächst die Begrifflichkeiten definiert werden.

## Begriffsdefinition

### Hilfe beim Sterben

Hilfe beim Sterben beinhaltet die palliative Versorgung am Lebensende. Hospizarbeit und Palliativmedizin stehen für Sterbebegleitung mit dem Ziel, sich schwerkranken und sterbenden Menschen gegenüber respektvoll zu verhalten, sich mit den Wünschen und Sorgen der Patient\*innen intensiv auseinanderzusetzen, physisches Leid zu lindern sowie Patient\*innen und deren Angehörige bei psychosozialen und spirituellen Problemen zu unterstützen. Dabei ist die Linderung belastender Symptome wie Schmerzen, Luftnot, Angst oder Unruhe auch unter Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung als Nebenwirkung einer palliativmedizinisch indizierten Maßnahme (früher: „indirekte“ Sterbehilfe) geboten und rechtlich zulässig.

### Hilfe zum Sterben

Hilfe zum Sterben beinhaltet die Tötung auf Verlangen, den assistierten Suizid sowie den Behandlungsabbruch.

**Tötung auf Verlangen** „Tötung auf Verlangen“, früher als „aktive Sterbehilfe“ bezeichnet, ist in Deutschland verboten und liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt (§ 216 StGB). Die Tötung auf Verlangen ist in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg dagegen

unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt.

**(Ärztlich) assistierter Suizid** „(Ärztlich) assistierter Suizid“, wird definiert als Handlung (eines\* einer Arztes\*Ärztin), einer Person auf deren freiwilliges und angemessenes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen, z. B. indem eine Medikation zur Selbstverabreichung bereitgestellt wird.

**Behandlungsabbruch** „Behandlungsabbruch“ als Begriff beinhaltet die Bereiche Therapiezieländerung, Therapieverzicht, Therapieabbruch und das Zulassen des Sterbens. Dabei sind das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen der Patient\*innen entspricht bzw. wenn die bisherigen therapeutischen Maßnahmen medizinisch nicht (mehr) indiziert sind, zulässig [1]. Dazu zählt u. a. der Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Intubation und Beatmung, Dialyse sowie Reanimation bzw. deren Abbruch vor Eintritt des Hirntodes. Der Begriff „Therapiezieländerung“ fokussiert darauf, dass nicht grundsätzlich auf alle therapeutischen Maßnahmen verzichtet wird, wie es der Begriff des Behandlungsabbruchs nahelegt; vielmehr erfolgt gezielt eine Korrektur und damit Beendigung einer bisherigen (kurativen/lebenserhaltenden) Therapie, während gleichzeitig durch die Hinzunahme palliativmedizinischer Behandlung und Begleitung die Linderung von Leiden angestrebt wird.

## • Autor



**Prof. Dr. Friedemann Nauck**  
Georg-August-Universität,  
Göttingen

## • Autor



**Prof. Dr. Alfred Simon**  
Georg-August-Universität,  
Göttingen

## Intention der Einführung des § 217 StGB

In der öffentlichen Diskussion und den Beratungen im Deutschen Bundestag ging es in den Jahren 2014 und 2015 um die Auseinandersetzung, ob es einen Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung geben sollte oder nicht. Dabei wurde über ein Verbot organisierter, kommerzieller Sterbehilfe z. B. durch Sterbehilfeorganisationen wie DIGNITAS-Deutschland bzw. des Vereins Sterbehilfe Deutschland e. V. debattiert, um der Gefahr einer gesellschaftlichen „Normalisierung“ von Suizidhilfe vorzubeugen. Der § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung), der Ende 2015 im Strafgesetzbuch eingeführt wurde, bestätigte die Entscheidung des Gesetzgebers, den Suizid und auch die Beihilfe dazu straffrei zu belassen, wenn die Selbsttötung frei und eigenverantwortlich gewollt und verwirklicht wurde. Jedoch durfte die Suizidbeihilfe nicht geschäftsmäßig (d. h. mit Wiederholungsabsicht) erfolgen, sonst wäre sie strafbar. Diese Regelung führte bei Ärzt\*innen zu einer Verunsicherung, da Ängste bestanden, sich im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit strafbar zu machen. Dabei war unstrittig, dass das Gespräch mit Patient\*innen über den Suizid und eine Beratung an sich keineswegs schon als Beihilfe zum Suizid gesehen werden. Jedoch könnte die wiederholte Suizidassistenz oder die Absicht einer solchen durch einen\*eine Arzt\*Ärztin eine strafbare Handlung darstellen.

Neben der Frage der strafrechtlichen Folgen bei der Durchführung des ärztlich assistierten Suizids wurde in der Ärzteschaft diskutiert, ob der ärztlich assistierte Suizid zu den ärztlichen Aufgaben gehört, oder – wie auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2011 beschlossen und im § 16 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) festgehalten – zu untersagen ist. Im Rahmen dieser Diskussion wurde der Paragraph neu gefasst, sodass es seither heißt: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu

töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ [2]. Strafrechtlich gesehen ist auch die ärztliche Assistenz im Falle eines freiverantwortlichen Suizids straflos. Eine besondere Bedeutung kommt dem ärztlich assistierten Suizid dadurch zu, dass Ärzt\*innen hier ihre beruflichen Kompetenzen nutzen, d. h. dem Sterbewilligen den Weg in ihrer professionellen Rolle ebnen. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich bisher gegen Tötung auf Verlangen und ärztlich assistierten Suizid ausgesprochen, wobei die Haltung der BÄK in Hinblick auf ärztlich assistierten Suizid jedoch nicht von allen Landesärztekammern geteilt wird: So haben nur 10 der 17 Landesärztekammern das berufsrechtliche Verbot in ihre Berufsordnungen übernommen.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) hat zum ärztlich assistierten Suizid erklärt, „dass die Herbeiführung des Todes aus ärztlicher Sicht keine therapeutische Option darstellen darf, da damit das zugrundeliegende Problem einer am Leben orientierten Leidenslinderung nicht gelöst wird.“ Es bedürfe „weiterhin zunehmender Anstrengungen, den Patienten und deren Umfeld Unterstützung anzubieten, wozu auch die respektvolle Auseinandersetzung mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – gehört“ [3].

## Situation nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Das Bundesverfassungsgericht hat am 26.02.2020 in seinem Urteil zum § 217 StGB das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst, in den Mittelpunkt gerückt und den § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt. Die Entscheidung des Einzelnen, so das Gericht, „seinem 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“ [4]. Das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben schließt nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts auch die Möglichkeit des Suizids sowie der Inanspruchnahme

freiwillig geleisteter Suizidhilfe mit ein. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) hat es sterbewilligen Personen aber faktisch unmöglich gemacht, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen. Damit stellte es einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechte derer dar, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen oder freiwillig leisten wollten.

## » Das Bundesverfassungsgericht erklärt den § 217 StGB für verfassungswidrig

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts untersagt dem Gesetzgeber hingegen nicht, die Suizidhilfe zu regulieren. Jedoch muss sichergestellt werden, dass dem Recht des\*der Einzelnen, sein\* ihr Leben selbstbestimmt zu beenden, hinreichend Raum zur Entfaltung und Umsetzung verbleibt. Dabei wird aus dem Gerichtsurteil deutlich, dass es nach wie vor kein Recht darauf gibt, Suizidhilfe in Anspruch zu nehmen, da die Assistenz bei der Selbsttötung auch nach diesem Urteil keine staatliche Verpflichtung darstellt. Damit können weder der Staat noch einzelne Behandelnde gezwungen werden, Suizidhilfe zu leisten. Aus den wesentlichen Erwägungen des Senats wird darüber hinaus jedoch deutlich, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt ist. Damit sind die Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen bei seinem Entschluss nicht zu bewerten und bedürfen keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung. Die Selbstbestimmung ist das relevante Kriterium, was die Akzeptanz einer Selbsttötung angeht. Auch darf eine rechtliche Regelung die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer freiwillig geleisteten Suizidhilfe nicht auf bestimmte Lebens- oder Krankheitssituationen einschränken. Bei der persönlichen moralischen Entscheidung, Suizidhilfe zu leisten oder nicht, dürfen sie hingegen sehr wohl eine Rolle spielen. So darf ein\* eine Arzt\*Ärztin für sich festlegen,

ob er\*sie überhaupt Suizidhilfe leistet und wenn ja, ggf. nur in bestimmten Krankheitssituationen. Dies wiederum stellt einen folgenreichen Paradigmenwechsel dar.

## Sterbewunsch und Lebenswille

Aus den Erfahrungen der Hospiz- und Palliativversorgung wissen wir, dass auch bei psychisch gesunden Menschen mit schwerer unheilbarer Krankheit Todeswunsch und Lebenswille nahezu gleichzeitig vorhanden sein können. Dabei ist der Todeswunsch oft nicht absolut und ausschließlich zu sehen, sondern kann Ausdruck einer Ambivalenz zwischen Hoffnung auf ein baldiges Sterben, aber auch Hoffnung auf ein Weiterleben sein. Starke und anhaltende körperliche Beschwerden oder psychosoziale Belastungen führen dazu, dass Patient\*innen nach „Sterbehilfe“ verlangen, da sie äußern, „so nicht mehr leben“ zu wollen oder zu können. In diesen Situationen kann durch eine umfassende multiprofessionelle Palliativversorgung eine Leidenslinderung erzielt werden, die oft dazu führt, dass die Wünsche oder Gedanken bezüglich eines baldigen Versterbens z. B. durch einen assistierten Suizid in den Hintergrund treten. Insofern haben Ärzt\*innen sowie alle Behandelnden eine durchaus wichtige Rolle in der Beurteilung der Menschen, die nach ärztlich assistiertem Suizid fragen. Nicht nur die Frage, ob es sich um eine behandelbare psychische Erkrankung handelt, steht im Vordergrund, sondern auch die Beurteilung der Freiverantwortlichkeit des geäußerten Willens. Hierzu sind der offene Austausch und Dialog mit dem Suizidwilligen unabdingbar. Dieses offene Miteinander, das Zuhören, Aushalten, Anerkennen und die Erlaubnis, ohne Wertung oder Aktionismus „alles denken und sagen zu dürfen“, ist ein wesentlicher Zugang zu denen, die über einen Suizid nachdenken, und stellt eine enorme Ressource dar. Nur dadurch lassen sich Perspektiven erweitern, Probleme der Abwägung von Zeit versus Sinn diskutieren und mögliche Leidensbilder in angemessene Sprache transferieren, die dazu beitragen können, alternative Sterbebilder zu vor-

Forum 2021 · 36:150–154 <https://doi.org/10.1007/s12312-021-00902-7>  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

F. Nauck · A. Simon

## Der assistierte Suizid – Reflexionen nach dem Bundesverfassungsgerichtsurteil

### Zusammenfassung

Im Jahr 2015 verabschiedete der Deutsche Bundestag ein Gesetz, das die Beihilfe zum Suizid verbietet, wenn sie geschäftsmäßig (d. h. mit Wiederholungsabsicht) erfolgt. Auch wenn damit Sterbehilfeorganisationen in Deutschland gestoppt werden sollten, sorgte der Wortlaut des Gesetzes für Verwirrung und Missverständnisse. Behandelnde befürchteten u. a. sogar strafrechtliche Konsequenzen, wenn sie mit ihren Patient\*innen über dieses Thema sprechen. Die Berufsordnung der Bundesärztekammer verbietet die Beihilfe zum Suizid und erklärt, die Beteiligung am Suizid sei keine ärztliche Aufgabe. Im Jahr 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht das Gesetz für verfassungswidrig. Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod sei nicht auf Situationen beschränkt, die durch äußere Ursachen wie schwere oder unheilbare Krankheiten definiert sind.

Es muss sichergestellt sein, dass Wünsche nach assistiertem Suizid auf einer freiverantwortlichen, wohlüberlegten Entscheidung beruhen. Dies erfordert eine obligatorische Beratung im Vorfeld und ggf. eine Wartezeit. Palliativmedizinische Unterstützung sollte angeboten werden, um physisches, psychisches und existenzielles Leiden zu lindern. Wird dies jedoch nicht als hilfreich empfunden, ist der Sterbewunsch zu respektieren, wobei aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben kein Anspruch gegen Dritte auf Beihilfe zum Suizid abgeleitet werden kann.

### Schlüsselwörter

Recht auf Sterben · Selbstbestimmung · Rechtsprechung · Berufsordnung · Palliativmedizin

## Reflections on the Federal Constitutional Court's ruling on assisted suicide in Germany

### Abstract

In 2015, the German parliament passed a bill prohibiting assistance with suicide when these actions are businesslike, i.e., intended as a recurring pursuit. Although this was meant to stop right-to-die organizations in Germany, the wording of the bill caused a lot of confusion and misunderstandings. Among other things, physicians feared prosecution for even discussing this issue with patients. The professional code of the German Medical Association forbids assistance with suicide and declares that participation in suicide is not a medical task. In 2020, the court ruled that the bill was unconstitutional, and that the right to a self-determined death is not limited to situations defined by external causes such as serious or incurable illnesses.

It must be ensured that the person who wishes assisted suicide does so based on their free, well-considered decision. This requires mandatory consultation in advance, and, if necessary, a waiting period. Palliative medical support should be offered to alleviate existential, physical, and psychological distress. However, if this is not perceived as helpful, the wish to die must be respected, but no claim against third parties for assisted suicide can be derived from the right to self-determined dying.

### Keywords

Right to die · Personal autonomy · Legislation · Professional code · Palliative care

handenen Leidensbildern aufzuzeigen. Die unvoreingenommene Kommunikation ermöglicht es erst sicherzustellen, dass es sich um eine freiverantwortliche Entscheidung handelt, und ermöglicht es, in der Begleitung Hilfen für ein Weiterleben auch in besonders schwierigen Situationen aufzuzeigen. Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein,

und nicht immer ist es leicht, die individuelle Not und Verzweiflung der Patient\*innen wahrzunehmen. Nicht selten besteht der Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintritt, aber auch der explizite, wenn auch seltene Wunsch nach Beihilfe zum Suizid wird von Schwerkranken und Sterbenden geäu-

bert. Diesen Herausforderungen muss sich das gesamte multiprofessionelle therapeutische Team mit hoher Verantwortung und Wertschätzung stellen. Dabei kann die Äußerung von Sterbewünschen als ein Zeichen des Vertrauens gewertet werden. Sie kann der Versuch sein auszuloten, ob sich das Gegenüber auf eine solche tiefe und existenzielle Frage einlässt.

## Standesethische Überlegungen zum Umgang mit Suizidwünschen

Unabhängig davon, ob der ärztlich assistierte Suizid eine ärztliche Aufgabe ist, ist es ärztliche Aufgabe, sich mit den Sterbewünschen von Patient\*innen auseinanderzusetzen. Dabei muss im Rahmen der Überprüfung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches immer auch geprüft werden, ob der Wunsch nach dem Suizid tatsächlich der Wunsch der sterbewilligen Person ist: Wünscht sie wirklich zu sterben oder hat der Sterbewunsch eine andere Funktion? Und: Ist es wirklich ihr autonomer Wunsch oder wurde sie zu dieser Entscheidung gedrängt? Auch wenn Ärzt\*innen nicht verpflichtet werden können, einen ärztlich assistierten Suizid zu leisten, stellt sich die Frage, wie sich die Ärzteschaft, nachdem der § 217 StGB für verfassungswidrig erklärt wurde, zukünftig positioniert. Diese Positionierung ist sicher eine Herausforderung, da es nicht nur um eine ethische und moralische Frage geht, sondern sich auch die Frage stellt, ob man diese Aufgabe in andere Hände, wie z. B. Sterbehilfevereinen, abgeben will und kann.

### » Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch auf Suizidhilfe ab

Bis vor etwa 10 Jahren vertrat die BÄK in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbegleitung die Auffassung, dass die ärztliche Mitwirkung an der Selbsttötung einer Person dem ärztlichen Ethos widerspricht. Aufgrund der Tatsache, dass in Studien gezeigt werden konnte, dass sich

immer mehr Ärzt\*innen eine Suizidhilfe im Einzelfall vorstellen können [5], wurde diese Aussage in der 2011 veröffentlichten Überarbeitung der Grundsätze dahingehend geändert, dass die Mitwirkung an der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe darstellt. Unabhängig davon gibt es gemeinsame ethische Werte und Überzeugungen in der Ärzteschaft, die sich in den vier ethischen Grundprinzipien „beneficence“ (Wohltun/Fürsorge), „non-maleficence“ (Nichtschaden), Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit (Verteilung knapper Ressourcen) wiederfinden [6]. Darüber hinaus werden Patient\*innen ungeachtet ihrer Herkunft, ihres sozialen Status, ihres Glaubens etc. gleichbehandelt. Es stellt sich hingegen die Frage, inwieweit es einer gemeinsamen Haltung zu moralisch strittigen Fragen bedarf, wenn in der Ärzteschaft unterschiedliche Einstellungen zum ärztlich assistierten Suizid bestehen. Hier wird sich die Ärzteschaft positionieren müssen. Auch wenn der ärztlich assistierte Suizid nicht zu den ärztlichen Aufgaben gehört, kann im Rahmen einer moralischen Rechtfertigung im Einzelfall (Dilemmasituation), wie auch bereits 2014 vom Vorstand der DGP beschrieben [3], der ärztlich assistierte Suizid eine ärztliche Handlung im Rahmen der Begleitung einer Person darstellen. Diese Handlung kann jedoch nur erfolgen, wenn sowohl eine freie, wohlüberlegte Entscheidung des\*der Suizidwilligen als auch die freie Gewissensentscheidung des\*der Behandelnden gegeben sind. Dazu bedarf es im Vorfeld einer Beratungspflicht sowie der Feststellung der Freiverantwortlichkeit und ggf. einer Wartezeit sowie der Angebote palliativmedizinischer Unterstützung, um die bestehende Not des Menschen und möglicherweise bestehendes physisches und psychisches Leid zu lindern. Das bedeutet aber auch, dass der Sterbewunsch dann, wenn diese Angebote nicht als hilfreich empfunden werden und es zu einer anderen Entscheidung kommt, zu respektieren ist. Doch allein der Respekt vor einer Entscheidung bedeutet nicht, dass die Behandelnden den ärztlich assistierten Suizid auch anbieten oder gar durchführen (müssen). Aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben

leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab.

## Schlussbemerkungen

Ärzt\*innen haben eine besondere Verantwortung für eine angemessene Behandlung ihrer Patient\*innen am Lebensende; dies schließt einen respektvollen Umgang mit geäußerten Sterbewünschen ein. Sie sollten offen und differenziert mit solchen Wünschen umgehen. Dabei muss der Schutz der Patient\*innen gewährleistet sein und geprüft werden, ob eine Freiverantwortlichkeit und ausreichende Informationen über palliativmedizinische Maßnahmen sowie die Ernsthaftigkeit des Anliegens bezüglich des assistierten Suizids vorliegen. Darüber hinaus ist die Suizidprävention geboten, um zu versuchen, Menschen in ihrer Not anzunehmen und gemeinsam Wege in einer krisenhaften Situation zu finden, um eine selbstbestimmte Entscheidung herbeizuführen.

Zusammenfassend müssen die folgenden Gesichtspunkte beachtet werden:

- Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den ärztlichen Aufgaben, dennoch zählt die respektvolle Auseinandersetzung mit Suizid- und Sterbewünschen von Patient\*innen dazu.
- Die ärztliche Mitwirkung am Suizid kann in dilemmatischen Einzelfällen mit dem ärztlichen Ethos vereinbar sein, bleibt aber eine Gewissensentscheidung des\*der Arztes\*Ärztin.
- Die Selbstbestimmung anzuerkennen und zu fördern bedeutet jedoch nicht, jede Handlungsweise gut zu heißen oder sich gar mit ihr zu identifizieren.
- Alternativen zur Suizidhilfe, insbesondere palliative Angebote sowie die Möglichkeit einer Therapiezieländerung bzw. der Therapiebegrenzung, müssen erwogen und mit dem\*der Suizidwilligen besprochen werden.
- Die Prüfung der Sorgfaltskriterien, insbesondere der Freiverantwortlichkeit, sowie Informationen über alternative Angebote müssen qualitätsgesichert erfolgen.
- Die Diskussion in der Ärzteschaft über die berufsrechtlichen Regelungen zum ärztlich assistieren



Suizid ist geboten. Dabei muss beachtet werden, dass das Recht auf selbstbestimmtes Sterben nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt ist und es sich deshalb nicht notwendig um Patient\*innen im engeren Sinne handeln muss.

- Es sollten gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen unternommen werden, dass Suizid und Suizidassistenten nicht zu einer gesellschaftlichen Normalität werden, und zwar nicht gegen, sondern im Interesse des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben.
- Es darf keine Verpflichtung zur Suizidhilfe für Ärzt\*innen geben.

Unklar bleibt derzeit, ob es nach einer Überarbeitung der berufsrechtlichen Regelungen genügend Ärzt\*innen geben wird, die sich zur Suizidbeihilfe bereithalten, und inwieweit das multiprofessionelle Behandlungsteam die Durchführung des ärztlich assistierten Suizids mitträgt und mitverantwortet. Ferner muss geklärt werden, ob Minderjährige, psychisch Erkrankte oder Menschen mit einer Demenz grundsätzlich von der Möglichkeit eines assistierten Suizids ausgeschlossen werden oder die Selbstbestimmung auch bei diesen Menschen greift. Das Thema „Sterbehilfe“ ist und bleibt nicht nur für die Ärzteschaft herausfordernd. Es gibt hierzu keine einfachen Antworten und Lösungen, kein eindeutiges Richtig oder Falsch.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 stellt die Autonomie des Menschen in den Vordergrund, was auch als Ausdruck einer Gesellschaft, die zunehmend das Individuum im Blick hat, verstanden werden kann. Dabei gilt aber nach wie vor der Grundsatz aus der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung: „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“ [2].

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Friedemann Nauck**  
Klinik für Palliativmedizin, Georg-August-Universität  
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, Deutschland  
Friedemann.Nauck@med.uni-goettingen.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Nauck und A. Simon geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

1. Bundesgerichtshof. Urteil vom 25. Juni 2010 - 2 StR 454/09
2. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 -\*) in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14. Dez. 2018 (vgl. § 1 Abs. 2 MBO-Ä)
3. Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L (2014) Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben - keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl 111:A67-A71
4. Bundesverfassungsgericht. Urteil vom 26. Februar 2020 - 2 BvR 2347/15 u. a.
5. Simon A (2010) Einstellung der Ärzte zur Suizidbeihilfe: Ausbau der Palliativmedizin gefordert. Dtsch Arztebl 107:A1383-A1385
6. Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles of biomedical ethics, 5. Aufl. Oxford University Press, Oxford (1. Aufl. 1979)

## Lesetipp

### Transition



Der Übergang von pädiatrischer zu erwachsenmedizinischer Versorgung bei definierten chronischen Erkrankungen - die Transition - ist sehr komplex.

Sie beinhaltet Erkenntnisse über den frühkindlichen Einfluss auf chronische Erkrankungen mit klinischer Manifestation im Erwachsenenalter. Eine Übergabe/Transition sollte frühzeitig geplant und kommuniziert werden und ist am effizientesten in etablierten Strukturen mit guten persönlichen Kontakten der Ärzte untereinander.

Die Artikel in *Der Pneumologe* 02/2021 geben Ihnen eine Hilfestellung beim Informationsaustausch zwischen den Disziplinen, damit es zu einem strukturierten Transitionsprozess kommt, um die Jugendlichen auf den Wechsel der Versorgung vorzubereiten.

- Transition bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen von pädiatrischer in internistische Versorgung
- Transition von Patienten mit primärer ziliärer Dyskinesie
- Mukoviszidose und Transition ins Erwachsenenalter
- Pulmonaler arterieller Hochdruck bei Kindern
- Transition bei neuromuskulären Erkrankungen mit chronisch respiratorischer Insuffizienz

### Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

**Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de) unter „Abos“**