

Das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizides

Seine verfassungsrechtliche Bewertung und die aktuelle Gesetzgebungsdebatte. In: vorgänge 210/211 (2-3/2015), S. 111-118

Rosemarie Will stellt das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizides vor, welches derzeit in 10 von 17 Landesärztekammerbezirken gilt. Sie zeigt die ethischen und juristischen Probleme dieses Verbotes, das sie für verfassungswidrig hält. Zwei der vier im Bundestag diskutierten Gesetzentwürfe (von Hintze und Künast) versuchen, die bestehenden berufsrechtlichen Einschränkungen aufzuheben. Ob der Bundesgesetzgeber über die dafür nötige Gesetzgebungskompetenz verfügt, bezweifelt die Autorin. Sie warnt zudem davor, in der aktuellen Debatte die assistierte Selbsttötung (und damit auch die ärztliche Suizidbeihilfe) symbolisch zu überhöhen und zu instrumentalisieren.

Der Streit um das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung

Das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizids trifft auch die Bürger_innen und ihre Rechte, weil jeder sich irgendwann einmal fragt, was der Arzt/die Ärzt_in des eigenen Vertrauens am Lebensende für einen tun kann bzw. tun darf. Noch ist der ärztlich assistierte Suizid zwar straffrei, aber schon jetzt könnte er in 10 Ärztekammerbezirken mit berufsrechtlichen Sanktionen bis hin zum Entzug der Approbation geahndet werden. Die Musterordnung der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2011 (MBO-Ä) hat in § 16 den Landesärztekammern empfohlen, in ihre rechtlich verbindlichen Satzungen ein berufsrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe für Ärzte aufzunehmen. § 16 MBO-Ä stellt für Ärzte die Regel auf: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Damit diese Regel gegenüber Ärzten/Ärzt_innen rechtsverbindlich gilt, muss sie in das jeweilige Satzungsrecht der Landesärztekammern übernommen werden. Die Bundesärztekammer als ein privatrechtlicher Zusammenschluss der Landesärztekammern besitzt keine Kompetenz zum Erlass berufsrechtlicher Regelungen. Die Musterordnung hat daher nur empfehlenden Charakter für die Landesärztekammern. Dagegen besitzen die Landesärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts die Kompetenz zum Erlass verbindlicher berufsrechtlicher Regelungen in Form von Satzungen. Von den 17 Landesärztekammern haben 10 ein Verbot des ärztlich assistierten Suizides in ihre Berufsordnungen aufgenommen. Dagegen sind Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein der Empfehlung der Bundesärztekammer für ein berufsrechtliches Verbot der Suizidbeihilfe für Ärzte/Ärzt_innen nicht gefolgt. Die Berufsordnung in Westfalen-Lippe hat zwar kein Verbot geregelt, aber empfiehlt: Ärzte/Ärzt_innen „sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“. Die Unterschiede bei der Umsetzung von § 16 MBO-Ä haben nicht nur ein uneinheitliches Berufsrecht in Deutschland geschaffen, welches zusätzlich Rechtsunsicherheit in Sachen Sterbehilfe bewirkt, sondern sie bezeugen auch einen veritablen Streit innerhalb der Ärzt_innenschaft um Sinn und Unsinn des berufsrechtlichen Verbotes. In Deutschland erhobene Daten belegen diese Auseinandersetzungen. In einer von der Bundesärztekammer 2009 in Auftrag gegebene Umfrage unter Ärzt_innen erklärten 61 Prozent der Befragten, eine Unterstützung bei der Selbsttötung von Patient_innen käme für sie auf keinen Fall in Frage. 37 Prozent wollten diese Möglichkeit nicht ausschließen.¹ Dieser Wertpluralismus in der Ärzt_innenschaft wird auch in zwei von der Ruhr-Universität Bochum 2011 und 2014 durchgeführten Untersuchungen grundsätzlich bestätigt. Die Studie aus dem Jahre 2011 dokumentiert Behandlungsentscheidungen am Lebensende unter ärztlichen Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Unter den 780 dokumentierten Fällen gab es 692 Fälle mit mindestens einer ärztlichen Handlung am Lebensende. 10 Fälle davon wurden als ärztlich assistiertes Sterben erfasst, sieben davon als Tötung auf Verlangen, zwei als Tötung ohne Verlangen und nur eine als ärztlich assistierte Selbsttötung².

Die zweite Bochumer Studie aus dem Jahre 2014 untersuchte in einer Querschnittsumfrage unter

Ärzten/Ärzt_innen in Deutschland die ärztliche Behandlungspraxis am Lebensende. „20,7 % der Befragten waren um ärztliche assistierte Selbsttötung gebeten worden. 41,7 % der Studienteilnehmern konnten sich ärztliche Assistenz zur Selbsttötung auf keinen Fall vorstellen, während 40,2 % sich dies unter bestimmten Bedingungen vorstellen konnten. Das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Assistenz zur Selbsttötung wurde von 33,7 % abgelehnt, 25,0 % befürworteten ein solches Verbot und 41,4 % waren unentschieden.“³ Die empirischen Daten belegten zudem, dass es auch innerhalb der palliativmedizinisch arbeitenden Ärzt_innenschaft unterschiedliche ethische Standpunkte und ein unterschiedliches Berufsverständnis gibt, welches die Suizidassistenz als ärztliche Aufgabe in ähnlicher Häufigkeit wie bei den Mediziner_innen ohne Palliativausbildung einschließt. Die Autoren der Studie verstanden diese Ergebnisse als Hinweis darauf, dass in der Praxis anerkannte palliativmedizinische Methoden und ärztliche Handlungen mit beabsichtigter Lebensverkürzung koexistieren.⁴ Dies ist insofern bemerkenswert, als führende Vertreter_innen der Palliativmedizin die Möglichkeit des assistierten Suizides oft ablehnen (vgl. dazu den Artikel von Neumann in diesem Heft).

Zu grundsätzlich vergleichbaren Ergebnissen kommt auch die Umfrage zur Handlungspraxis und den Einstellungen unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO) aus diesem Jahr.⁵ Angesichts der in allen Erhebungen festgestellten differierenden ärztlichen Wertungen ist es nicht zu rechtfertigen, die pluralistische ärztliche Ethik durch Mehrheitsentscheidungen und berufsrechtliche Verbotsversuche zu regulieren oder gar zu unterdrücken. Das ärztliche Berufsethos ist nicht statisch, sondern entwickelt sich im Zuge medizinischer und gesellschaftlicher Veränderungen in Kontroversen weiter, besonders wenn diese ohne Tabu und ideologischer Diffamierung geführt werden. So wie das Sterben zum Leben gehört, zählt die Sterbebegleitung zu den elementaren ärztlichen Aufgaben. Das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizides ist aber nicht nur in der Ärzt_innenschaft, sondern auch in der Öffentlichkeit umstritten. Neueste Meinungsumfragen⁶ belegen, dass 70 % der Bevölkerung ärztlichen Beistand auch für den Fall des Suizides fordert. Dabei setzt sich langsam die Erkenntnis durch, dass die Akzeptanz des ärztlich assistierten Suizides als ärztliche Aufgabe eine wichtige Form der Suizidprävention ist. Wer mit dem Arzt/der Ärzt_in seines Vertrauens offen über seinen Suizidwunsch sprechen kann, erfährt eine professionell-medizinische ergebnisoffene Beratung. Erst wenn dies durchgesetzt ist, kann entschieden werden, ob nur Ärzt_innen beim Suizid assistieren sollen oder ob auch andere assistieren sollen bzw. dürfen. Es kann dann entschieden werden, welche Rolle Ärzt_innen für den Fall haben sollen, dass auch andere beim Suizid assistieren, ob es z.B. ärztliche Beratungs- und Begutachtungspflichten verpflichtend geben soll.

Angesichts des berufsrechtlichen Verbotes ist die ganze Diskussion in eine Schiefelage geraten, und es ist zu konstatieren, dass sich der Streit um den ärztlich assistierten Suizid in der Öffentlichkeit wie in der Ärzt_innenschaft zuspitzt. So reagiert der Bundesärztekammerpräsident Montgomery, der als einer der wesentlichen Initiatoren des Verbotes gilt, zunehmend unsachlicher auf Argumente gegen das Verbot. Als er im Dezember letzten Jahres gefragt wurde, wer schwerstleidenden, sterbewilligen Menschen denn sonst helfen solle, war seine Antwort: „Lassen Sie das doch den Klempner machen!“

Die juristische Debatte zum berufsrechtlichen Verbot

Der Streit um die Zulässigkeit des ärztlich assistierten Suizides wird aber nicht nur auf dem Feld der ärztlichen Ethik geführt, sondern auch in Form juristischer Auseinandersetzungen. In der juristischen Debatte geht es letztlich um die Frage, ob das berufsrechtliche Verbot überhaupt verfassungsmäßig ist. Die Humanistische Union hat das berufsrechtliche Verbot der Suizidbeihilfe für Ärzt_innen von Anfang an für verfassungswidrig gehalten (s. HU-Mitteilungen 218/219) und zugleich nach Ärzt_innen gesucht, gegen die wegen geleisteter Suizidhilfe berufsrechtlich vorgegangen wird, um sie verfassungsgerichtlich zu unterstützen. Das konnte bis jetzt nicht realisiert werden, weil die Landesärztekammern ihr Verbot entweder nicht mit entsprechenden Sanktionen durchsetzen oder, wenn es zu Sanktionen kommt, diese bereits von den Verwaltungsgerichten aufgehoben werden.

Bisheriger Höhepunkt der juristischen Debatten ist die Auseinandersetzung mit einem Urteil des Berliner Verwaltungsgerichtes (VG). Dem Kläger, dem Berliner Arzt Uwe-Christian Arnold, der damals auch stellvertretender Vorsitzender des Vereins Dignitas-Deutschland war, wurde von der Berliner Ärztekammer untersagt, ein todbringendes Medikament an eine Patientin abzugeben, die damit einen freiverantwortlichen Suizid begehen wollte. Für den Fall der Zuwiderhandlung wurde ein Zwangsgeld in Höhe von 50.000 € angedroht. Diese Untersagungsverfügung der Ärztekammer wurde vom Berliner Verwaltungsgericht (VG)

aufgehoben.⁷ Die Untersagungsverfügung verstoße formell und materiell gegen höherrangiges Recht, was bedeutet, dass das Gericht von der Verfassungswidrigkeit der Verbotsverfügung ausging. Der formelle Verstoß werde durch die fehlende Kompetenz des Satzungsgebers für das Assistenzverbot bewirkt (Rn. 54). Die Kammer könne zwar Berufspflichten per Satzung festlegen, aber nicht ein Verbot des ärztlich assistierten Suizides. Die Berliner Ärztekammer habe mit der Untersagungsverfügung ein nicht gesetzlich vom Landesgesetzgeber geregeltes Verbot exekutiert. Seit dem Facharztbeschluss des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfGE 33,125) gelte, dass die Kompetenz der Landesärztekammern für die Regelung des Assistenzverbotes nicht ausreiche (Rn 52). Im Facharztbeschluss hatte das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass nur der Landesgesetzgeber selbst durch ein von ihm formell erlassenes Gesetz Berufsausübungspflichten, die wesentlich in die Berufsausübungsfreiheit aus Artikel 12 GG eingreifen, regeln darf.

Es kommt also darauf an, ob man den durch das Verbot bewirkten Grundrechtseingriff in die Berufsfreiheit des Arztes/der Ärzt_in für wesentlich hält. Ebenso wäre hier auch die Intensität des mittelbaren Eingriffs in das Selbstbestimmungsrecht des Sterbewilligen, der durch das berufsrechtliche Verbot bewirkt wird, zu bewerten. Verfassungsrechtlich geht es dabei um die Realisierung der so genannten Wesentlichkeitstheorie, nach der nur der formelle Gesetzgeber selbst, also die Parlamente, wesentliche Grundrechtsbeschränkungen regeln dürfen, nicht aber der materielle Gesetzgeber, zu denen der Satzungsgeber zählt. Weil im Berliner Heilberufsgesetz ein Verbot der Suizidassistenz vom Landesgesetzgeber nicht geregelt worden war, fehlte der Landesärztekammer die gesetzliche Grundlage für die angegriffene Verbotsverfügung.

Nach dieser Auffassung des Berliner Verwaltungsgerichtes besitzen Landesärztekammern generell nicht die Kompetenz, ein Suizidassistenzverbot für Ärzte/Ärzt_innen verbindlich zu regeln, dies können nur der Landesgesetzgeber selbst. Die bisherigen Verbotsregelungen der 10 Landesärztekammern wären damit – folgt man dem VG Berlin – schon formell verfassungswidrig. Maßgeblich für diese Ansicht ist danach die Wertung, dass es sich beim Suizidassistenzverbot für Ärzte/Ärzt_innen um einen wesentlichen Grundrechtseingriff in die Berufsfreiheit aus Art. 12 GG bzw. um einen wesentlichen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Sterbewilligen handelt.

In der Feststellung, dass es sich beim berufsrechtlichen Verbot des ärztlich assistierten Suizides um einen wesentlichen Grundrechtseingriff handelt, ist dem Gericht sehr gut zu folgen. Die fehlende Kompetenz des Satzungsgebers zur Verbotsregelung ist dabei unabhängig davon, in welchem Grundrecht man das Selbstbestimmungsrecht des Suizidwilligen verortet. Dieser formelle Verstoß wäre aber durch eine gesetzliche Regelung des parlamentarischen Gesetzgebers behebbar. Er hätte die Kompetenz, ein solches Verbot zu regeln.

Aber die Verbotsverfügung verstößt – folgt man dem VG – auch materiell-rechtlich gegen die Berufsfreiheit aus Art. 12 GG. Das ausnahmslose Suizidassistenzverbot verletzt danach das Prinzip der Verhältnismäßigkeit. Folgt man dieser Auffassung des Berliner Verwaltungsgerichtes, dann könnte auch der formelle Landesgesetzgeber kein ausnahmsloses berufsrechtliches Verbot des ärztlich assistierten Suizides regeln. Es würde unverhältnismäßig in die Berufsfreiheit eingreifen und wäre deshalb materiell verfassungswidrig. Zwar kann der Landesgesetzgeber ein Verbot des ärztlich assistierten Suizids regeln, aber er müsste dafür Ausnahmen vorsehen, um die Zumutbarkeit des Verbotes zu gewährleisten.

In diesem Teil seines Urteils hat das Berliner VG nicht vertieft argumentiert und bietet deshalb allenfalls Hinweise darauf, wie eine Verhältnismäßigkeitsprüfung des Grundrechtseingriffes durch ein Verbot aussehen müsste bzw. wie ein verhältnismäßiges Verbot zu regeln wäre.⁸ Zudem fragt sich, ob man das Verbot tatsächlich durch Ausnahmeregelungen als verhältnismäßigen Grundrechtseingriff rechtfertigen kann. Ärzte/Ärzt_innen weisen schon lange darauf hin, dass – entgegen weitverbreiteten Vorstellungen –⁹ leiden. Diese könne die moderne Palliativmedizin meistens ausreichend behandeln. „Als unerträglich empfinden die Patienten vielmehr den Verlust der Autonomie, ihrer Würde und der Kontrolle der Körperfunktionen aufgrund der fortgeschrittenen Erkrankung. Außerdem leiden sie daran, dass sie die Fähigkeit zu Aktivitäten verloren haben, die das Leben aus ihrer Sicht lebenswert machen. Auch durch eine ganzheitlich arbeitende Palliativmedizin, die sich den körperlichen, psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen des Kranken widmet, sind diese Leiden nicht in allen Fällen zu lindern.“¹⁰

Von daher fragt es sich, ob vor allem mit Blick auf den durch das berufsrechtliche Verbot bewirkten mittelbaren Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Sterbewilligen tatsächlich Ausnahmeregelungen

ausreichen, um ein Verbot verfassungsrechtlich zu rechtfertigen.

Die Lebenssituationen, in denen Menschen eine Kontrolle ihres letzten Lebensweges anstreben, sind generell Ausdruck ihres Selbstbestimmungsrechts. Wir akzeptieren das bei der Patientenverfügung ohne jede Reichweitenbeschränkung. Dass Menschen in existentiellen Notsituationen am Lebensende unterschiedlich entscheiden, ist Teil ihrer grundrechtlich geschützten Freiheit. Durch die Möglichkeit der ärztlich assistierten Selbsttötung werden Patient_innen nicht zu diesem Weg gezwungen. Nur eine kleine Gruppe von Patient_innen wählt diesen Weg und wird ihn auch in Zukunft wählen. Wenn man das Selbstbestimmungsrecht auch am Lebensende ernst nimmt, scheint es deshalb nur gerechtfertigt zu sein, Verfahrensregeln zu schaffen, die zum einen sichern, dass der Suizident/die Suizident_in selbstverantwortlich handeln kann und zum anderen der Gefahr eines Missbrauchs vorgebeugt wird. Dies wäre verfassungsgerichtlich durch das Bundesverfassungsgericht zu klären. Die Entscheidung des Berliner VGs konnte dies nicht, sie ist auch keineswegs – was ihre Wertungen anbelangt – verfassungsrechtlich bindend. Es wäre aber zu hoffen, dass das Bundesverfassungsgericht nicht hinter das Berliner VG zurückfällt, sondern dass es weiter geht beim Grundrechtsschutz der Ärzt_innen und der bei ihnen Hilfe suchenden Patient_innen.¹¹

Wie reagieren die Gesetzentwürfe auf das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizids?

Im laufenden Gesetzgebungsprozess wird angesichts des berufsrechtlichen Verbotes nicht nur um das Für und Wieder eines strafrechtlichen Verbotes der Suizidhilfe gestritten, sondern auch um das berufsrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Suizids. Nur für die Gruppe Sensburg u.a., die ein totales Verbot der Suizidhilfe vorschlägt, ist dieser Streit irrelevant. Wer – wie sie – jede Suizidbeihilfe strafrechtlich verbieten will, braucht dazu nicht noch ein selbstständiges berufsrechtliches Verbot des ärztlich assistierten Suizides. Käme dieser Entwurf durch, würden die berufsrechtlichen Sanktionen automatisch auf den Strafverstoß folgen, ohne dass es eines speziellen berufsrechtlichen Verbotes bedarf. Der Entwurf der Gruppe von Brand u. a. ist in seinen Wirkungen auf das berufsrechtliche Verbot ähnlich. Nach der Entwurfsbegründung wird der ärztlich assistierte Suizid als Form von geschäftsmäßiger Suizidhilfe untersagt. Mit seinem strafrechtlichen Verbot jeder geschäftsmäßigen Suizidassistenz sichert der Entwurf das berufsrechtliche Verbot ausdrücklich ab. Dem Arzt/der Ärzt_in als geschäftsmäßigen/r Suizidhelfer_in würden danach nicht nur strafrechtliche, sondern auch berufsrechtliche Sanktionen drohen. Anders die beiden anderen Entwürfe, sowohl der Entwurf von der Gruppe Hintze u. a. als auch der Entwurf von der Gruppe Künast u. a. zielen darauf ab, dass das bislang in 10 Ärztekammerbezirken geltende berufsrechtliche Verbot beseitigt wird. Insbesondere Hintze u. a. wollen mit ihrem Entwurf dezidiert Rechtssicherheit für Ärzte/Ärzt_innen schaffen und die Suizidassistenz eigentlich nur noch den Ärzten/Ärzt_innen übertragen. Den Initiatoren/Initiator_innen des Entwurfes geht es darum, dass „todkranke Menschen ihren Arzt des Vertrauens bitten können, ihnen nach einer umfassenden Beratung über alternative insbesondere palliativmedizinische Behandlungen auf freiwilliger Basis zu helfen, selbst aus dem Leben zu scheiden.“ (Entwurfsbegründung S.1). Die Autoren/Autor_innen des Entwurfes gehen davon aus, dass die von ihnen vorgeschlagene Regelung, Ärzte/Ärzt_innen dort, wo das ärztliche Standesrecht eine Suizidhilfe untersagt, davor bewahrt, dass ihre Gewissensentscheidung, in Suizidfällen Hilfe zu leisten, berufsrechtliche Sanktionen nach sich zieht. Sie argumentieren, dass das von ihnen vorgeschlagene staatliche Recht Vorrang habe vor dem Standesrecht der Ärzte/Ärzt_innen. Den Preis, welchen die Autoren/Autor_innen meinen, dafür zahlen zu müssen, ist eine Reichweitenbegrenzung des ärztlich assistierten Suizides (in diesem Heft dazu Fateh-Moghadam). Insoweit hätte ein berufsrechtliches Verbot, welches ausdrücklich an die intendierte Voraussetzungen für den ärztlich assistierten Suizid anknüpft, durchaus noch Raum. Auch Künast u.a. gehen in ähnlicher Weise davon aus, dass die von ihnen vorgeschlagene grundsätzliche Regelung der Straffreiheit des assistierten Suizides Vorrang habe vor dem berufsrechtlichen Verbot des ärztlich assistierten Suizides. Auch sie unterstellen, dass die von ihnen vorgeschlagene bundesrechtliche Regelung das berufsrechtliche Verbot hindert. Wenn der Arzt/die Ärzt_in die Standards, die ihr Gesetzentwurf für die Beratung sterbewilliger Menschen und für die Dokumentation des gesamten Vorgangs vorsieht, einhält, bleibt er/sie nach ihrer Meinung nach nicht nur straffrei, sondern muss auch frei von berufsrechtlichen Sanktionen bleiben. Der Arzt darf, käme dieser Entwurf durch, bei der Suizidassistenz nur nicht gewerbsmäßig handeln. Das ist der Preis, den dieser Entwurf bereit ist, zu zahlen. Auch hier wäre, anknüpfend an die gewerbsmäßige Ausübung des ärztlich assistierten Suizides, noch Raum für ein berufsrechtliches Verbot.

Hingegen soll jede geschäftsmäßige Suizidassistenz durch einen Arzt/eine Ärzt_in nicht nur frei von strafrechtlichen, sondern auch von berufsrechtlichen Sanktionen bleiben.

Beide Entwürfe werfen deshalb zusätzlich zur Frage der Verfassungsmäßigkeit des berufsrechtlichen Verbotes die Frage auf, ob der Bundesgesetzgeber durch seine Regelungen ein berufsrechtliches Verbot grundsätzlich unterbinden kann und ob die vorgeschlagenen Regelungen bei Hintze u.a. – das Recht des Patienten/der Patient_in zum ärztlichen assistierten Suizid –, bei Künast u.a. – die Straffreiheit der geschäftsmäßigen Sterbehilfe – konkret dazu geeignet sind, einen Vorrang gegenüber dem derzeit geltenden berufsrechtlichen Verbot zu bewirken. Jenseits der Frage, ob die vorgeschlagene Reichweitenbegrenzung im Entwurf von Hintze u.a. und das strafrechtliche Verbot der gewerblichen Sterbehilfe ihrerseits verfassungsgemäß sind, geht es dabei vor allem um die Frage, ob der Bundesgesetzgeber überhaupt die Regelungskompetenz besitzt, Berufspflichten für Ärzte/Ärzt_innen verbindlich festzulegen. Das muss bezweifelt werden. Allgemein anerkannt ist, dass das ärztliche Berufsrecht, soweit es die ärztliche Berufsausübung betrifft, zur Gesetzgebungskompetenz der Länder gehört. Dies wird aus Art. 74 Abs.1 Nr. 19 GG im Umkehrschluss gefolgert, nach dem der Bundesgesetzgeber nur die Kompetenz der ärztlichen Berufszulassung hat.

Im gegenwärtigen Gesetzgebungsprozess laufen alle Teilnehmer_innen Gefahr, die assistierte Selbsttötung symbolisch zu überhöhen und zu instrumentalisieren. Rechnet man auf der Datengrundlage aus Oregon für Deutschland die Zahlen hoch, sind etwa 2600 ärztlich assistierte Selbsttötungen zu erwarten. Das entspräche einem Anteil von 0,3 Prozent aller Todesfälle.

ROSEMARIE WILL Jahrgang 1949, hatte bis 2014 an der Humboldt-Universität zu Berlin einen Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Staatslehre und Rechtstheorie inne. Von 1993 bis 1995 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bundesverfassungsgericht im Dezernat von Prof. Dr. Grimm, ab 1996 für zehn Jahre Richterin am Landesverfassungsgericht Brandenburg. Rosemarie Will war von 2005 bis 2013 Bundesvorsitzende der Humanistischen Union, in deren Bundesvorstand sie derzeit für bioethische Fragen zuständig ist. Sie ist Mitherausgeberin der „Blätter für deutsche und internationale Politik“ und hat zahlreiche Veröffentlichungen zu Fragen des Rechtsstaats und des Grundrechtsschutzes vorzuweisen.

Anmerkungen:

<https://www.humanistische-union.de/publikationen/vorgaenge/210-211/publikation/das-berufsrechtliche-verbot-des-aerztlich-assistierten-suizides/>

Abgerufen am: 28.05.2024