



ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

*Reflexionen der Deutschen Gesellschaft
für Palliativmedizin*



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

*„Ich habe die letzten Tage
nur über mein Sterben nachgedacht.
Durch das Gespräch fange ich an,
wieder über mein Leben nachzudenken.“*

PATIENTIN

>> INHALT

Vorbemerkung	4
Einleitung	5
Terminologie	6
Der Wunsch zu sterben	9
Umgang mit dem Sterbewunsch des Patienten	10
Resümee	13
Literatur	14

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurde im nachfolgenden Text darauf verzichtet, durchgängig die weibliche und männliche Form in der Schreibweise zu berücksichtigen. Selbstverständlich sind auch in der gelegentlichen Verkürzung die Vertreter/innen des jeweils anderen Geschlechts mit gemeint.



>> VORBEMERKUNG

Der ärztlich assistierte Suizid gehört nicht zu den Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte. Dennoch können Ärzte im Einzelfall vor einem Dilemma stehen, wenn Patienten sie um Beihilfe zum Suizid bitten. Auch dann gehört es stets zu den ärztlichen Aufgaben, sich dem schwerstkranken und sterbenden Menschen gegenüber respektvoll zu verhalten, sich mit den Wünschen und Sorgen des Patienten auseinanderzusetzen und den betroffenen Patienten die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung ihres Leids aufzuzeigen.

Einer undifferenzierten moralischen Bewertung des Suizidwunsches sollte entgegen gewirkt werden. Insbesondere mit Blick auf Angehörige sollte von vorschnellen Erklärungen, Schuldzuweisungen oder der Verwendung des Begriffs „Selbstmord“ Abstand genommen werden.

Welche spezifischen Anforderungen das Thema ärztlich assistierter Suizid an die in der palliativmedizinischen Versorgung Tätigen stellt, damit hat sich der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin¹ im Rahmen einer zweitägigen Klausurtagung im März 2013 befasst. Im Folgenden werden die Reflexionen zusammengefasst.

¹ Vorstand und Experten der DGP: Katja Goudinoudis, Oberhaching; Bernd-Oliver Maier, Wiesbaden; Heiner Melching, Berlin; Andreas Müller, Dresden; Friedemann Nauck, Göttingen; Christoph Ostgathe, Erlangen; Lukas Radbruch, Bonn; Achim Rieger, Berlin; Kurt Schmidt, Frankfurt am Main; Barbara Schubert, Dresden; Meike Schwermann, Münster; Alfred Simon, Göttingen; Oliver Tolmein, Hamburg; Maria Wasner, München

>> EINLEITUNG

Der Umgang mit Anfragen nach dem ärztlich assistierten Suizid wird nicht erst seit dem Beschluss des 114. Deutschen Ärztetages zur Änderung des §16 „Beistand für Sterbende“ der (Muster-)Berufsordnung (MBO) kontrovers diskutiert. Dieser Paragraph wurde auf dem Deutschen Ärztetag im Jahr 2011 wie folgt neu gefasst: „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.“

Die Änderung der MBO im Jahr 2011 wird durch die Landesärztekammern unterschiedlich umgesetzt. Insbesondere gibt es unterschiedliche Entscheidungen darüber, ob dieser neue Satz: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ übernommen bzw. nicht übernommen wird.

Seit 2011 hat etwa die Hälfte der Landesärztekammern ihre Berufsordnungen an die neue MBO angepasst, indem der gesamte Passus aus der MBO wortwörtlich übernommen wurde. In Westfalen-Lippe heißt es abweichend nach den beiden Eingangssätzen: „Sie *sollen* keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ In Sachsen-Anhalt gilt folgende Formulierung: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Willens beizustehen. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.“ Die Berufsordnung der Landesärztekammer Bayern hingegen schreibt lediglich fest: „Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“ Ähnlich hat es die LÄK Baden-Württemberg entschieden.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat am 12.6.2013 wiederum einstimmig eine Neufassung² beschlossen, in welcher der § 16 „Beistand für Sterbende“ nunmehr lautet: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.“ Getrennt davon heißt es jetzt unter § 1 „Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten“ im neu geschaffenen 3. Absatz: „Die Mitwirkung bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe. Ärztinnen und Ärzte sollen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“

Die derzeitige Uneinheitlichkeit der Berufsordnungen in den Landesärztekammern hinsichtlich des §16 und die damit einhergehende Unklarheit über berufsrechtliche Konsequenzen können zu einer Verunsicherung der Ärzte führen. Darüber hinaus schafft diese Uneinheitlichkeit beachtlichen Interpretationsspielraum. Der Konflikt, der diesen unterschiedlichen Umsetzungen des § 16 MBO zugrunde liegt, weist auf das grundlegende Dilemma hin, in dem sich Ärzte sowie die behandelnden Teams befinden, die einen gangbaren Weg zur Begleitung eines Patienten suchen, den sie auch dann nicht allein lassen möchten, wenn sein Wunsch nach ärztlich assistiertem Suizid sämtliche – auch palliativmedizinischen – Behandlungsangebote überlagert.

Jenseits des Erfordernisses, eine berufsrechtliche Klärung herbeizuführen, wird derzeit kein Neuregelungsbedarf gesehen, insbesondere nicht im Strafrecht.

² Stand 24.6.2013: „Die Neufassung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin bedarf noch der Genehmigung seitens der Senatsverwaltung.“

Suizid ist in Deutschland strafrechtlich nicht verboten, folgerichtig ist es – in Ermangelung eines eigenständigen Straftatbestandes, wie es ihn in anderen Ländern wie beispielsweise Österreich und der Schweiz gibt – die (Bei-)Hilfe zum Suizid auch nicht. In der Diskussion werden viele Begriffe verwendet – oft fälschlich. Daher sei vor allem unter Berücksichtigung der Vorschläge des Deutschen Ethikrates aus dem Jahr 2006 zunächst eine kurze Übersicht über relevante Definitionen gegeben.

Suizid

Suizid ist laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) der Akt der vorsätzlichen Selbsttötung.³ Der Bundesgerichtshof geht in seiner Rechtsprechung von der Straflosigkeit der Selbsttötung aus, wenn sie frei und eigenverantwortlich gewollt und verwirklicht ist.

Tötung auf Verlangen

Tötung auf Verlangen liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) § 216 vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt. Die Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten, in den Niederlanden („Euthanasie“), Belgien und Luxemburg dagegen unter bestimmten Bedingungen straffrei gestellt.

(Bei-)Hilfe zum Suizid

Beihilfe zum Suizid leistet, wer einem Menschen, der sich selbst tötet, dabei Hilfe leistet. Diese Hilfe kann vielfältige Formen haben, sie kann z.B. darin bestehen, jemanden zu einer Sterbehilfeorganisation im Ausland zu fahren, Medikamente zu besorgen, einen Becher mit einer tödlichen Substanz zuzubereiten und hinzustellen. In Abgrenzung zur „Tötung auf Verlangen“ kommt es darauf an, dass der Hilfeleistende das Geschehen nicht in der Hand hält. Den entscheidenden Akt des Suizids muss der Sterbewillige selbst vollziehen, indem er das Getränk mit der tödlich wirkenden Substanz austrinkt, den tödlichen Schuss abfeuert. Beihilfe zum Suizid ist in Deutschland straflos.⁴

Ärztlich assistierter Suizid

Rechtlich gesehen ist auch der ärztlich assistierte Suizid zuerst einmal eine Beihilfe zum Suizid und als solche straflos. Unter Umständen können in einer solchen Konstellation Abgrenzungsprobleme auftreten, die bei anderen Menschen nicht auftreten, weil der Arzt eine Behandlungspflicht haben könnte, die andere Menschen nicht haben und deren Vernachlässigung zum Beispiel dazu führen könnte, einen ärztlich assistierten Suizid als Totschlag durch Unterlassen zu bewerten. In der Regel und mit Blick auf die neueren gesetzlichen Regelungen zu Patientenverfügungen und zur Bedeutung des mutmaßlichen Willens stehen diese Bedenken aber nicht im Zentrum der Diskussion.

Seine besondere Bedeutung kann der ärztlich assistierte Suizid dadurch gewinnen, dass Ärzte hier ihre besonderen ärztlichen Fähigkeiten nutzen (sollen), um dem Sterbewilligen den Weg professionell und damit besonders wirksam zu ebnen. Da Ärzte ein eigenes Berufsrecht haben, ist der ärztlich assistierte Suizid auch aus diesem Blickwinkel zu betrachten. Die (Muster-)Berufsordnung schlägt vor, den ärztlich assistierten Suizid in den verbindlichen Regelungen auf Ebene der Landesärztekammern zu untersagen.

³ „Suicide is the act of deliberately killing oneself.“

⁴ Da die (Bei-)Hilfe zum Suizid strafrechtlich in Deutschland nicht sanktioniert wird, geht es beim Ärztlich Assistierten Suizid allein darum, inwieweit entsprechende Formulierungen in den Berufsordnungen der Länder berufsrechtliche Sanktionen für Ärzte nach sich ziehen.

Therapiezieländerung/Therapieverzicht/ Therapieabbruch/Sterben zulassen

Nicht strafbar ist das Unterlassen, Begrenzen oder Abbrechen (Beenden) lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen, sofern dies dem Willen des Patienten entspricht. Dazu zählt insbesondere der Verzicht auf künstliche Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Medikamentengabe, Beatmung, Intubation, Dialyse, Reanimation bzw. deren Abbruch vor Eintritt des Hirntodes. Der Begriff „Therapiezieländerung“ fokussiert darauf, dass nicht grundsätzlich auf alle therapeutischen Maßnahmen verzichtet wird, wie der Begriff des Behandlungsabbruchs nahelegt; vielmehr erfolgt gezielt eine Korrektur hinsichtlich des Einsatzes einer spezifischen einzelnen Therapie, während gleichzeitig selbstverständlich versucht wird zu erreichen, dass der Patient nicht leidet.

2011 hat die Bundesärztekammer ihre Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung novelliert, in denen es seither heißt: „Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.“

Palliative Sedierung

Palliative Sedierung ist der überwachte Einsatz von Medikamenten mit der Absicht, das Bewusstsein zu reduzieren oder auszuschalten, um so die Belastung durch sonst unerträgliches und durch keine anderen Mittel beherrschbares Leiden zu lindern, in einer für Patienten, Familie und Behandler ethisch akzeptablen Weise. Die Palliative Sedierung kann intermittierend oder kontinuierlich erfolgen und eine oberflächliche (mit reduziertem Bewusstsein) oder eher tiefe Sedierung (mit Verlust des Bewusstseins) zum Ziel haben. Die Intention besteht eindeutig in der Symptomlinderung, nicht in einer Beschleunigung des Todesesintrittes.

Behandlung am Lebensende

Die Gabe stark wirksamer Medikamente kann zur Symptomkontrolle notwendig sein. Dabei ist nicht auszuschließen, dass durch unbeabsichtigte Nebenwirkungen der medikamentösen Symptomlinderung der Eintritt des Todes beschleunigt wird. Im Vordergrund steht auch hier die Intention respektive Indikation der genutzten Maßnahmen: Handlungsleitend ist grundsätzlich der Bedarf an Symptomlinderung und nicht eine Beschleunigung des Sterbens. Diese Behandlung ist unter der Voraussetzung einer entsprechenden medizinischen Indikation in Deutschland auch berufsrechtlich zulässig, wenn sie dem ausgesprochenen oder – bei Einwilligungsunfähigkeit – vorab geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

>> DER WUNSCH ZU STERBEN

Todeswünsche können unterschiedlich ausgeprägt sein, das Kontinuum reicht von dem Wunsch, dass der Tod durch ein rasches Fortschreiten der Erkrankung bald eintreten möge, bis hin zur maximalen Form der Planung eines Suizids respektive Wünschen nach Beihilfe zum Suizid oder Tötung auf Verlangen. Der explizit geäußerte Wunsch nach assistiertem Suizid ist im klinischen Alltag selten, stellt aber eine besondere Herausforderung für das gesamte therapeutische Team dar, mit der alle in die Behandlung und Begleitung eingebundenen Berufsgruppen in großer Verantwortung und Wertschätzung umzugehen haben.

Grundsätzlich sollte im Hinblick auf vorschnelle Erklärungen eines Sterbewunsches Zurückhaltung geboten sein. Es besteht die Gefahr, die individuelle Not und Verzweiflung des Patienten nicht wahrzunehmen und es „besser zu wissen“ als der Patient. Schwerkranke Menschen, die den Wunsch zu sterben äußern, wünschen nicht zwingend den sofortigen eigenen Tod, sondern oftmals das Ende einer unerträglichen Situation. Häufig ist es die Angst, Schmerzen, Luftnot oder anderen schweren Symptomen hilflos ausgeliefert zu sein, Angst vor dem Verlust körperlicher Funktionen und Fähigkeiten, Angst, beim Sterben alleingelassen zu werden, Angst vor Vereinsamung und Verlust der Würde, Angst vor medizinischer Überversorgung oder Angst, dauerhaft der Medizintechnik (z.B. durch künstliche Beatmung) ausgeliefert zu sein. Manch einer sorgt sich, anderen zur Last zu fallen. Der Wunsch zu sterben kann das aktuell wichtigste Thema für den Patienten darstellen und sollte nicht tabuisiert werden, sofern ein Patient entsprechende Äußerungen oder Andeutungen gegenüber Arzt, Pflegenden oder anderen Mitgliedern im Behandlungsteam macht.

Die Äußerung von Sterbewünschen kann als ein Zeichen des Vertrauens gewertet werden. Es kann ein vorsichtig tastender Versuch sein auszuloten, ob sich das Gegenüber auf eine solche tiefe und existentielle Frage einlässt. Das Gespräch kann eine große Entlastung („denken dürfen“) für die Betroffenen und eine Bereicherung der Team-Patienten-Beziehung bedeuten.

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.



>> UMGANG MIT DEM STERBEWUNSCH DES PATIENTEN

Ziel der Palliativversorgung ist es, durch bestmögliche Unterstützung Menschen im Sterben mehr Leben zu geben und gleichzeitig das Sterben nicht aufzuhalten, sich somit dem „Sterben wollen“ nicht entgegen zu stellen. Entsprechend ist es selbstverständlich eine wesentliche Aufgabe der Palliativmedizin, dem Patienten gegenüber Offenheit zu signalisieren und ihm zu ermöglichen, über seine Todeswünsche zu sprechen.

Entlastung für den Patienten und sein Umfeld

Wenn ein Mensch sein Leben beenden möchte, so ist dies nicht nur für Patient und Familie, sondern auch für das Behandlungsteam spannungsvoll und belastend.

Folgende Herangehensweisen können hilfreich sein, um mit einem vermeintlichen oder geäußerten Todes- bzw. Suizidwunsch angemessen umgehen zu können:

- Darlegung, wie die bestmögliche palliativmedizinische Behandlung unter Einbindung multiprofessioneller und interdisziplinärer Angebote zur Verbesserung der vom Patienten als unerträglich empfundenen Situation aussehen könnte.
- Dem Patienten und seiner Familie sollten konkrete Entlastungsmöglichkeiten im häuslichen bzw. im stationären Umfeld durch die verschiedenen in die Palliativversorgung eingebundenen Professionen aufgezeigt werden.
- Offene und respektvolle Kommunikation mit dem Patienten und den Angehörigen über den Todeswunsch, die Motivationen, Bedürfnisse und Ängste des Patienten.
- Konkrete Auseinandersetzung mit den individuellen Problemen und Befürchtungen, die den Patienten belasten und den Todeswunsch motivieren.
- Bei einem Suizidwunsch aufgrund existentieller innerer Not sollte dem Patienten zusätzliche Unterstützung angeboten werden, z.B. mittels (Krisen) Intervention durch Psychologen/-therapeuten, Psychiater, Seelsorger, Sozialarbeiter oder andere Therapeuten.
- Immer sollte die Beendigung respektive der Verzicht auf lebenserhaltende Therapien als Möglichkeit, den Todeszeitpunkt nicht weiter hinauszuschieben, besprochen werden.

- Palliative Sedierung kann im Einzelfall, wenn therapierefraktäre Symptome Ursache des Sterbewunsches sind, indiziert sein. Ziel ist nicht die Beschleunigung des Todeseintrittes.
- Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit kann für einige Patienten eine mögliche Alternative sein. Auf diese Weise das Ende des eigenen Lebens herbeizuführen, dieses Vorhaben aber auch jederzeit unter- bzw. abbrechen zu können, ermöglicht diesen Patienten ein selbstbestimmtes Leben und Sterben.
- Aufklärung über die Ziele/Möglichkeiten einer palliativmedizinischen Begleitung.

Entlastung für das Team

- Die behandelnden Ärzte sollten einem Patienten mit Suizidwünschen (und u. U. seinen Angehörigen – stets unter Beachtung der Schweigepflicht) verdeutlichen, welche palliativmedizinischen Interventionen für ihn infrage kommen, wie die umfassende Hilfe beim Sterben aussehen kann und wo der Arzt aus medizinischem bzw. persönlichem Selbstverständnis eine Grenze in der Hilfe zum Sterben zieht.
- Offene Kommunikation aller beteiligten Professionen über den Umgang mit dem Todes- bzw. Suizidwunsch des Patienten, bei der auch die eigene moralische Bewertung und ihre Bedeutung für den professionellen Umgang thematisiert werden sollte. Ein kategorisches „Verbot“ der moralischen Bewertung im Team übersieht, dass dadurch wieder neue Probleme geschaffen werden und einer professionellen Hilfestellung im Wege stehen.
- Teams brauchen im Umgang mit konkret oder unterschwellig an die Teammitglieder herangetragenen Wünschen zur Suizidbeihilfe Unterstützung. Mögliche Angebote können beispielsweise Einzel-/Team-Supervision oder Debriefings sein. Das kann insbesondere notwendig werden, wenn für den Patienten weder eine Therapiezieländerung noch der Freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit oder die Palliative Sedierung eine Option darstellen, das Team sich jedoch der Aufgabe stellt, bei dem Patienten zu bleiben und ihn weiter zu begleiten.



>> RESÜMEE

Selbst bei exzellenter Palliativmedizin wird es Menschen geben, die aus der Situation ihrer schweren Erkrankung heraus Suizid begehen möchten, diesen unter Umständen aber nicht selbst durchführen können oder wollen. Die Palliativmedizin bietet aus ihrem lebensbejahenden Ansatz heraus Hilfe beim Sterben an, jedoch nicht Hilfe zum Sterben. Daher gehört es aus Sicht des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) nicht zum Grundverständnis der Palliativmedizin, Beihilfe zum Suizid zu leisten oder über die gezielte Durchführung eines Suizids zu beraten.

Für Ärztinnen und Ärzte kann es beim Umgang mit schwierigen Einzelfällen zu Dilemma-Situationen kommen. Die DGP unterstützt das in der (Muster-) Berufsordnung zum Ausdruck gebrachte Verbot einer ärztlichen Mitwirkung am Suizid, sofern darunter das Verbot der Verordnung eines Medikamentes zum Ziel der Durchführung eines Suizides sowie das Verbot der konkreten Anleitung zur Suizidplanung verstanden wird.

Die Landesärztekammern sollten ihre Berufsordnungen zu § 16 in diesem Sinne vereinheitlichen. Da das Verbot nicht zwingend an eine Sanktion gebunden ist, hat die Landesärztekammer grundsätzlich die Möglichkeit, im begründeten Einzelfall von einer berufsrechtlichen Sanktion der ärztlichen Beihilfe zum freiverantwortlichen Suizid abzusehen.

Es zählt unbedingt zu den ärztlichen Aufgaben, sich respektvoll mit Todeswünschen von Patienten – wie auch Suizidwünschen im engeren Sinne – auseinanderzusetzen. Hierzu gehört in erster Linie, mit den betroffenen Patienten, deren Angehörigen und dem eingebundenen Team die palliativmedizinischen Optionen zur Linderung von Leid zu erörtern und zu versuchen, einen gemeinsamen Weg zu finden.

>> LITERATUR

Alt-Epping B, Sitte T, Nauck F, Radbruch L. Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung [Sedation in palliative medicine: Guidelines for the use of sedation in palliative care: European Association for Palliative Care (EAPC)]. Schmerz. 2010 Aug; 24(4):342–54.

Cherny NI, Radbruch L, Board of the European Association for Palliative Care European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. In: Pall Med 2009; 23 (7): 581–593.

Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, 18. Februar 2011, A 346.

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

Ostgathe C, Galushko M, Voltz R. Hoffen auf ein Ende des Lebens? Todeswunsch bei Menschen mit fortgeschrittener Erkrankung. In: Frewer A, Bruns F, Rascher W (Hrsg). Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK) Band 3: Hoffnung und Verantwortung Herausforderungen für die Medizin“ (2010). Königshausen Neumann, Würzburg 1. Auflage 2010: 247–257.

Stiel S, Elsner F, Pestinger M, Radbruch L. A wish to hasten death – What is behind it? Schmerz 2010; 24: 177–187.

Stiel S, Pestinger M, Moser A, Widdershoven G, Luke U, Meyer G, Voltz R, Nauck F, Radbruch L. The use of Grounded theory in palliative care: methodological challenges and strategies. J Palliat Med 2010; 13: 997–1003.

Voltz R, Galushko M, Walisko J, Karbach U, Ernstmann N, Pfaff H, Nauck F, Radbruch L, Ostgathe C. (2011) Issues of “life” and “death” for patients receiving palliative care – comments when confronted with a research tool. Supportive Care in Cancer; 19(6): 771–777.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

HERAUSGEBER

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Aachener Straße 5 | 10713 Berlin
Tel 030- 30 10 100 0
dgp@palliativmedizin.de
www.palliativmedizin.de

REDAKTION

Karin Dlubis-Mertens

GESTALTUNG

MEIRA | www.meira.de

STAND

Januar 2014

BILDNACHWEIS

@istockphoto.com/B01982, @istockphoto.com/dundanim,
@istockphoto.com/UygarGeographic, @istockphoto.com/Yuri,
@istockphoto.com/AnnettVauteck, @istockphoto.com/Squaredpixels,
@istockphoto.com/GlobalStock, @istockphoto.com/STEEX,
©Dora Ludwig

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Deutschen
Ärzteblattes. Erstveröffentlichung: F. Nauck, Ch. Ostgathe,
L. Radbruch: Ärztlich assistierter Suizid. Hilfe beim Sterben –
keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl 2014; 111(3): A 67–71