

Nicht Autonomie der Sterbewilligen, sondern Schutz mitleidiger Ärzte vor Strafverfolgung

Interview mit Dr. med. Rob Jonquiere über Sterbehilfe in den Niederlanden

Nicht die Autonomie des sterbewilligen Menschen steht im Fokus des niederländischen »Gesetzes zur Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und Hilfe bei der Selbsttötung« (kurz genannt »Euthanasiegesetz«)¹. Das Gesetz will vielmehr Ärzte vor Strafverfolgung schützen, die ihren Patienten auf deren Wunsch zum Tode verhelfen, weil sie unerträglich und hoffnungslos leiden. Das Interview führte Andrea Kaminski am 14.7.2015 in Amsterdam.

BJ: Sie sind als Kommunikationsdirektor für die weltweite Vereinigung der Sterbehilfe-Vereine tätig. Haben Sie auch mit deutschen Vereinen zu tun gehabt?

Jonquiere: Ja, Sterbehilfe Deutschland ist bei uns Mitglied, ebenso wie die deutsche Dignitate. Die Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben war früher bei uns und ist es jetzt nicht mehr. Das hat mehr mit organisatorischen Gründen zu tun als mit der Sache selbst. In diesen Vereinen gibt es oft sehr starke und auch kontroverse Persönlichkeiten. Herr Dr. Kusch, auf dessen Organisation sich ja in Deutschland jetzt die Diskussion konzentriert, ist sicher eine solche kontroverse Persönlichkeit. Als ich ihn vor vielen Jahren traf und er erklärte, was er in Deutschland tut, war ich skeptisch, ob das der Sache nützt. Der Ansatz ist ganz anders als der, den wir in Holland pflegen. Andererseits: er hat Menschen geholfen, die sehr litten. Und insoweit ist er gut für unsere Sache, wenn er auch in anderer Beziehung eher den Opponenten in die Hände spielt. Eine ähnlich kontroverse Figur ist Minnelli in der Schweiz, oder Kevorkian in den USA. Aber ohne solche Persönlichkeiten wäre unsere Sache nicht vorangetrieben worden.

BJ: In der Diskussion in Deutschland wird vielfach ein entscheidender Unterschied zwischen dem Töten eines anderen Menschen auf dessen Wunsch hin und der Beihilfe zum Suizid gesehen. Sehen Sie in Holland diesen Unterschied weniger? Wenn ich das richtig gelesen habe, ist in Holland inzwischen der assistierte Suizid wesentlich seltener als die Tötung auf Verlangen durch einen Arzt.

Jonquiere: Nach unserem Strafgesetzbuch waren sowohl Tötung auf Verlangen als auch Beihilfe zum Suizid ausdrücklich verboten. Nach einem aufsehenerregenden Strafprozess wurde dann ein Ausnahmetatbestand an die entsprechenden Artikel 293 und 294 angefügt, wonach die Handlung (nur) dann nicht strafbar ist, wenn ein Arzt sie nach einem bestimmten vorgeschriebenen Verfahren durchführt. Wir fassen in Holland immer beides, Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen, unter dem Begriff Euthanasie zusammen. Und in der Realität handelt es sich bei 95 oder mehr Prozent der Fälle um Sterbehilfe in dem Sinne, dass der Arzt eine Injektion verabreicht.

BJ: Haben sich die Zahlen vom assistierten Suizid hin in Richtung Tötung auf Verlangen verschoben?



Dr. med. Rob Jonquiere war Hausarzt in Amsterdam und ist jetzt Kommunikationsdirektor des Weltverbandes der Sterbehilfeorganisationen WFRtDS². Er sorgt für den Austausch von Informationen und Erfahrungen unter den Vereinen der einzelnen Länder: über Gesetzgebungsvorhaben, Einzelfälle und generelle Erfahrungen. Zur Zeit fungiert er zugleich als Übergangs-Vorsitzender des niederländischen Sterbehilfe-Vereins NVVE³.

Jonquiere: Vielleicht ein wenig. 1999–2000, als das Gesetz bei uns in der Diskussion war, habe ich viel mit Kollegen gesprochen und fast alle sagten: ja, sie seien sehr dafür, leidenden Patienten beim Sterben zu helfen, aber ihnen sei ganz wichtig, dass der Patient das Medikament selbst einnehme und nicht der Arzt ihm eine Spritze gebe. Die Zahlen sprechen aber eine ganz andere Sprache, und ich habe mich gefragt, warum das so ist. Inzwischen hat sich das klarer herauskristallisiert: wenn man jemandem zusichert, dass man ihm am Ende des Lebens helfen wird, wenn er sterben will, dann

hat der Patient mehr Zeit und dann verschiebt sich der Zeitpunkt des Todeswunsches nach hinten. Denn der Patient muss nicht mehr tätig werden, solange er noch mobil ist: er ist ja sicher, dass er am Ende Hilfe bekommt. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt setzt den Patienten in die Lage, sein Leiden länger zu tragen als er zuerst denkt. Es kommt dann irgendwann der Moment, wo der Patient das Medikament nicht mehr selbst trinken kann. Der Arzt wird es dann mit einer Injektion verabreichen.

BJ: Das Argument »mehr Zeit« würde doch auch für die Hilfe beim Suizid gelten. Gibt es noch andere Gründe für die hohe Quote von Tötungen auf Verlangen? Ist zum Beispiel das selbst getrunzene Medikament nicht so sicher oder nicht so wirksam wie die Injektion?

Jonquiere: Unsere Gegner meinen, das getrunzene Medikament sei nicht so sicher, weil es in 20 % der Fälle Nebenwirkungen gebe. Wenn man genau hinschaut, sieht man, dass diese Nebenwirkungen wie Übelkeit und Schwindel beherrschbar sind. Das größte Problem ist, dass es zu lange dauert. Das kann bis zu 48 Stunden sein. Das Pentobarbital muss der Arzt selbst in der Apotheke besorgen, er muss es dem Patienten bringen und er muss auch dabei sein, wenn der Patient es einnimmt, schon damit er sicher sein kann, dass es wirklich der Patient und nicht eine andere Person trinkt. Ich weiß, dass viele Ärzte mit dem Patienten und seiner Familie vereinbaren, dass der Arzt noch eine Injektion setzen wird, wenn das selbst getrunzene Medikament nach 2 Stunden noch nicht zum Tode geführt hat. Sie müssen berücksichtigen, dass der Arzt nach dem Gesetz sonst die ganze Zeit bis zum Tode dabei bleiben muss. Ich kenne nur einen einzigen Fall, wo ein Patient getrunzenes Pentobarbital überlebt hat, und zwar in Oregon. Er hatte vorher ein Medikament genommen, das zu einer so schnellen Ausscheidung des Pentobarbitals geführt hat, dass es nicht richtig wirken konnte.

BJ: In Deutschland haben sich die Ärztekammern zum großen Teil dagegen ausgesprochen, dass Ärzte ihren Patienten beim Suizid helfen dürfen. Es sei nicht die Aufgabe des Arztes, Leben zu beenden, sondern Krankheiten zu heilen. Wie ist die Stimmung bei den holländischen Ärzten?

Am 01.04.2002 trat in den Niederlanden das »Gesetz zur Überprüfung bei Lebensbeendigung auf Verlangen und bei der Hilfe bei der Selbsttötung« (»Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding«) in Kraft. Die in Artikel 293 Strafgesetzbuch (Tötung auf Verlangen) und Art. 294 (Beihilfe zur Selbsttötung) beschriebenen Handlungen sind nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen werden, der dabei folgende Sorgfaltskriterien beachtet:

Der Arzt muss

- a) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung um Sterbehilfe gebeten hat,
- b) zu der Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich war,
- c) den Patienten über seinen Zustand und dessen Aussichten informiert haben,
- d) mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es in dem Stadium, in dem sich der Patient befand, keine angemessene andere Lösung gab,
- e) mindestens einen anderen, unabhängigen Arzt hinzugezogen haben, der den Patienten gesehen und sein schriftliches Urteil über die in den Punkten a) bis d) bezeichneten Sorgfaltskriterien abgegeben hat, und
- f) die Lebensbeendigung medizinisch sorgfältig ausgeführt haben.

Der Arzt muss sein Vorgehen bei der Lebensbeendigung bzw. der Hilfe zum Suizid dem zuständigen Leichenbeschauer melden und einen Bericht über die Einhaltung der Sorgfaltskriterien vorlegen. Der Bericht wird von einer Kontrollkommission geprüft, deren Zusammensetzung und Kompetenzen im neuen Gesetz festgelegt sind. Wenn die Kontrollkommission Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Vorgehens des Arztes hegt, informiert sie darüber die Staatsanwaltschaft.

Jonquiere: Natürlich gibt es auch in Holland Opposition, und die kommt insbesondere von den orthodox protestantischen Ärzten, nicht so sehr von den Katholiken. Das sind etwa 10 % bis 12 %. Dann gibt es etwa 20 % Ärzte, die es aus anderen Gründen nicht tun wollen. 60 % der Ärzte sagen, sie könnten sich vorstellen, einen Patienten auf seinen Wunsch hin zu töten.

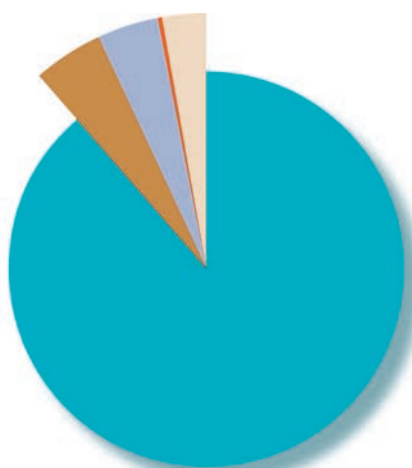
BJ: Wer bezahlt die Tötung und wer bezahlt die Gespräche, die vorher notwendig sind? Die Patienten selbst? Die Krankenversicherung? In Deutschland ist ein Argument der Ärzte, dass sie sich nicht für das Töten bezahlen lassen wollen.

Jonquiere: Heutzutage ist das eine Leistung der gesetzlichen Krankenkasse, in der praktisch alle Bürger versichert sind. Inzwischen haben wir erreicht, dass auch der Arzt, der die erforderliche zweite Meinung abgibt, von der Krankenversicherung bezahlt wird. Ich denke, das ist auch

eine Frage der ärztlichen Ethik. Ich selbst habe in zwei Fällen Patienten geholfen, als ich noch in meiner Praxis tätig war. Einer davon war nicht gesetzlich krankensversichert. Da habe ich keine Rechnung geschrieben. Durch die vielen Gespräche, die vorher notwendig waren, wäre das sonst sehr teuer geworden.

BJ: Das holländische Gesetz stellt die Ärzte nur dann von Strafe frei, wenn ein Patient unerträglich und hoffnungslos leidet – wer beurteilt das?

Jonquiere: Da muss ich etwas ausholen. Als wir 1973 in Holland anlässlich des Postma-Verfahrens in die Diskussion einstiegen, ging es in erster Linie um Autonomie: dass die Menschen das Recht haben sollten, über ihr Lebensende selbst zu bestimmen. Als damals Frau Dr. Postma verurteilt wurde⁴, weil sie ihre Mutter getötet hatte, wenn auch nur zu einer symbolischen kleinen Strafe, konzentrierte sich die Diskussion jedoch plötzlich darauf,



MELDENDE ÄRZTE 2013

● Hausärzte	4281
● in einem Krankenhaus tätige Fachärzte	213
● Geriater	193
● Ärzte in der Ausbildung zum Facharzt	13
● Ärzte mit einem anderen Hintergrund z. B. Ärzte der Lebensende-Klinik, sog. Basisärzte, nicht praktizierende Ärzte, in einem Hospiz tätige Ärzte	129

Quelle: Jahresbericht 2013 der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, Anhang I
https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf

Ärzte straffrei zu stellen und sie aus dem Gewissenskonflikt zu befreien. Vielleicht haben Sie von Professor Drion und der »Drion-Pille« gehört. Das war ein ganz bekannter und angesehener Richter des Obersten Gerichtshofes und Hochschullehrer. Er setzte sich dafür ein, dass alte Menschen auch ohne großes Leiden, einfach weil sie ihr Leben nicht mehr wollten, das Recht haben sollten, auf einfache Weise aus dem Leben zu scheiden. Er schlug vor, dass jeder eine Tablette, die so genannte Drion-Pille, bekommen sollte, mit der jeder sein Leben zu einem selbst gewählten Zeitpunkt beenden konnte, der das wollte. Parallel dazu gab es aber zwei Fälle am Obersten Gericht, in denen Ärzte ihre Patienten auf deren Wunsch hin getötet hatten, und die Sache entwickelte sich in die Richtung, dass nur Ärzte das Leben beenden dürfen sollten. Und das haben wir dann kodifiziert. Als das Gesetz 2001 verabschiedet wurde, waren die Mitglieder der »Vereinigung für das Recht zu sterben« eigentlich enttäuscht. Es wurde nicht mehr eine autonome Entscheidung gesichert, sondern der Arzt gewann an Einfluss. Der Fokus verschob sich darauf, ein Verfahren zu installieren, das die Ärzte schützte, wenn sie dem Wunsch des Patienten entsprochen.

Inzwischen komme ich, je mehr ich mich in Vorträgen und Diskussionen damit auseinandersetze, mehr und mehr dazu, unser Gesetz zu schätzen. Ich finde es auch gut, dass wir es nicht zur Voraussetzung gemacht haben, dass jemand an einer zum Tode führenden Krankheit leidet. Wir alle müssen sterben. Was bedeutet das

»zum Tode führende Krankheit«? Gut ist auch, dass der Patient selbst danach fragen muss und er in einer Situation sein muss, wo sein Leiden unerträglich und hoffnungslos ist.

BJ: Und davon muss der Patient seinen Arzt überzeugen?

Jonquiere: Ja. Der Arzt muss davon überzeugt sein, sonst wird er dem Wunsch des Patienten nicht nachkommen und keine Sterbehilfe leisten. Kein Arzt ist verpflichtet, seinem Patienten zum Tode zu verhelfen. Und kein Arzt ist begeistert davon, Patienten zu töten. Wenn der Arzt dazu nicht bereit ist, kann der Patient sich nur einen anderen Arzt suchen. In unserem Verein sagen wir deshalb den Mitgliedern, sie sollen rechtzeitig mit ihrem Arzt darüber sprechen, wie er grundsätzlich zum Thema Sterbehilfe steht. Gegebenenfalls kann man sich dann nur einen anderen Arzt suchen.

BJ: Ich habe gesehen, dass die Zahl der Fälle in den letzten Jahren gestiegen ist. Wie erklären Sie sich das?

Jonquiere: Obwohl wir schon 20–30 Jahre Praxis der Sterbehilfe hatten, bevor es dann im Gesetz legalisiert wurde, gab es doch erhebliche Unsicherheiten.

Tatsächlich gingen die Fälle kurz nach dem Inkrafttreten des Gesetzes erst mal leicht zurück. Die Beteiligten waren einfach unsicher, wie es jetzt weitergehen würde. Und dann sahen wir, dass sowohl die Mediziner als auch die Bevölkerung

als Ganzes sich daran gewöhnten, dass es diesen Ausweg gab. Ich denke manchmal, dass mit der heutigen Praxis – die sich weitgehend beschränkt auf Fälle unheilbarer Krebserkrankungen im Endstadium – selbst die Christdemokraten dem Gesetz hätten zustimmen können, was sie damals nicht getan haben.

BJ: Was ist mit der Gefahr, dass Angehörige Druck auf die Patienten ausüben, aus dem Leben zu scheiden? Das ist eines der Argumente, das in Deutschland dagegen vorgebracht wird, Beihilfe zum Suizid weiterhin straffrei zu lassen. Tötung auf Verlangen ist in Deutschland kein Thema.

Jonquiere: Man kann nicht sagen, dass es einen solchen Druck der Familie nie gäbe. Es wird ihn in manchen Fällen geben. Aber weil Patient und Arzt gemeinsam zu der Entscheidung kommen müssen, dass das Leiden des Patienten unerträglich und hoffnungslos sein muss, ist hier eine Sicherung eingezogen. Ich kann mir nicht vorstellen, dass nur der Druck der Familie einen Patienten dazu bringen kann, den Arzt zu überzeugen, dass er unerträglich und hoffnungslos leidet. Es liegt in der Natur des Arztes, dass er seinen Patienten heilen möchte und Leiden erleichtern möchte. Er wird noch palliative Behandlungen vorschlagen und mit dem Patienten besprechen, wie man sein Leiden lindern kann. Durch diese Gespräche wird sich herausfiltern, ob der Patient wirklich selbst sterben möchte oder ob hier andere Dinge – Wünsche der Familie oder Ähnliches – eine Rolle spielen.

BJ: Und wenn Patient und Arzt sich einig sind, dass das Leiden unerträglich und hoffnungslos ist, wie geht es dann weiter?

Jonquiere: Der Arzt zieht dann einen weiteren unabhängigen Arzt derselben Fachrichtung hinzu, den er über eine zentrale Liste findet. Es ist also nicht so, dass immer ein psychiatrisches Gutachten über die Entscheidungsfähigkeit des Patienten eingeholt wird, sondern es gibt eine zweite Meinung, einen zweiten Arzt, der sich auch die Behandlungsdokumentation ansieht und noch Vorschläge machen kann für eine weitere Behandlung oder Möglichkeiten, das Leiden zu lindern. Dieser Arzt wird sowohl mit dem behandelnden Arzt als auch mit dem Patienten sprechen. Das ist so vorgeschrieben.

BJ: Der Verein Sterbehilfe Deutschland zieht immer einen Sachverständigen hinzu, der die Entscheidungsfähigkeit des Patienten begutachten soll. Das ist in Holland nicht vorgesehen?

Jonquiere: Nein. Ein Psychiater wird nur hinzugezogen, wenn die zugrundeliegende Krankheit ein psychiatrisches Leiden ist, zum Beispiel eine Depression. Ich bin sicher, dass sich im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten herausfinden lässt, ob ein Patient aus freier Willensüberzeugung den Tod sucht, oder ob da irgendwelcher Druck im Hintergrund ist oder der Patient aus sonstigen Gründen

nicht in der Lage ist, seinen Willen frei zu bilden.

BJ: Werden immer die Angehörigen einbezogen, also spricht der Arzt auch mit den Angehörigen?

Jonquiere: Natürlich tut man das. Es ist zwar im Gesetz nicht als Voraussetzung der Strafflosigkeit vorgeschrieben. Aber selbstverständlich spricht man mit den Angehörigen. Es gibt Fälle, wo ein Patient sterben möchte, aber die Angehörigen dagegen sind. Dann muss man das natürlich besprechen. Als Arzt muss man der Familie dann erklären, was die Alternative ist. Es ist ja auch nicht so, dass ein Patient sich den Tod wünscht, und morgen ist es dann passiert. Diese Prozesse ziehen sich oft über viele Monate hin. Da ist viel Zeit für Diskussionen und Überzeugungsarbeit. Es können auch Jahre sein. In dem einen meiner beiden Fälle handelte es sich zum Beispiel um eine Krankenschwester, die an unheilbarem Krebs litt. Ich hatte ihr zugesagt ihr zu helfen. Aber sie musste sagen, wenn für sie der Augenblick gekommen war. Nach langen Gesprächen definierte sie dann den Zeitpunkt, unter welchen Bedingungen sie sterben wollte. Der Augenblick kam und sie sagte nichts. Ich fragte vorsichtig nach und sie meinte, sie könne es noch länger ertragen. So schob sie den Zeitpunkt ihres Todes viermal hinaus, bis sie dann irgendwann so weit war, mich um den Tod zu bitten. Sie sagte mir,

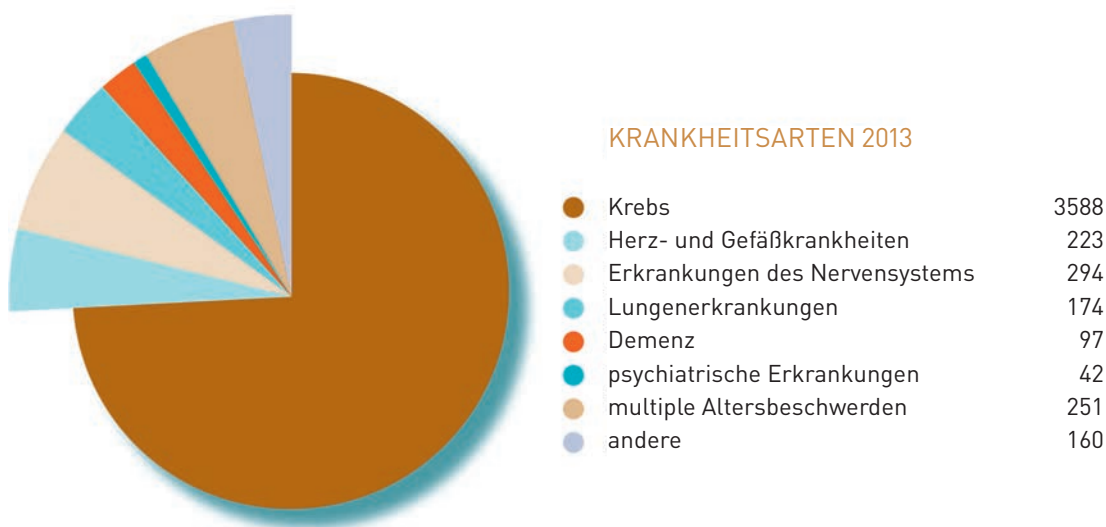
dass sie den Zeitpunkt hinausschieben konnte, weil sie sich der Hilfe am Ende sicher war. So konnte sie länger leben, als wenn sie selbst hätte handlungsfähig bleiben müssen.

BJ: Wie sieht es aus bei Patienten, die nicht mehr kommunikationsfähig sind, aber eine Patientenverfügung erstellt haben?

Jonquiere: Hier besteht das rechtliche Problem, dass sie sich mit dem Arzt verständigen müssen, dass sie unerträglich leiden. Wer im Koma liegt, leidet aber nach gängigem Verständnis nicht unbedingt. Und wer vollständig dement ist, leidet oft auch nicht. Jedenfalls kann der Arzt es oft nicht herausfinden. Mit einem Patienten im Koma oder mit voller Demenz kann der Arzt nicht mehr kommunizieren und herausfinden, ob er tatsächlich auch jetzt noch den Wunsch hat, sein Leben zu beenden, und ob er leidet. Nach dem Wortlaut des Gesetzes ist das dann keine erlaubte Sterbehilfe. Die Patientenverfügung stellt eine wirksame Bitte um Sterbehilfe dar – aber sie ersetzt nicht die Feststellung des Leidens.

BJ: Viele in der Öffentlichkeit kritisierte Beispielfälle für Sterbehilfe kommen aus Belgien. Unterscheidet sich die belgische Regelung von der holländischen?

Jonquiere: Soweit ich weiß ist die gesetzliche Regelung praktisch identisch, aber



Quelle: Jahresbericht 2013 der Regionalen Kontrollkommissionen für Sterbehilfe, Anhang I https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf

die Kultur, der Umgang mit dem Tod ist unterschiedlich. In Holland haben wir eine strenge Calvinistische Ethik, während die Belgier Vieles etwas lockerer sehen. Unsere Gegner zitieren deshalb meistens Fälle aus Belgien, wenn sie zeigen wollen, was passiert, wenn man Tötung auf Verlangen legalisiert.

BJ: *Wie wird dokumentiert, was sich in Holland im Bereich Sterbehilfe tut? Gibt es Untersuchungen darüber, wie sich die Gruppe der Sterbewilligen zusammensetzt, zum Beispiel welche Altersgruppen wie vertreten sind?*

Jonquiere: Es gibt die jährlichen Veröffentlichungen der Regionalen Kontrollkommission⁵, und es gibt auch statistische Auswertungen, die seit 1985 alle 5 Jahre in der englischen »Lancet«, einer medizinischen Fachzeitschrift, erscheinen. Wir wissen sehr genau, was die Ärzte tun und denken. Wir wissen auch, dass die Zahl der Patienten, deren Leben von einem Arzt ohne direkte Bitte darum be-

endet wird⁶, massiv zurückgegangen ist – von 0,8 % der Todesfälle auf 0,1 bis 0,2 %.

BJ: *Allerdings steigen die Fälle der Tötung auf Verlangen in den letzten Jahren an...*

Anmerkungen

1 »wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding« (abgekürzt: »wtl«) <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-26691-3.html>.

Der Begriff Euthanasie lässt schaudern: von den im Duden aufgeführten Bedeutungen:

- (Medizin) Erleichterung des Sterbens, besonders durch Schmerzlinderung mit Narkotika)
- (Medizin) absichtliche Herbeiführung des Todes bei unheilbar Kranken durch Medikamente oder durch Abbruch der Behandlung
- (nationalsozialistisch verhüllend) systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen

denken wir in Deutschland aus gutem historischem Grund nur die letztgenannte. In der Sterbehilfe-Diskussion in den Niederlanden ist das anders: da ist Sterbehilfe auf Wunsch des Patienten gemeint, also nur die ersten beiden Varianten.

2 <http://www.worldrtd.net/de>.

3 <https://www.nvve.nl/uber-nvve>.

Jonquiere: Ich bin sicher, dass sich das auf einem vernünftigen Niveau stabilisieren wird. ■

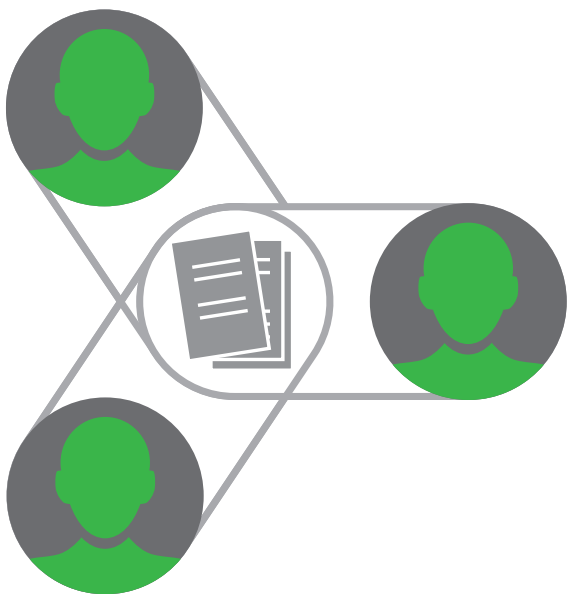
4 Die Ärztin Geertruida Postma-van Boven gab im Oktober 1971 dem Bitten ihrer Mutter Margina Grevelink, 78, nach, »sie des Lebens zu berauben« (Anklageschrift). Das geschah im römisch-katholischen Pflegeheim in Oosterwolde mit einer Injektion von 200 Milligramm Morphium. Nach einem Gehirnschlag hatte Margina Grevelink keine Aussicht auf Besserung. Sie war fast gelähmt, konnte nicht mehr sprechen und litt ständig Schmerzen (nach: Der Spiegel 05.02.1973 – <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-42675577.html>).

5 https://www.euthanasiecommissie.nl/Images/Jaarverslag2013DU%20def_tcm52-41744.pdf

6 Gemeint sind hier Fälle der – strafbaren – Überdosierung von Morphium zwecks Tötung, nicht nur zwecks Schmerzlinderung unter Inkaufnahme der Lebensverkürzung. Im Rahmen der Befragung wurde den Ärzten Straffreiheit zugesichert, sodass sie ihre Handlungen ohne Angst vor Strafverfolgung offenbarten.

Anzeige

SECOPIO® – Die „Juristische Zweitmeinung“: Wir suchen Sie als Gutachter/-in!



Sind Sie (demnächst) pensioniert(e) Richter (-in)?
Wir brauchen Ihre Kompetenz und Ihr Engagement!

Die SECOPIO® Consulting GmbH, Hamburg bietet wissenschaftliche Gutachten in vielen Rechtsgebieten durch erfahrene und engagierte pensionierte Richter an.

Die Auftraggeber von SECOPIO® sind Unternehmen und ihre Rechtsanwälte.

Juristische Zweitmeinungen können Zeit, Geld und Energie sparen helfen.

Sind Sie interessiert an einer gelegentlichen und anspruchsvollen Gutachtertätigkeit in Ihrem Rechtsgebiet?