



Rechtsethik

Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe: Daten und Debatten außerhalb Österreichs

Erstmals erschienen im Newsletter 2013 Nr. 2.

Österreich – eine „Insel der Seligen“? Die ausgesprochene Absenz einer Diskussion um die sogenannte Sterbehilfe/Euthanasie (Tötung auf Verlangen, Suizidbeihilfe) in Österreich könnte den Eindruck erwecken, es herrsche ein unverbrüchlicher gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der strafrechtlichen Verbote dieser Handlungen. Auch wenn für die Verbote gute Gründe sprechen, so ist es ethisch geboten, die Daten und Debatten außerhalb Österreichs wahrzunehmen. Die folgenden Informationen bieten in diesem Sinn einen Überblick über rezente Entwicklungen.

Euthanasie in den Niederlanden. Die Niederlande sind unter den europäischen Staaten, welche Euthanasie unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert haben (daneben: Belgien, Luxemburg, Schweiz), jenes Land, das über die umfangreichsten empirischen Daten zur Sterbehilfepraxis verfügen.¹ Im Zeitverlauf machten Tötungen auf Verlangen 1,7% (1990) – 2,4% (1995) – 2,6% (2001) – 1,7% (2005) – 2,8% (2010) aller Todesfälle aus. Die Suizidbeihilfe spielt demgegenüber eine marginale Rolle (ca. 0,1–0,2% aller Todesfälle). 2005 und 2010 wurde auch die Häufigkeit einer dauerhaften, tiefen Sedierung erfasst; sie betrug 8,2% bzw. 12,3%. Dieser Anstieg ließ einige Beobachter fragen, ob die Praxis der dauerhaften, tiefen Sedierung als eine sozialverträglichere Form der Sterbehilfe eingesetzt wird.

Öffentliche Meinung zu Sterbehilfe. Mittlerweile gibt es zahlreiche Untersuchungen zur Akzeptanz von Tötung auf Verlangen und Suizidbeihilfe in verschiedensten Bevölkerungsgruppen. In einer sehr groß angelegten, auf den Daten der Europäischen Wertestudie basierenden, Untersuchungen kamen Cohen et al.² zu folgendem Befund: die höchste Zustimmung zu einer legalen Euthanasie-Praxis findet sich in Dänemark, Belgien, Frankreich, Niederlande, Luxemburg und Spanien; die niedrigste in Kosovo, Zypern, Türkei, Georgien, Armenien, Moldavien und Malta. Österreich weist auf der Skala von 1 („nie-mals gerechtfertigt“) bis 10 („immer gerechtfertigt“) einen Akzeptanzwert von 4,51 auf und bewegt sich damit im Mittelfeld. Die Ergebnisse und ihr Vergleich mit früheren Daten zeigen, dass sich eine Polarisierung in der Frage der Zulässigkeit von Sterbehilfe zwischen Westen und Osten abzeichnet.

Suizidbeihilfe in Deutschland. Im Unterschied zu Österreich ist die Suizidbeihilfe in Deutschland strafrechtlich nicht verboten. Berufsrechtlich sah die Bundesärztekammer den *ärztlich* assistierten Suizid aber seit längerem als

Problem an. Im Jänner 2011 kam es schließlich zunächst in den „Grundsätzen zur Sterbebegleitung“³ zu der Aussage: „Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung ist keine ärztliche Aufgabe.“ Sodann wurde am 114. Deutschen Ärztetag die Musterberufsordnung⁴ dahingehend novelliert, dass es in § 16 nunmehr heißt: „Sie [Ärztinnen und Ärzte, Anm.] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Diese Novelle wurde mittlerweile in 10 von 15 Landesberufsordnungen übernommen, ist aber in der deutschen Ärzteschaft heftig kritisiert worden. Gegen das Vorgehen der Bundesärztekammer wird insbesondere vorgebracht, dass es in einer pluralistischen Gesellschaft (und damit Ärzteschaft) nicht mehr gerechtfertigt sei, in einer solch divergent beurteilten Frage eine nicht von allen geteilte Moralvorstellung vorzuschreiben, wenn dies selbst der staatliche Gesetzgeber nicht tut.⁵ Es wird abzuwarten sein, wie die parlamentarische Debatte um ein Verbot der kommerzialisierten Suizidbeihilfe in Deutschland weitergeht, wie die Landesärztekammern mit Verstößen gegen die Berufsordnungen vorgehen werden und wie die Bundesärztekammer mit jenen Landesärztekammern umgehen wird, welche die Novellierung nicht nachvollziehen.

Suizidbeihilfe in der Schweiz. Jüngst war der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) im Fall „Gross gegen Schweiz“⁶ mit dem Thema Suizidbeihilfe befasst. Die Beschwerdeführerin Alda Gross (*1931) wollte ihr Leben durch die Einnahme von Natrium-Pentobarbital beenden, fand jedoch keinen Arzt, der ihr ein Rezept ausstellte. Gross behauptete eine Verletzung ihrer Selbstbestimmung, weil sie nicht selbst entscheiden dürfe, wann und wie sie ihr Leben beendet. In der Schweiz ist die Beihilfe zum Suizid aus uneigennütigen Beweggründen erlaubt. Auf dieser Grundlage arbeiten Organisationen wie EXIT oder DIGNITAS, die ihre Sterbeunterstützung von einer hoffnungslosen Prognose, von unerträglichen Beschwerden oder einer unzumutbaren Behinderung abhängig machen. Vor diesem Hintergrund ist das Besondere an diesem Fall, dass die Beschwerdeführerin keine dieser Voraussetzungen erfüllte. Gross argumentierte ihren Suizidwunsch damit, dass ihre Lebensqualität kontinuierlich durch ihren körperlichen und geistigen Verfall sowie den Verlust von Freunden und Familie abgenommen habe.

Die Schweizer Regierung nahm den Standpunkt ein, dass – wie in anderen Suizidbeihilfefällen – die Abgabe von Natrium-Pentobarbital an ein Rezept gebunden sei, für dessen Ausstellung die Untersuchung des Patienten und eine positive medizinische Indikation vorliegen müsse. Die Indikation sei auf der Grundlage der Regeln der medizinischen Wissenschaft sowie von medizinisch-ethischen Richtlinien (etwa der SAMW) zu stellen. Eben diese Regeln sähen derzeit keine Abgabe von Natrium-Pentobarbital an nicht tödlich erkrankte Personen vor. Es handle sich hierbei um Schutzvorschriften für vulnerable Personengruppen (Stichwort: Missbrauchs- sowie Übereilungsschutz) und sei in der Schweiz, wo die Suizidbeihilfe vergleichsweise liberal gehandhabt werde, unerlässlich. Der EGMR erachtete die bestehende Regelung dennoch für unzureichend: Zum einen beruhe die Schweizer Suizid-Regelung weitgehend auf Gerichtsurteilen und medizinethischen Standards, welche eben nicht die Verbindlichkeit eines allgemeingültigen Gesetzes hätten, zum anderen würde derzeit inhaltlich nur auf tödlich erkrankte Personen in ihrer letzten Lebensphase rekurriert. Daher verletze die ungenügende gesetzliche Grundlage für die Verweigerung der Abgabe von Natrium-Pentobarbital oh-

ne Rezept die Beschwerdeführerin Gross in ihrem Recht auf Selbstbestimmung gemäß Artikel 8 EMRK.

Tötung auf Verlangen · Suizidbeihilfe · Euthanasie · Sterbehilfe

- 1 Onwuteaka-Philipsen BD et al. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet* 2012;380(9845):908–915.
 - 2 Cohen J et al. Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries. *Int J Public Health* 2013: DOI 10.1007/s00038-013-0461-6 (e-publication ahead of print, 5.4.2013).
 - 3 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl* 2011;108(7):A346–A348.
 - 4 Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>
 - 5 Strätling M. Assistierter Suizid – grundsätzlich „keine ärztliche Aufgabe“?. *MedR* 2012;30(5):283–289. · Wiesing U. Durfte der Kieler Ärztetag den ärztlich assistierten Suizid verbieten? Nein!. *Ethik Med* 2013;25(1):67–71.
 - 6 EGMR. Gross gegen Schweiz. *Appl* 67810/10 (14.05.2013).
-

Rechtsethik

„Sterbehilfe“ und „Sterben lassen“

Erstmals erschienen im Newsletter 2014 Nr. 1.

Dauerbrenner „Sterbehilfe“. Das Thema „Sterbehilfe“ wird seit Jahrzehnten in Europa kontrovers diskutiert und ist rechtlich unterschiedlich geregelt (siehe *Newsletter 2013/2*). Jüngst beschloss beispielsweise das belgische Parlament, unter bestimmten Bedingungen die Tötung (auf oder ohne Verlangen) von infaust kranken Minderjährigen zuzulassen und sorgte damit für neuen Diskussionsstoff.¹

In der öffentlichen Debatte hat sich leider eine undifferenzierte Verwendung der Begriffe „Sterbehilfe“ und „Euthanasie“ eingeschlichen, welche nicht nur eine sachliche Diskussion erschwert, sondern auch den klinischen Alltag beeinträchtigen könnte. Unsicherheit erzeugen in diesem Zusammenhang v.a. Situationen, in denen das Behandlungsteam eine Therapiezieländerung mit rein palliativem Fokus als angezeigt betrachtet, dies aber von Außenstehenden (Angehörigen, Öffentlichkeit) fälschlicherweise als (rechtswidrige) „Sterbehilfe“ eingestuft wird.

Veraltete Terminologie. Traditionell unterscheidet das Recht bei der sogenannten Sterbehilfe zwischen aktiver und passiver (Bezugspunkt Außenseite einer Handlung: Tun oder Unterlassen) sowie direkter und indirekter (Bezugspunkt Innenseite einer Handlung: Intention, Motiv). In den letzten Jahren mehren sich allerdings die Stimmen, die für einen Wandel in der Terminologie plädieren.² Zum einen verzerre die Terminologie den Blick auf die geltende Rechtslage, zum anderen verhindere sie die kontextsensitive Entwicklung von personen- und situationsgerechten Lösungen.³ Vor allem die Unterscheidung zwischen rechtswidriger aktiver und rechtmäßiger passiver Sterbehilfe ist nur bei plakativen Beispielen trennscharf („Todesspritze“). Häufig bestehen Unsicherheiten und Fehlbewertungen bei der Unterteilung

von Verzicht, Beschränkung oder Abbruch von kurativ-orientierten Behandlungen.³ Darüber hinaus ist die „Sterbehilfe“- bzw. „Euthanasie“-Debatte in Deutschland und Österreich historisch belastet und emotional besetzt.

Sozialer Sinngehalt zählt. Der deutsche Bundesgerichtshof (BGH)⁴ befand eine situations- und sachgerechte Unterscheidung allein aufgrund der Bewertung äußerer Kriterien (aktiv/passiv) als für ein rechtliches Urteil ungenügend. Bei einer Behandlungssituation ist man mit einer Vielzahl an medizinischen Maßnahmen konfrontiert. Wird eine Therapiezieländerung („Behandlungsabbruch“) ins Auge gefasst, so muss darüber entschieden werden, wie mit den einzelnen Maßnahmen in Hinblick auf das nunmehr rein palliative Therapieziel umzugehen ist: D.h., situationsabhängig wird man auf einige Maßnahmen von vornherein verzichten (z.B. auf Reanimationsversuche), andere Maßnahmen wird man fortführen, aber nicht eskalieren (z.B. Katecholamindosis). Wieder andere, schon begonnene Maßnahmen wird man schrittweise oder gänzlich zurücknehmen (z.B. Hämofiltration, enterale Ernährung). Schließlich gibt es aber auch Maßnahmen, die selbst bei einem rein palliativen, auf das Sterben-zulassen ausgerichteten, Therapieziel neu begonnen oder intensiviert werden; dies betrifft v.a. alle Maßnahmen zur Symptomlinderung (Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Juckreiz etc.). Damit verbunden kann auch eine solche Steigerung der Medikation sein, bei der letztlich ein früherer Todeseintritt in Kauf genommen wird.

Diese Analyse zeigt, dass eine Therapiezieländerung immer mit einem Bündel von Maßnahmen verbunden ist, welches niemals nur in einer sogenannten „passiven Sterbehilfe“ bzw. einem bloßen Unterlassen („im Stich lassen“) besteht, sondern immer eine komplexe – im Idealfall gut aufeinander abgestimmte – Kombination von Tun und Unterlassen ist, die nach ihrem sozialen Sinngehalt zu bewerten ist.

Sterbehilfe · Euthanasie · Terminologie · Therapiezieländerung

- 1 Spielberg P. Aktive Sterbehilfe in Belgien: Ausweitung auf Minderjährige beschlossen. Dtsch Arztebl. 2014;111(8):A-292–3.
 - 2 Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Wien; 2011.
 - 3 Wallner J. Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden. Wien klin Wochenschr. 2008;120(21-22):647–54.
 - 4 BGH 25.6.2010; BGHSt 55, 191; 2 StR 454/09 [Strafsache gegen Wolfgang Putz].
-