

Sterbehilfe neuerlich in der Diskussion

von PD Univ.Lektor Dr. Andreas Klein
März 2020

Man kann es als durchaus begrüßenswert erachten, dass das Thema Sterbehilfe, das ein enorm emotionales Potenzial entfaltet, neuerlich in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit getreten ist. Dafür gibt es mehrere Gründe: Das Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom Aschermittwoch 2020 hat international (auch in Österreich) erhebliche Beachtung gefunden, da damit nicht nur die Beihilfe zum Suizid – wie schon im Herbst 2015 im Bundestag – (neuerlich) als grundsätzlich legitim erachtet wird, sondern nun darüber hinaus auch die gewerbsmäßige Unterstützung und Förderung (wie etwa in der Schweiz). Dabei wird vom BVerfG aufgrund bzw. zugunsten der Selbstbestimmung der Betroffenen als zentrales Kriterium argumentiert. Das hat Signalwirkung! Des Weiteren sind auch in Österreich Verfahren beim VfGH anhängig, da einige Personen Beschwerde gegen die österreichische Regelung eingebracht haben, weil § 78 StGB die Beihilfe zum Suizid (wörtlich: Mitwirkung am Selbstmord) unter Strafe stellt. Hier scheint ein Urteil nicht vor Juni 2020 erwartbar, gleichwohl dürfte das deutsche Urteil dabei durchaus nicht unberücksichtigt bleiben. Schließlich sind derzeit einige Initiativen in Österreich sichtbar, die entweder eine Neuregelung und damit Liberalisierung fordern oder gerade umgekehrt die aktuelle Rechtslage in keinsten Weise aufweichen möchten. Letztgenannte Initiativen treten derzeit auch verstärkt öffentlich in Erscheinung und mobilisieren für durchwegs konservative Haltungen. Demgegenüber – und das wird gelegentlich unterschlagen und ist für diese Diskussion erheblich – hat bereits 2015 die Österreichische Bioethikkommission („Sterben in Würde“¹) mehrheitlich für eine Liberalisierung der Beihilfe zum Suizid ausgesprochen (ein Einzelvotum des Philosophen Peter Kampits sogar für aktive Sterbehilfe).

Wörtlich wird von der Mehrheit der Bioethikkommission festgehalten: „Es wird daher eine Reform des § 78 StGB empfohlen, die [...] eine individuelle Hilfe in Ausnahmefällen zulässt. [...] Kriterien für die Reform [...] sollte zum einen eine *differenzierte Behandlung von Verleitung zum Suizid und Hilfeleistung beim Suizid* sein. Die Verleitung zum Suizid sollte weiter unter Strafe stehen, um zu gewährleisten, dass vulnerable Menschen keinem Druck ausgesetzt werden können. Es erscheint aber angebracht, für Angehörige und persönlich nahe stehende Personen eine *Straflosigkeit* vorzusehen, *wenn sie einer an einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung leidenden Person beim Suizid Hilfe leisten*. [...] Darüber hinaus sollte die Hilfeleistung durch Ärzte beim Suizid in bestimmten Fällen entkriminalisiert werden“ (25: Hervorhebung AK).

Dieses Mehrheitsvotum ist bislang jedoch folgenlos geblieben, da die politischen Machtverhältnisse hierfür offenbar wenig Aufnahmebereitschaft boten. Es ist verständlich, dass Modernisierungs- und Pluralisierungsschübe mitsamt entsprechenden Werteverstärkungen in modernen, funktional ausdifferenzierten Gesellschaften nicht bei jedem/r Freude hervorrufen. Gleichwohl muss gerade ein sich als weltanschaulich neutral verstehender moderner Staat auf Einsicht, Verstand und Vernunft insistieren und folglich auf eine aufgeklärte kritische Reflexion, die auch gegen Widerstände seitens überkommener Werthaltungen auftritt.² Diese

¹ Bioethikkommission (2015): Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen. Stellungnahme der Bioethikkommission, abrufbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/Sterben_in_Wuerde.pdf.

² Dass Immanuel Kant, der vielleicht signifikanteste Kopf der Aufklärung und „Alleszermalmer“ (Moses Mendelssohn), kein Freund der Selbsttötung war, ist bekannt. Er war aber auch generell in materiaethischer Hinsicht durch und durch konservativ „getaktet“, was ihm zahlreichen Widerspruch seitens der Nachfolger einbrachte. Die inhaltlichen Gründe dieser eher reaktionären Haltung überzeugen heute nur noch sporadisch die Denkelite.

Widerstände traten bereits gegen das Patientenverfügungsgesetz (PatV-G) von 2006 auf – und damit gegen die Option passiver Sterbehilfe – und ebenso gegen etliche moderne Entwicklungen der Reproduktionsmedizin einschließlich Schwangerschaftsabbruch, PID, Stammzellforschung und sogar IVF. Interessant ist dabei, dass die meisten Argumente, die gegen Beihilfe zum Suizid oder gegen aktive Sterbehilfe vorgebracht werden können, auch gegen Patientenverfügungen und passive Sterbehilfe passen. Dies betrifft insbesondere den Vorwurf, man könne sich nie sicher sein, ob eine entsprechende Entscheidung wirklich selbstbestimmt ist. Warum sollte dieser Vorwurf nicht auch bei Patientenverfügungen zutreffen? Darauf ist später noch zurückzukommen.

Hintergründe und Differenzierung

Wie erwähnt, wird mittlerweile auch beim VfGH Beschwerde gegen die österreichische Regelung geführt, wobei hier recht unterschiedlich gelagerte Fälle im Hintergrund stehen. Einerseits wird von schwerst kranken Menschen ein Recht auf Selbstbestimmung des eigenen Todes und damit die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe gefordert. Andererseits kam es in der Vergangenheit zu einigen Fällen, in denen Lebenspartner ihren schwerst kranken Lebensgefährten mit Sterbehilfeunterstützung zur Seite standen und dafür vor Gericht standen. Dabei zeigte sich ein eklatanter Missstand beim § 78 StGB, da nicht erkenntlich ist, was überhaupt als „Beihilfe“ zu verstehen ist – und folglich strafwürdig ist. Der entsprechende Passus lautet: „Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet [...]“. „Hilfe“ kann nun aber sehr Vieles bedeuten – von der Begleitung in den „Freitod“ in die Schweiz bis hin zum Erwerb einer Schusswaffe auf Wunsch des Lebenspartners. Und gilt dies auch für ein Küchenmesser? Dementsprechend hat sowohl die Vorsitzende der Bioethikkommission, Christiane Druml, als auch die Bioethikkommission mehrfach gefordert, endlich Rechtssicherheit herzustellen³ – was nicht passiert ist. Das sind unhaltbare Zustände.

Kern der Kontroversen ist die Frage, ob Menschen als persönliches Grundrecht der Selbstbestimmung auch ein Anrecht oder einen Anspruch auf Sterbehilfe in Form von Suizidbeihilfe oder gar aktiver Sterbehilfe haben sollten. Dabei besteht weitgehender Konsens darüber, dass zuallererst sämtliche Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollten, inklusive verbesserter Palliativmedizin und ihrer Angebote, um ein Leben und dann auch ein „Sterben in Würde“ zu ermöglichen. Sterbehilfe sollte, auch im Falle ihrer rechtlichen Zulassung, stets als *ultima ratio* betrachtet werden und an valide Regelungen geknüpft sein, um drohenden Missbrauch oder andere nachteilige Effekte auszuschließen. Auch das aktuelle deutsche Urteil ermöglicht staatliche Kontrollfunktionen und Hürden.

Das eher rechtliche Problem besteht darin, dass sich aus den zugrunde liegenden Menschenrechten zunächst keine direkte staatliche Verpflichtung ableiten lässt, Sterbehilfe anbieten zu müssen. Zentral ist an dieser Stelle Art. 8 EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention), der das Recht auf Privat- und Familienleben und damit die Selbstbestimmung schützt. Hier würde es nahe liegen, aus der Höchstpersönlichkeit des eigenen Sterbens und Todes auch ein Recht auf die Art und Weise des eigenen Sterbens abzuleiten, insbesondere in spezifischen Konstellationen und Konfliktsituationen (schwerste Krankheit usw.). Da die meisten Menschenrechte jedoch Abwehrrechte sind und den Eingriff des Staates auf persönliche Angelegenheiten einschränken sollen, wäre eine Verpflichtung zur Gewährung von Sterbehilfe davon nicht umfasst, da der Staat hier ja nicht abgewehrt werden muss. Insofern hat der EGMR

³ Im obigen Zitat der Bioethikkommission wird entsprechend „eine differenzierte Behandlung von Verleitung zum Suizid und Hilfeleistung beim Suizid“ gefordert, wobei die „Verleitung zum Suizid [...] weiter unter Strafe stehen“ sollte.

(Europäische Gerichtshof für Menschenrechte) derartige Klagen⁴ dahingehend entschieden, dass die Nationalstaaten bezüglich Sterbehilfe Spielräume der eigenen Ausgestaltung besitzen und kein Anspruch auf staatliche Gewährung oder Förderung von Sterbehilfe aus den Grundrechten ableitbar ist. Das bedeutet aber lediglich, dass sowohl nationalstaatliche Einschränkungen als auch Legalisierungen menschenrechtskonform sind.

Es ist also keineswegs ausgeschlossen, dass das Recht auf Selbstbestimmung (Art. 8 EMRK) einen entsprechenden Anspruch rechtfertigen kann. Genau das besagt nun das aktuelle deutsche Urteil: „Das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) umfasst als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben!“ „Das *Recht auf selbstbestimmtes Sterben* schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, *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. [...] Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“ (Hervorhebungen AK). Diese Hilfe seitens Dritter wurde bislang durch das „Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (§ 217 Abs. 1 StGB) „faktisch unmöglich“. Bei dieser Begründung erscheint dabei weniger der Umgang mit „geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung“ zentral als vielmehr das eingeräumte grundlegende Recht auf „selbstbestimmtes Sterben“, woraus sich ein Anspruch gegenüber Dritten ableitet. Ebenso beachtenswert ist das Festhalten am persönlichen „Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit“ des Einzelnen als Kriterium bzw. „Ausgangspunkt [...] autonomer Selbstbestimmung“. Der Einzelne und seine Sichtweise auf das eigene Sterben werden eindeutig ins Zentrum gerückt. Damit könnte eine Wegweisung für ein adäquates Verständnis von Selbstbestimmung grundgelegt sein.

Unterscheidungen von Sterbehilfen

Bevor eine weitere ethische Erörterung vorgenommen werden soll, erscheint es angebracht, einige übliche und neuere begriffliche Unterscheidungen heranzuziehen, um klarer umgrenzen zu können, worüber überhaupt jeweils gesprochen wird. Leider wird dies auch in der öffentlichen medialen Berichterstattung nicht immer genau differenziert. Dabei stößt man auf das Problem, dass die jeweiligen Bezeichnungen zuweilen inhaltliche Unklarheiten erzeugen. Konsens besteht im deutschsprachigen Raum (anders als im angelsächsischen) weitgehend darüber, dass vom Begriff „Euthanasie“ Abstand genommen wird, da damit Anspielungen an die Gräueltaten des NS-Regimes beinahe unvermeidlich sind.⁵ Die verbreitetsten Bezeichnungen kreisen um den Begriff der Sterbehilfe, wobei mittlerweile alternative Sprachregelungen vorgeschlagen und umgesetzt werden.⁶ Allgemein können als Sterbehilfe solche „Handlungen oder Unterlassungen“ bezeichnet werden, „die darauf abzielen, im Interesse eines schwerstkranken Patienten dessen Tod zuzulassen oder herbeizuführen“⁷.

⁴ EGMR, Urt. v. 29.4.2002, *Pretty V. Vereinigtes Königreich* (2346 / 02), Rn. 39.

⁵ In aktuellen Sterbehilfe-Diskursen sollte m.E. mit allem Nachdruck darauf verzichtet werden, die Debatte mit NS-Vergleichen zu torpedieren. Das ist nicht nur sachlich völlig abwegig (NS-Euthanasie gründete eben nicht auf einem freiwilligen Sterbewunsch von Betroffenen, sondern war schlichtweg – unfreiwilliger – Mord), sondern versucht zudem, mit Sprache Politik zu machen, was in diesen heiklen Diskursen nichts zu suchen hat.

⁶ Vgl. hierzu: Bioethikkommission (2011): *Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende*, Wien.

⁷ Schöne-Seifert, Bettina (2007): *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart, 114.

Als grundlegend haben sich folgende Differenzierungen etabliert, wobei damit meist eine Steigerung der Intensität oder des Grades verbunden ist:

– *Indirekte Sterbehilfe*: Maßnahmen insbesondere im palliativmedizinischen Bereich, die primär den Zweck der Schmerzlinderung verfolgen (Schmerztherapien), aber potenziell lebensverkürzend wirken können.

– *Passive Sterbehilfe*: Das Zulassen eines vorzeitigen Todeseintritts durch Behandlungsverzicht (Therapieabbruch, Therapiezieländerung). Beispiele hierfür wären etwa der Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen oder das Aussetzen lebensverlängernder Maßnahmen (z.B. PEG-Sonde, Beatmungsgeräte usw.).

– *Beihilfe zum Suizid* oder (*ärztlich*) *assistierter Suizid*: Selbsttötung durch Unterstützung Dritter, zumeist Ärzt*innen, gelegentlich auch durch eine nahe stehende Person. Die Tötungshandlung wird vom Patienten selbst durchgeführt, allerdings mit (ärztlicher) Unterstützung – etwa durch Bereitstellung einer Überdosis einer Substanz.

– *Aktive Sterbehilfe*: Das tätige Herbeiführen des Todes eines Betroffenen auf dessen ausdrücklichen Wunsch durch Dritte und wenn es sich nicht um passive oder indirekte Sterbehilfe handelt – etwa durch eine Überdosis einer Substanz.

Für diese eher klassischen Unterscheidungen setzen sich zunehmend neue durch, was durchaus auf inhaltlich-sachliche Überlegungen zurückgeht. Anstatt „indirekter Sterbehilfe“ wäre es wohl vorteilhafter, von „Therapie am Lebensende“ zu sprechen, um anzuzeigen, dass die Absicht der Maßnahmen gerade nicht darin besteht, das Eintreten des Todes zu beschleunigen, sondern in der Linderung von Schmerzen und Qualen. Dementsprechend ist es auch im novellierten § 49a (2) Arzt-G festgehalten, denn es geht immer noch um Therapieoptionen und nicht etwa um therapiefremde Zwecke. Eine potenzielle, aber überschaubare Lebenszeitverkürzung durch „Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen“ wird dabei als das geringere Übel betrachtet zugunsten des höheren Gutes der Schmerzlinderung am Lebensende.

„Passive Sterbehilfe“ ist zwar mittlerweile etabliert, unterschlägt aber den Aspekt, dass die notwendigen Handlungen sehr wohl aktiv durchgeführt werden müssen. Denn immerhin sind es z.B. aufgrund einer PatV nicht die nicht mehr entscheidungsfähigen Patient*innen, die lebensverlängernde Optionen abbrechen oder aussetzen, sondern andere Personen. Dementsprechend wird die Bezeichnung „Sterben zulassen“ vorgeschlagen, um Missverständnisse zwischen aktiv und passiv schon begrifflich zu umgehen.

„Beihilfe zum Suizid“ oder „assistierter Suizid“ wird gegenüber anderen Begrifflichkeiten, wie etwa „Selbstmord“, der Vorzug gegeben. Der Ausdruck „Selbstmord“ (wie im StGB) sollte hier generell vermieden werden, weil „Mord“ zunächst auf Unfreiwilligkeit verweist und zudem häufig noch mit niederen Motiven oder Affekten verbunden wird – was beides unzutreffend ist. Alternativ wird öfters auch von „Beihilfe zur Selbsttötung“ gesprochen (jeder Mord ist ein Fall von Tötung, aber nicht jede Tötung ist – intensional und extensional – ein Fall von Mord). Rechtlich dringend erforderlich wäre einerseits eine Nachschärfung im StGB hinsichtlich einer Klärung des Begriffs „Hilfe“ als auch andererseits eine alternative Bezeichnung anstelle von Selbstmord.

Abschließend wird für „aktive Sterbehilfe“ gegenwärtig die Bezeichnung „Tötung auf Verlangen“ bevorzugt, weil auch hier wieder die Problematik der Aktivität virulent wird.

Im österreichischen StGB (§§ 77f) sind derzeit das Verbot der Beihilfe zum Suizid ebenso wie der aktiven Sterbehilfe festgeschrieben – freilich ohne weitere Begründung. Indirekte und passive Sterbehilfe sind prinzipiell zulässig. Die Gründe für die Zulässigkeit von „Therapien am Lebensende“ brauchen nicht wiederholt werden. Hinsichtlich passiver Sterbehilfe ist die

Lage weniger eindeutig. Mittels vorliegender (auch mündlicher) PatV oder entsprechender Willensäußerung können lebensverlängernde Maßnahmen für bestimmte Situationen seitens der Betroffenen abgelehnt werden für einen Zeitpunkt, an dem sie selbst nicht mehr dazu in der Lage sind, also nicht mehr entscheidungsfähig sind. Mit dieser Möglichkeit hat Österreich 2006 eine weitere, wenn auch heftig umstrittene Möglichkeit der Selbstbestimmung in fundamentalen Gesundheits- und Persönlichkeitsbelangen geschaffen. 2019 wurde das PatV-G (endlich) novelliert, um bestehende Hürden bei der Errichtung zu reduzieren bzw. abzubauen (niederschwelliger und günstiger Zugang zur Errichtung von PatV; Eintragung verbindlicher PatV in ELGA und ihre Erneuerung erst nach 8 Jahren). Therapiezieländerungen oder der Abbruch bestimmter Therapieoptionen können aber grundsätzlich auch dann erfolgen, wenn eine Verlängerung dieser Maßnahmen aus medizinischer Sicht nicht mehr sinnvoll erscheinen. Es eröffnet sich hier allerdings die Frage, worin genau der Sachgrund besteht, passive Sterbehilfe qua PV zu erlauben, Suizidbeihilfe jedoch zu verbieten. Ist dieser eher gradueller bzw. quantitativer oder qualitativer Art? Einbeziehung Dritter ist stets gegeben und eine verbindliche PV ist/sollte auch für ärztliche Berufe bindend (also zwingend) sein, was im Falle der Suizidbeihilfe lediglich auf freiwilliger Mitwirkung beruht. Differenzen ergeben sich aufgrund des Zustandes von Betroffenen zu einem bestimmten Zeitpunkt, was die Frage nach der Beurteilung dieser Differenz aufwirft.

Ethische Reflexion

Für eine leider umrisshaft bleibende ethische Erörterung kann an die vorangegangenen Abschnitte angeknüpft werden. Die bisherigen Überlegungen zeigen bereits, dass etwa das „Recht auf Leben“ nicht mit einer „Pflicht zum Leben“ verwechselt werden darf. Bereits der § 110 StGB (Verbot eigenmächtiger Heilbehandlung) und damit verbunden der Grundsatz des „informed consent“ verweisen darauf, dass medizinisch indizierte Behandlungen von Patient*innen abgelehnt werden können (mit Ausnahme des Notfalls), selbst wenn dies in der Folge den Tod von Betroffenen bedeutet. Patient*innen haben diesbezüglich sogar ein verbrieftes Recht auf (extern betrachtet) irrationale Entscheidungen, sofern sie verstehen, was mit diesen Entscheidungen als Konsequenz verbunden sein kann. Auch das, was von Patient*innen als „Wohl“ betrachtet wird, muss sich nicht mit dem decken, was aus einer externen Perspektive als Wohl eingestuft wird. Noch unübersichtlicher wird die Sachlage, wenn man bedenkt, dass auch in Österreich die Selbsttötung prinzipiell straffrei, die Beihilfe hierzu jedoch verboten ist. Denn (erlaubte) Selbsttötung bleibt es auch dann, wenn sie assistiert erfolgt, da die Betroffenen die finalen, irreversiblen Handlungen selbst setzen müssen. Warum „Helfer“ für eine ansonsten legitime Handlung kriminalisiert werden, ist nicht nachvollziehbar (vgl. dazu die Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch: § 97 [2f] StGB). Darum hat genau an diesem Punkt die Bioethikkommission eine Empfehlung für eine Legalisierung ausgesprochen, dem ja auch das neuerliche deutsche Urteil entspricht.

In ethischer Perspektive wäre zu fordern, dass auf inhaltliche Aspekte fokussiert wird und von rhetorischen Kunstgriffen Abstand genommen wird. Formeln wie „Hilfe beim Sterben – Keine Hilfe zum Sterben“ oder „Menschen sollten *an* der Hand eines anderen Menschen sterben, aber nicht *durch* dessen Hand“ laufen sachlich weitgehend ins Leere. Denn z.B. erfolgt Suizidbeihilfe gerade nicht *durch* die Hand eines anderen Menschen, während umgekehrt (legale) passive Sterbehilfe sehr wohl *durch* die Hand anderer Menschen bewirkt wird. Begründungsbedürftig ist hier freilich auch das vorgeordnete „Sollen“ oder „Sollte nicht“, also woher der normative Gehalt bezogen wird. Auch die Unterscheidung „beim Sterben – zum Sterben“ ist entsprechend uneindeutig etwa im Blick auf passive Sterbehilfe. Zudem sollten sich allgemeine Urteile insgesamt an der besonderen Situationen bewähren und eventuell durch diese

präzisieren oder modifizieren lassen.⁸ „Du sollst nicht töten!“ oder „du sollst nicht lügen!“ mögen zwar recht allgemein gelten, lassen aber eben auch zahlreiche gerechtfertigte Ausnahmen zu.

Grundsätzlich könnte man zunächst auch empirische Daten hinsichtlich der Meinungsverteilung in der Bevölkerung einholen (Volksbefragung, Volksabstimmung). Dies mag zwar demokratiepolitisch aufschlussreich sein, zumindest wenn man – wie die Bundesverfassung – davon ausgeht, dass das Recht vom Volke auszugehen habe. Dies würde sogar zeigen, dass unter günstiger Fragestellung eine Mehrheit dafür eintritt, das eigene Sterben und den eigenen Tod selbst bestimmen zu wollen.⁹ Allerdings muss die ethische Argumentation auf eigenen Beinen stehen und ihre Gründe rational rechtfertigen, auch ohne Rückendeckung einer Bevölkerungsmehrheit.

Grundsätzlich stehen sich in ethischen Fragen zur Sterbehilfe mehrere Güter, Rechte und Prinzipien gegenüber. Diese sind jeweils derart hochrangig, dass eine einfache Priorisierung schwer fällt.¹⁰ Gegenüber stehen sich hier das Recht auf Leben, die Würde des Menschen, das Recht auf Autonomie bzw. Selbstbestimmung, Recht auf Privatsphäre, (fairer) Zugang zu Gesundheitsleistungen und Arzneimitteln, das Prinzip des Nichtschadens und jenes der Fürsorge. Kontrahierende Positionen beziehen sich jedoch teilweise auf dieselben Prinzipien, Güter und Rechte, interpretieren diese jedoch unterschiedlich. Kontrovers ist bereits, was aus der zugrundeliegenden *Würde des Menschen* konkret gefolgert werden kann oder soll. Dabei ist relativ unstrittig, dass aus der Menschenwürde Menschenrechte und Grundrechte folgen. Strittig ist hingegen, wie weit diese Rechte reichen. Wird aber beispielsweise Schmerzfreiheit oder -reduktion unter bestimmten Bedingungen (vgl. nochmals § 49a [2] Arzt-G) als grundlegender oder höherstufiger betrachtet als eine reine Ausdehnung der chronologischen Lebensspanne, dann ließe sich eine analoge Güterabwägung auch für Fälle der Suizidbeihilfe oder der aktiven Sterbehilfe rechtfertigen.¹¹ Bei passiver Sterbehilfe ist dies ohnehin offensichtlich, weil der Tod des Betroffenen durch Unterlassungen bzw. Abbrüche medizinischer Interventionen herbeigeführt

⁸ Für ethisch Interessierte zeigt sich dieser Sachverhalt in einer sehr instruktiven Auseinandersetzung um die Formulierungen des Kategorischen Imperativs Immanuel Kants. So einsichtig prima facie die beiden Hauptformulierungen (die allgemeine Gesetzesformel und die Selbstzweckformel) Kants auch sind, so problematisch erweisen sie sich in concreto. Eine sehr ausführliche Durchführung von Fallbeispielen (falsch positiv und falsch negativ) findet sich bei: Parfit, Derek (2017): *Personen, Normativität, Moral*. Ausgewählte Aufsätze, stw 2149, Berlin. Selbst Kants eigene Anwendungsversuche zeigen die filigrane Fallibilität der Ausgangsformulierungen: Die vier von ihm diskutierten Fälle in der Grundlegung zur Metaphysik der Sitten oder das Beispiel der verfolgten Freundin (Kant, Immanuel [1797]: Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen, GS VIII [Akademieausgabe], 425-430). Sämtliche dieser Beispiele scheint Kant falsch zu beurteilen, wobei insbesondere der erste Fall in GMS aufschlussreich ist, weil es dort um den Suizid bei größten Übeln und Hoffnungslosigkeit geht (GMS, 421ff). Kritisch zu Kant hier etwa: Birnbacher, Dieter (2006): *Bioethik zwischen Natur und Interesse*, stw 1772, Frankfurt a.M. Insbesondere im ersten Fall in GMS muss man sogar erwägen, ob sich Kant nicht entgegen eigener Überzeugung eines Naturalistischen Fehlschlusses (G.E. Moore) schuldig macht. Eine, auch m.E. durchaus überzeugende Lösung dieser Probleme besteht darin, die Maximenkonstruktion besser zu handhaben als Kant selbst – was auch Parfit unternimmt.

⁹ Eine aktuelle Studie aus Deutschland zeigt sogar, dass deutlich über 60% der Befragten sowohl für assistierten Suizid als auch für aktive Sterbehilfe plädieren, während die expliziten Ablehner unter 20% liegen: <https://yougov.de/news/2019/07/08/sterben-lassen-sollte-erlaubt-sein/>.

¹⁰ Eine ausführliche Darstellung, auch in theoriegeschichtlicher Hinsicht, findet sich bei Birnbacher, Dieter (2006): *Bioethik zwischen Natur und Interesse*, stw 1772, Frankfurt a.M. Siehe auch (unter vielen): Kreß, Hartmut (2012): *Ärztlich assistierter Suizid das Grundrecht von Patienten auf Selbstbestimmung und die Sicht von Religionen und Kirchen – ein unaufhebbarer Gegensatz?*, *Medizinethische Materialien* 192, Bochum; Kreß, Hartmut (2015): *Suizid und Suizidbeihilfe unter dem Aspekt des Grundrechts auf Selbstbestimmung*, *ZEE* 59, 114-122.

¹¹ Schöne-Seifert, Bettina (2007): *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart, 122.

wird. Damit ist aber bereits das Prinzip der Autonomie bzw. der Selbstbestimmung als grundlegend anerkannt – auch gegenüber indizierten medizinischen Maßnahmen.

Genau an dieser Stelle wird häufig der Verdacht geäußert, dass man nie genau wissen könne, ob eine derartige Letztentscheidung wirklich selbstbestimmt sei. Es könnte sich ein diesbezüglicher Druck in der Gesellschaft auf Betroffene aufbauen, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen und niemandem zur Last zu fallen. Ebenso könnte ein Druck auf Ärzt*innen erfolgen und so schließlich ein Dammbbruch (Slippery-Slope) ausgelöst werden. Folglich sollte auf diese Optionen generell verzichtet werden, um Fälle von unerschweiliger Fremdbestimmung (durch gesellschaftlichen Druck) zu verhindern und Missbrauch vorzubeugen.

Es braucht hier nicht mehr wiederholt zu werden, dass Sterbehilfe eine *ultima ratio* sein und bleiben sollte und es ist alles daran zu setzen, die Situation (rechtlich und ethisch) so gut als möglich zu gestalten und Verbesserungen umzusetzen. Darauf zielt auch das Votum der Bioethikkommission. Damit erledigt sich aber die sachliche Frage nicht per se, weil es um die Frage eines moralischen Anspruchs geht. Ganz abgesehen davon, dass Menschen prinzipiell auch ein Recht dazu haben, niemandem zur Last fallen zu wollen, zeigen internationale Vergleiche, dass auch in Staaten mit weiteren Suizidangeboten nicht von vornherein ein Druck auf Einzelne diagnostizierbar ist. Dass in den Niederlanden ein sukzessiver Anstieg von gewährter Sterbehilfe zu verzeichnen ist, lässt sich nicht einseitig auf einen gesellschaftlichen Druck zurückführen. Viel eher zeigt sich dort eine breite Zufriedenheit mit den aktuellen Regelungen, wengleich an den Rändern durchaus Reflexionsbedarf besteht. Eine Legalisierung unter konkreten Bedingungen kann gerade einem Missbrauch und einem Sterbehilfetourismus entgegenwirken. Zudem würde das Argument auch gegen die passive Sterbehilfe, gegen PV und überhaupt gegen den informed consent und damit gegen § 110 StGB sprechen, weil stets ein Druck unterstellt werden könnte und ebenso der Verdacht, dass Entscheidungen gar nicht selbstbestimmt seien. Hier sieht die Realität aber völlig anders aus, da in Österreich gerade einmal 4% eine (verbindliche oder beachtliche) PV errichtet haben. Ein sich breit machender Druck sieht anders aus! Diese geringe Anzahl war gerade ein Grund, eine Novelle des PatV-G durchzuführen. Grundsätzlich könnte der Verdacht einer doch nicht selbstbestimmten Entscheidung an jede menschliche Entscheidung gerichtet werden. Darum wäre es seitens der Kritiker zu allererst sinnvoll anzugeben, was sie überhaupt unter einer selbstbestimmten Entscheidung verstehen.¹² Denn dann ließen sich auch Rahmenbedingungen schaffen, die dies gewährleisten. Genau das machen Länder mit Suizidbeihilfe – oder mit aktiver Sterbehilfe. Das scheint aber häufig gar nicht gewollt zu sein, weil dann keine generelle Ablehnung mehr möglich wäre.

Abschließend soll auf die vier mittlerweile etablierten ethischen Standardprinzipien verwiesen werden, wie sie von Beauchamp und Childress¹³ ursprünglich für den Bereich der Biomedizinethik formuliert wurden. Diese haben sich international als ethisches Rahmengerüst aufgrund ihrer Plausibilität und Praktikabilität als bewährt erwiesen. Es handelt sich – wie eigentlich schon erwähnt – um die Prinzipien der *Selbstbestimmung/Autonomie*, des *Nichtschadens*, der *Fürsorge* (des *Wohltuns*) und der *Gerechtigkeit*. Eine eingehende Erläuterung dieser Prinzipien kann hier nicht stattfinden, aber eine Einordnung der Ausgangsfragestellung.

Selbstbestimmung würde *für* eine weitere Legalisierung sprechen, sofern adäquate Rahmenbedingungen etabliert werden. Die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge können hier unterschiedlich interpretiert werden. Sie betreffen in unserem Fall auch die Verbesserung

¹² Vgl. insgesamt die ausführliche Arbeit: Klein, Andreas (2009): Willensfreiheit auf dem Prüfstand. Ein anthropologischer Grundbegriff in Philosophie, Neurobiologie und Theologie, Neukirchen-Vluyn. Des Weiteren: Gerhardt, Volker (1999): Selbstbestimmung. Das Prinzip der Individualität, UB 9761, Stuttgart.

¹³ Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics, Oxford u.a.

anderer (Palliativ-) Angebote, müssen aber im Blick auf die Betroffenen selbst (so auch das deutsche Urteil) und *ihr* Verständnis von „Lebensqualität und Sinnhaftigkeit“ ausgelegt werden und nicht durch ein externes, weltanschaulich imprägniertes Verständnis. So betrachtet, wäre es für Betroffene häufig eher ein Schaden und gerade nicht zu ihrer Fürsorge, weiterleben zu *müssen* anstatt sterben zu *dürfen*. Dementsprechend würden ebenfalls beide Prinzipien *für* eine weitere, kontrollierte Legalisierung sprechen. Abschließend würde auch noch das Gerechtigkeitsprinzip *für* diese Option stehen, weil es u.a. um faire Ressourcenverteilungen in einer Gesellschaft mit stets knappen Ressourcen geht. Selbstredend kann dieses Prinzip im vorliegenden Fall nicht den alleinigen Ausschlag geben. Gleichwohl sind auch ökonomische und volkswirtschaftliche Verteilungsaspekte zu berücksichtigen.¹⁴

Abschließend noch ein paar wenige ethische Hinweise. Sehr oft ist zu hören, ärztliches Handeln zielt darauf, menschliches Leben zu erhalten, zu retten und zu bewahren, während es dem ärztlichen Ethos widerspräche, an der Tötung von Menschen mitzuwirken. Diese Argumentation überzeugt allerdings nicht, denn „das ärztliche Ethos sollte sich ja von einer allgemeinen Ethik her rechtfertigen müssen und nicht umgekehrt.“¹⁵ Würde es zutreffen, wäre natürlich auch jeder Schwangerschaftsabbruch strikt gegen das ärztliche Ethos – was übrigens der hippokratische Eid fordert. Das Argument muss also vom Kopf auf die Beine gestellt werden, nämlich auf den dem ärztlichen Ethos vorgeordneten moralischen Anspruch. Umgekehrt kann freilich hieraus auch nicht eine Verpflichtung zur Mitwirkung gefolgert werden – wie auch die Bioethikkommission und das deutsche BVG betonen und wie es auch beim Schwangerschaftsabbruch geregelt ist. Erwähnt sei noch, dass Studien und Erfahrungen zeigen, dass auch innerhalb des Gesundheitssystems in dieser Frage divergierende Werthaltungen und Einstellungen anzutreffen sind. Pflegende, die weit intensivster und intimster mit Betroffenen zu tun haben als ärztliches Personal, stehen Sterbehilfeoptionen meist nicht immer derart ablehnend gegenüber.¹⁶

Bettina Schöne-Seiffert, bekannte deutsche Ethikerin und gewichtige Stimme in Debatten, schlägt vier Schritte vor, um letztlich allen Beteiligten gerecht zu werden¹⁷: Erstens müsste ärztliche Hilfe zum frei verantwortlichen Suizid nicht nur im Strafrecht, sondern auch im ärztlichen Standesrecht zulässig sein. Zweitens müssten Suizidentscheidungen am Lebensende aus der moralischen Schmutzdecke herausgeholt werden. Es sei die Tabuisierung, unter der Patienten und Angehörige oft mehr litten als unter der Entscheidung selbst. Drittens sollte eine humane Gesellschaft nicht nur Ressourcen, sondern auch Kreativität darauf verwenden, das Leben mit unheilbarer Krankheit, massiver Pflegebedürftigkeit oder im hohen Alter so lebenswert wie möglich zu machen, ohne den Betroffenen die Suizidoption abzusprechen. Viertens schließlich seien außerhalb des Strafrechts rechtliche Absicherungen der Freiverantwortlichkeit von Suizidwünschen zu erwägen.

¹⁴ Vgl. insgesamt die sehr beachtete Publikation: Thöns, Matthias (2016): Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende, München / Berlin / Zürich.

¹⁵ Düwell, Marcus (2008): Bioethik: Methoden, Theorien und Bereiche, Stuttgart, 183.

¹⁶ Vgl. dazu etwa: Sauer, Timo (2015): Zur Perspektivität der Wahrnehmung von Pflegenden und Ärzten bei ethischen Fragestellungen. Empirische Daten und theoretische Überlegungen, ZEM 27, 123-140.

¹⁷ Siehe dazu: https://www.spektrum.de/news/duerfen-aerzte-dem-tod-zur-hand-gehen/1708320?utm_medium=newsletter&utm_source=sdw-nl&utm_campaign.

Abschließende Bemerkungen

Eine kategorische Ablehnung der Suizidbeihilfe lässt sich in ethischer Hinsicht kaum überzeugend argumentieren. Darüber hinaus würden die meisten Gründe für eine Legalisierung der Suizidbeihilfe sogar für eine Öffnung zur aktiven Sterbehilfe sprechen. Auch von philosophischer Seite wird etwa gefragt, ob es nicht einer Diskriminierung gleichkommt, wenn Menschen von diesen Optionen ausgenommen werden, nur weil sie selbst nicht mehr zur letzten Tathandlung fähig sind. In jedem Fall sind adäquate und transparente Rahmenbedingungen unabdingbar, die ethischen Aspekten korrelieren und Missbrauch so weit als möglich ausschließen. Ob jeder Missbrauch ausgeschlossen werden kann, ist zwar fraglich, aber auch nicht spezifisch für diese Fragestellung.

Ethisch betrachtet muss sich auch der Staat die Frage gefallen lassen, woher er eigentlich die Rechtfertigung bezieht, in so fundamentalen persönlichen Bereichen drastische Einschränkungen der Selbstbestimmung vorzunehmen. Peter Kampits, ehemaliger Dekan der philosophischen Fakultät Wien und Mitglied der Bioethikkommission, hat stets betont, „dass weder der Staat noch sonst eine Institution an meinem Sterbebett etwas zu suchen hat!“¹⁸ Der Philosoph und Ethiker Ronald Dworkin geht noch einen Schritt weiter und bezeichnet es geradezu als „menschenverachtende Tyrannei“ (devastating, odious form of tyranny), dass ein Mensch gewissermaßen gezwungen wird, auf eine bestimmte Art und Weise zu sterben, die zwar nach Meinung anderer richtig erscheinen mag, für ihn selbst aber im gravierenden Widerspruch steht.¹⁹

Wie sich der VfGH in den anhängigen Verfahren entscheiden wird, ist noch ungewiss. Bernd-Christian Funk äußerte sich in einem Interview vom 26.2. für die ZIB 2 dahingehend, dass der VfGH in der jüngsten Vergangenheit Tendenzen erkennen ließ, eine liberalere und in Richtung Selbstbestimmung orientierte Gangart zu favorisieren, etwa in den Urteilen zum dritten Geschlecht oder zur Ehe für alle (auch gegen religiösen Widerstand). Ähnliches wäre auch hinsichtlich des Urteils für Raucherbereiche in der Gastronomie von 2019 zu sagen (Selbstbestimmung vs. potenzieller Schaden des Personals). Zusätzliche Entscheidungshilfe könnte nun das deutsche Urteil bieten, obgleich der VfGH nicht an dieses gebunden ist. Für eine abweichende Stellungnahme wäre allerdings die Begründungsbasis mittlerweile zumindest erheblich erschwert.

--

PD Univ.Lektor Dr. Andreas Klein, Wien

Web: www.andreasklein.at

Mail: dr@andreasklein.at

¹⁸ Den Tod ins Leben integrieren. Interview: <https://www.wienerzeitung.at/dossiers/sterbehilfe/196698-Den-Tod-ins-Leben-integrieren.html>.

¹⁹ Das gesamte Zitat findet sich bei Schöne-Seifert, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik, Stuttgart, 110f.