

*Zur Tötung unheilbar Leidender.  
Ein Überblick über die Rechtslage in den  
Beneluxstaaten, Österreich, Deutschland  
und gemäß der Europäischen  
Menschenrechtskonvention, aus  
rechtsethischer Sicht dargestellt und  
kommentiert<sup>1</sup>*



ROLF RÜDIGER SCHLEGL

Seit Jahrzehnten wird das Thema Sterbehilfe (wobei dieser Ausdruck im folgenden synonym mit ‘Euthanasie’ verwendet wird) kontroversiell diskutiert, speziell soweit die Tötung unheilbar Leidender betroffen ist. Ethische und rechtliche Fragen überschneiden sich dabei in komplexer Weise, und so wie es für den Juristen schwierig ist, mit der philosophischen Analyse dieser Thematik Schritt zu halten, ist es für den Philosophen schwierig, die aktuellen und in mancherlei Hinsicht stark divergierenden rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe innerhalb verschiedener Staaten und Gemeinschaften noch zu überblicken. Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen hoffentlich für alle Seiten nützlichen Beitrag zur Entwirrung der *rechtlichen* Aspekte dieses Themas zu leisten, allerdings bereits aus rechtsethischer Sicht kommentiert und auf die philosophisch relevanten Belange hin konzentriert. So werde ich insbesondere die für Österreich und Deutschland geltende Rechtslage hiezu darzustellen, diese mit der liberaleren Auffassung zur Euthanasie in den Benelux-Ländern sowie mit der Rechtsmeinung des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR.) vergleichen, und einige Vorschläge zur Verbesserung der österreichischen Rechtssituation aus rechtsethischer Perspektive vorbringen.

## *1 Einleitung*

In einer zentralen Frage, wie der um Leben und Tod, können Rechtsordnung und Sozialmoral nicht isoliert voneinander betrachtet werden. Ein optimaler Lebensschutz setzt voraus, dass beide Normenordnungen in dieser Frage inhaltlich übereinstimmen. Es ist dabei davon auszugehen, dass die Durchschnittsmitglieder einer Gemeinschaft, von deren Akzeptanz ja die Sozialmoral abhängt, Lebenserhaltung als eine der wichtigsten Aufgaben der Medizin betrachten. Ihrer Auffassung liegt die Vorstellung

---

*Kriterion – Journal of Philosophy* (2011) 24: 19–51.

<http://www.kriterion.at>

© 2011 The author

zugrunde, das menschliche Leben an sich sei das höchste Gut. Aus dieser Vorstellung wird von mancher Seite der Schluß gezogen, dass jede Verlängerung des menschlichen Lebens und sei sie noch so kurz, ebenfalls einen Höchstwert haben müsse. Auf kirchlicher und theologischer Seite wird betont, das Menschenleben sei ein Geschenk oder Lehen Gottes, das keiner menschlichen Entscheidung unterworfen werden darf; der Mensch hat vielmehr, wie einst H. Primatt schrieb, “die ihm bestimmte Zeit abzuwarten, bis seine Stunde schlägt, bis er danieder sinkt und von der Last seines Elends erdrückt wird.” Auch nicht-religiöse Ansichten, wie Albert Schweizers “Ehrfurcht vor dem Leben”, sprechen dem Leben als solchen einen absoluten und höchsten Wert zu.<sup>2</sup>

G. Patzig hält demgegenüber sowohl die göttliche Sanktion, als auch die Annahme eines solchen absoluten Wertes des Lebens für rational nicht begründbar. Zwar gibt es zweifellos Werte, insofern es Menschen gibt, die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche haben: Werte, so meint Patzig, seien objektive Korrelate dieser Bedürfnisse, Interessen und Wünsche, wobei die Präferenzen der Individuen eine Wertskala ergeben. Leben und Gesundheit nehmen in der Wertskala der meisten Menschen schon deshalb ausgezeichnete Positionen ein, weil sie Voraussetzung für alle weiteren zielgerichteten Aktivitäten und die Freude an anderen Lebensgütern sind. Dauerhafte Erhaltung des Lebens oder Wiederherstellung der Gesundheit sind daher auch die Hauptziele der ärztlichen Tätigkeit. Wenn aber die Bemühungen der Ärzte, das Leben dauerhaft zu erhalten oder die Gesundheit wiederherzustellen, erfolglos bleiben, kann es fraglos zu Situationen kommen, in denen das Leben für den Menschen, dessen Leben betroffen ist, keinen Wert mehr zu haben scheint; bringt doch seine weitere Fortsetzung nur schwere Belastungen durch Schmerz und Behinderung, ohne Aussicht auf Besserung der Lebensqualität. Zu diesem Zeitpunkt wird die Frage virulent, ob und wie lange ein leidender unheilbar Kranker behandelt werden soll.

Es ist bei Ärzten wie bei Laien unbestritten, dass es große individuelle Unterschiede hinsichtlich des Grades an Behinderung und Schmerz gibt, den Menschen als noch tolerabel empfinden. Daher kann man nicht undifferenziert davon ausgehen, dass ein Leben, in dem Leiden und Schmerz die noch möglichen Anteile von Freude und Glück überwiegen, keinen Wert mehr für denjenigen Menschen haben könnte, dessen Leben betroffen ist. So stimme ich Patzig zu, dass eine “objektive” Gewichtung der Lebensqualität nach klassischen utilitaristischen Ansätzen oder ein allgemein verbindlicher minimaler Standard an Lebensqualität im Sinne von mehr Lust als Schmerz mit dem Prädikat “lebensfremd” bezeichnet

werden müßte. Es sollte dem urteilsfähigen Patienten selbst überlassen bleiben, welche Defizite an Lebensqualität er sich zumuten möchte. Daher ist auch die vorher zitierte Meinung Primatts, das Menschenleben als Geschenk oder Lehen Gottes der menschlichen Entscheidung zu entziehen, abzulehnen. Es ist aber auch klar, dass eine gegebenenfalls negative Selbsteinschätzung des Patienten nicht allein das Kriterium *ärztlicher* Entscheidungen sein kann. Denn oft weiß aus seiner Erfahrung heraus der behandelnde Arzt besser, welche Art von Leiden und Behinderung tatsächlich dauerhaft und so bedrückend sind, dass das Weiterleben eine unzumutbare Belastung für den Patienten wäre, oder welche es de facto nicht sind, obwohl sie vom Patienten in der Augenblickssituation so empfunden werden mögen. Es gibt Patienten, die die Aussicht für unerträglich halten, einen mit Leidenschaft ausgeübten Beruf oder jedenfalls Tätigkeiten, die für das eigene Lebensgefühl wichtig sind, nicht mehr ausüben zu können. In solchen Fällen trifft den Arzt die Verpflichtung zu versuchen, den Patienten in dessen eigenem langfristigen Interesse zu einer anderen Einschätzung seiner Lage zu bringen. Gelingt dies nicht, muß der Arzt allerdings den Patientenwillen erfüllen, wenn der Patient nicht offensichtlich in seiner Willensbildung gestört ist. Die heute den Ärzten zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten sollten den Ärzten in Fällen, in denen der objektiv urteilende Arzt und der subjektiv urteilende Patient die Lebenssituation übereinstimmend als eine unzumutbare Belastung des Patienten empfinden, eine Behandlungsart ermöglichen, welche die unzumutbare Belastung des Patienten von seinen Schultern nimmt. Anders ausgedrückt: Ich bin der Auffassung, dass es moralisches Unrecht sein kann, das Leben gegen den Willen des Patienten zu verlängern. Eine Lebensverlängerung mit allen Mitteln ist daher abzulehnen. Mir scheinen daher die weiter unten im Detail dargestellten rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe in den Beneluxstaaten im Vergleich zu den entsprechenden Regelungen in Österreich und Deutschland ein Schritt in die richtige Richtung zu sein. Ich werde jedoch selbstverständlich in meiner rechtlichen Rekonstruktion der Gesetzlagen in den jeweiligen Staaten vorwiegend neutral bleiben, um es jedem Kollegen zu ermöglichen, sich seine oder ihre eigene philosophische Ansicht dazu bilden zu können, und ich werde nur dort Korrekturvorschläge vorbringen, wo es gilt, Unklarheiten zu bereinigen, und wo nicht zugleich die Gefahr droht, den Grundkonsens innerhalb der jeweiligen Rechtsgemeinschaft zu verlassen.

In diesem Zusammenhang möchte ich aber nicht unerwähnt lassen, dass Rechtsprechung und ärztliches Ethos, wenn auch bisher nur in sehr

eingeschränkter Form, selbst in Österreich und Deutschland dem letztgenannten Gedanken zur Ablehnung der Lebensverlängerung mit allen Mitteln insofern Rechnung tragen, als es als zulässig anerkannt wird, außerordentliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung dann einzustellen, wenn der Tod des Patienten unmittelbar bevorsteht und er bzw. seine Angehörigen der Einstellung solcher Maßnahmen zustimmt/zustimmen. Patzig erscheint die Forderung, dass *nur* außergewöhnliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung, wie z.B. Intensivtherapie, eingestellt werden dürfen, und das auch *nur*, wie auch vom röm. kath. Standpunkt aus anerkannt wird, wenn der Tod unmittelbar bevorsteht, viel zu restriktiv: “Wenn (mit der hier überhaupt erreichbaren Sicherheit) feststeht, dass der Zustand des Patienten hoffnungslos ist [. . .], wem könnte mit der Verlängerung dieses Zustandes gedient sein? Es scheint daher viel dafür zu sprechen, die geltenden Regelungen hinsichtlich der “passiven” Sterbehilfe [. . .] zu liberalisieren.”<sup>3</sup> Es gibt darüber hinaus zweifellos Extremfälle, in denen der Arzt seiner Verpflichtung zur Leidensminderung nur durch *aktive* Sterbehilfe genügen kann. Akzeptiert man die aktive Sterbehilfe in Extremfällen, ist es sicher schwierig, gesetzliche Regelungen zu finden, die gegen Mißbrauch immunisiert sind. Die bisherigen Erfahrungen in den Niederlanden werden diesbzgl. nicht einheitlich beurteilt. In der kürzlichen parlamentarischen Enquete<sup>4</sup> zu diesem Thema führt Ulrich Körtner (Institut für Systematische Theologie an der Universität Wien) u.a. aus: “Was verstehen wir unter dem Recht auf den eigenen Tod?” – das ist ja ein Rilkescher Satz – ‘o Herr, gib jedem seinen eigenen Tod’. Heißt Recht auf den eigenen Tod, heißt Recht auf menschenwürdiges Sterben das Recht, getötet zu werden? Also nicht nur das Recht, sich selbst zu töten, sondern von einem Zweiten oder Dritten getötet zu werden? [. . .] wir haben in Österreich eine bestimmte Rechtslage, daher ist es [egal], was da die Niederländer [. . .] machen. Aber wenn wir begreifen, dass wir Mitglied der Europäischen Union sind und dem Europarat angehören, dann können wir nicht einfach zusehen, dass die Entwicklung der Rechtsordnung in den Niederlanden in einer bestimmten Weise vor sich geht [. . .] nämlich zur legalisierten Beihilfe zur Selbsttötung, und zwar wohlgemerkt, auch für Ärzte.” Ich wende mich im folgenden der detaillierten Beschreibung der tatsächlichen Rechtslage in den Niederlanden sowie in Belgien zu. Im Anschluss daran werde ich die Rechtslage in Österreich und Deutschland erörtern, einige Argumente für Verbesserungen derselben vorbringen, und schließlich die Rechtslage im Bereiche der Europäischen Menschenrechtskonvention behandeln.

## 2 Die Rechtslage in den Beneluxstaaten<sup>5</sup>

Der 1970 erteilte Auftrag der niederländischen Regierung an den Gesundheitsrat zur Erstellung eines Berichtes über Euthanasie fand seinen Niederschlag in dem 1973 erschienenen Bericht zur Euthanasiefrage. Die breite, öffentlich geführte Diskussion über die Tötung auf Verlangen und die Beihilfe zur Selbsttötung wurde ebenfalls 1973 eröffnet, aber nicht im Zusammenhang mit dem Euthanasiebericht. Auslöser dieser Diskussion war der Strafprozeß gegen die Ärztin Postma-Van Boven, die ihre Mutter auf deren ausdrückliches Verlangen tötete. Zum ersten Mal wurden im Prozeßverlauf Kriterien zu lebensbeendendem Handeln durch Ärzte formuliert. Die Medien sorgten dafür, dass die Bewertung der Tötung auf Verlangen ebenso wie die vorgebrachten Argumente in fortlaufender Diskussion auch unter den Angehörigen der involvierten Berufsgruppen der Ärzte, des Pflegepersonals, der Juristen und Ethiker auch über die Landesgrenzen der Niederlande erörtert wurden. Die zu einer Bewährungsstrafe verurteilte Ärztin Postma-Van Boven erhielt Sympathiekundgebungen aus dem In- und Ausland, die Anlaß für die Gründung der "Niederländischen Vereinigung für freiwillige Euthanasie (NV-VE)" ("Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie") 1973 waren. Die Vorsitzende dieser Vereinigung, die sehr bald ca. 43.000 Mitglieder hatte, Lide Jannick-Kapelle, betonte die Freiwilligkeit der Lebensbeendigung: "Nur wenn jemand ganz gezielt und von sich aus darum bittet, getötet zu werden und der Arzt ihm darauf hin eine Spritze gibt, ist das Euthanasie, sonst nicht".<sup>6</sup> Dieser Meinung entsprechend wird in den Niederlanden Euthanasie als ein absichtlich lebensverkürzendes Handeln (einschließlich des Unterlassens) durch einen anderen als den Betroffenen auf dessen Verlangen definiert. H. J. J. Leenen, der wichtigste Begründer des Niederländischen Gesundheitsrechts, legt dabei fest, was aus juristischer Sicht *nicht* unter diesen Begriff fallen sollte:<sup>7</sup>

1. der Abbruch einer aus medizinischer Sicht sinnlosen Behandlung,
2. indirekte Euthanasie, d. h. Schmerzlinderung mit nicht intendierter, aber in Kauf genommener Lebensverkürzung,
3. Abbruch sämtlicher Maßnahmen bei einem Hirntoten,
4. Therapieverweigerung durch den Patienten,
5. Notstand infolge mangelnder Interventionsmöglichkeiten und -mittel.

Nach heutiger Auffassung gehören in den Niederlanden folgende Entscheidungen bezüglich des Lebensendes zum normalen ärztlichen Handeln und damit nicht zur Euthanasie:

1. das Therapieverbot: wenn ein einsichts- und willensfähiger Patient die Aufnahme oder die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung ablehnt, auch wenn dies den Tod des Patienten zur Folge hat,
2. das Abbrechen oder Unterlassen einer aus medizinischer Sicht sinnlosen Behandlung,
3. Schmerzlinderung mit Lebensverkürzung als Nebeneffekt, wenn der Patient dem zustimmt. Diese indirekte Sterbehilfe bei nicht- oder nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten ist offenkundig aus den normalen ärztlichen Handlungen ausgeklammert.

Im Gegensatz zu Deutschland war in den Niederlanden schon vor der neuen geltenden Regelung Hilfe zur Selbsttötung ebenso wie Tötung auf Verlangen strafbar, jedoch gab es eine Privilegierung dieser Tatbestände.<sup>8</sup> Bei der Erörterung der nunmehr geltenden Rechtslage beziehe ich mich weitgehend auf die Ausführungen von Lundshof.<sup>9</sup>

Seit 1. 4. 2002 gilt das “Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung und der Hilfe bei der Selbsttötung”. Es ist ein mit dem Strafgesetzbuch der Niederlande eng verbundenes, aber eigenständiges Gesetz. Festgestellt werden kann, dass sich bei der grundsätzlichen Strafbarkeit von Tötung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung nichts geändert hat. Die Neufassung der Artikel 293 bzw. 294 enthält auch einen Strafausschlussgrund, der drei Bedingungen enthält, die bei Einhaltung dieser Bedingungen Straffreiheit normieren: Eine Handlung ist in beiden Fällen nicht strafbar, wenn:

1. sie von einem Arzt begangen wurde,
2. der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten *Sorgfaltskriterien* eingehalten hat,
3. und der dem Leichenbeschauer der Gemeinde gem. Art. 7, Abs. 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen *Meldung* erstattet hat.

Bei Nichteinhaltung dieser Bedingungen bleiben die Bestimmungen über das Strafmaß dieselben wie vor dem neuen Gesetz (siehe FN 8).

Die Festlegung von Sorgfaltskriterien und die Gestaltung der Kontrolle bezüglich ihrer Einhaltung sind die Kernelemente dieses neuen eigenständigen Gesetzes. Dabei gibt die Staatsanwaltschaft einen Teil ihrer Ermittlungstätigkeit an die fünf regionalen Kontrollkommissionen ab, deren bereits bestehende Befugnisse erweitert und auch gesetzlich verankert wurden. Neben dieser gesetzlichen Erneuerung, die in den Niederlanden aus rechtlicher Sicht als revolutionär gewertet wird, ist auch die Berücksichtigung der Position von Minderjährigen und die Bestimmungen über den Status von schriftlichen Willenserklärungen neu. Über diese Neuerungen möchte ich eine kurze Übersicht geben:

- (i) Die Sorgfaltskriterien, die für Tötung auf Verlangen wie für Hilfe bei der Selbsttötung gleichermaßen gelten, lauten:  
Wendet sich ein Patient mit der Bitte um Sterbehilfe an einen Arzt, so muß dieser:
  - a) sich davon überzeugt haben, dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat,
  - b) sich davon überzeugt haben, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist,
  - c) den Patienten über seine Situation und über die ärztliche Prognose informiert haben,
  - d) *gemeinsam* mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt sein, dass es für seine Situation keine andere annehmbare Lösung gibt,
  - e) *mindestens* einen anderen, unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten untersucht und schriftlich zu den unter a)–d) genannten Voraussetzungen Stellung genommen hat,
  - f) bei der Lebensbeendigung auf Verlangen oder der Hilfe bei der Selbsttötung mit medizinischer Sorgfalt gehandelt haben” (vgl. FN 7).

Letztere Bestimmung fordert im Falle der Hilfe bei der Selbsttötung, dass der Arzt von der Mitteleinnahme durch den Patienten an bei seinem Patienten bleibt, bis der Tod eingetreten ist. Sollte die Selbsttötung fehlschlagen, muß der Arzt seinem Patienten ein sicher zum Tode führendes anderes Mittel verabreichen.

Zu b) ist anzumerken, dass unter “Leiden” nicht nur ein bestimmtes Maß an physischen Schmerzen zu verstehen ist, sondern dass auch

psychisches Leiden darunter verstanden wird. Das Urteil über die “Unerträglichkeit”, das nach Ansicht des hohen Rates unter anderem “Verlust der persönlichen Würde” beinhalten kann, spricht letztendlich der Patient selbst.<sup>10</sup>

- (ii) Im “Gesetz zum ärztlichen Behandlungsvertrag”,<sup>11</sup> der das Selbstbestimmungsrecht des Patienten kodifizierte, ohne dass dieser Begriff im Gesetz selbst vorkommt, wird die Aufklärung und Einwilligung der Patienten, das Recht auf Nichtwissen, das Recht auf Einsichtnahme und den Umgang mit Patientendaten, sowie die Position Minderjähriger geregelt. Dieser Position der Minderjährigen wurden im “Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung” die Absätze 2, 3 und 4 des 2. Artikels gewidmet und zwar konsistent mit den Bestimmungen zur Rechtsposition Minderjähriger im “Gesetz zum ärztlichen Behandlungsvertrag”.

Das bedeutet, dass der Wunsch nach Lebensbeendigung *immer* durch den Patienten selbst geäußert werden muß. Das bedeutet, dass Eltern oder andere gesetzliche Vertreter des Minderjährigen *nicht* stellvertretend für diesen auftreten können. Der Gesetzgeber hat daher auch eine Festlegung einer abgestuften Altersgrenze für die Willensfähigkeit, die zur Erfüllung des ersten Sorgfaltskriterium “[. . .] dass der Patient seine Bitte freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat”, normiert. Das Gesetz sieht in Art. 2 Abs. 4 vor, dass der Arzt der Bitte nach Lebensbeendigung eines Jugendlichen im Alter zwischen 12 – 15 Jahren dann entsprechen kann, wenn die Eltern oder der Vormund zustimmen.<sup>12</sup> Als selbstverständlich gilt, dass auch die weiteren Sorgfaltskriterien erfüllt sein müssen. Bei 16- und 17-Jährigen müssen die Eltern zwar in die Entscheidungsfindung einbezogen werden, ihre Zustimmung ist aber nicht zwingend erforderlich (Art. 2, Abs. 3). Ab 16 Jahren wird auch die schriftliche Willenserklärung wie bei Volljährigen anerkannt.

Diese gesetzliche Regelung soll Rechtssicherheit allen Beteiligten bringen und eine klare Unterscheidung von Fällen lebensbeendenden Handelns, die nicht den Kriterien des Strafausschließungsgrundes nach Art. 293 StGB. entsprechen, ermöglichen. Bezüglich der Kinder unter 12 Jahren und damit auch im wichtigen Bereich der Neonatologie ist nach lebensbeendendem Handeln grundsätzlich Meldung an die Staatsanwaltschaft zu erstatten.

- (iii) Für den niederländischen Rechtsbereich stellt die Anerkennung der



Gültigkeit einer schriftlichen Willenserklärung ein gesetzliches Novum dar. Einer solchen Erklärung kommt dieselbe Rechtswirksamkeit wie einem konkret geäußerten und bestätigten Verlangen nach Lebensbeendigung zu. Eine derartige Erklärung bedeutet aber nicht, dass der Arzt verpflichtet wäre, das Leben des Patienten auf Grund der schriftlichen Willenserklärung zu beenden. Auch für den Arzt gilt allgemein, dass er auf Grund seiner Autonomie eine Mitwirkung bei der Lebensbeendigung nach seinem Gewissen und seiner Weltanschauung ablehnen kann.

Wichtig ist, dass auch im Falle einer schriftlichen Willenserklärung die Sorgfaltskriterien einzuhalten sind. Das bedeutet, dass der Zustand des Patienten nach dem Urteil des Arztes und des als Konsulenten beigezogenen zweiten Arztes aussichtslos und sein Leiden unerträglich sein muß. Dieses Sorgfaltskriterium wird aber praktisch dann nicht erfüllt werden können, wenn der Patient zu keiner Willensäußerung mehr instande ist.

Bei Überprüfung der Einhaltung der Sorgfaltskriterien kommt dem zu Rate gezogenen zweiten Arzt, der als Konsulent bezeichnet wird, eine wesentliche Aufgabe zu. Er beurteilt den Zustand des Patienten aus ärztlicher Sicht und berät sich mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten über eventuelle bisher nicht versuchte Maßnahmen, die das Leiden erträglich machen könnten.<sup>13</sup> Der Konsulent ist unabhängig und wird zur Prüfung, ob alle Sorgfaltskriterien erfüllt sind, auch ein Vieraugengespräch mit dem Patienten führen müssen. Er kann seinen Kollegen auch über praktische Aspekte der Durchführung der Lebensbeendigung informieren, er darf diese Handlung aber selbst nicht durchführen. Es ist immer der behandelnde Arzt, der die volle Verantwortung trägt. Dies impliziert, dass er an das Urteil des Konsulenten *nicht* gebunden ist. Die Beurteilung der Lebenssituation des Patienten wird in einem Bericht niedergelegt, der nach erfolgter Lebensbeendigung dem Leichenbeschauer und der Kontrollkommission vorgelegt werden muß.

Diesem Bericht kommt dann besondere Bedeutung zu, wenn der behandelnde Arzt sich einem Rat des Konsulenten, die Lebensbeendigung zu einem anderen Zeitpunkt als den ins Auge gefaßten durchzuführen, ablehnt.

Organisatorisch sind die Konsulenten in regionale Netzwerken eingebunden und müssen an regelmäßiger Fortbildung und Supervision teilnehmen. Das erste Netzwerk in Amsterdam entstand auf Anregung des Ärzteverbandes KNMG. und des Berufsverbandes

der Hausärzte LHV.<sup>14</sup>

Die Struktur der Gesundheitsversorgung zieht eine Trennlinie zwischen den Ärzten für Allgemeinmedizin – das sind die Hausärzte – und den Fachärzten. Die Hausärzte sind immer als niedergelassene Ärzte entweder allein oder in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Die fachärztliche Versorgung findet fast ausschließlich in Krankenhäusern statt. Fachärztliche Hilfe kann *grundsätzlich nur nach Überweisung durch einen Hausarzt* beansprucht werden. Der Hausarzt ist in den Niederlanden zuständig für die gesamte Grundversorgung, die auch die Grundversorgung im Bereich der Gynäkologie und der Kinderheilkunde einschließt. Er betreut zumeist die ganze Familie und nimmt so eine Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung ein. Diese Schlüsselposition birgt aber auch eine nicht zu unterschätzende Gefahr in sich: Das Überweisungsmonopol der Hausärzte kann im Falle einer fehlerhaften Beurteilung des Zustandes des Patienten zu einer zu späten Überweisung oder einer Nicht-Überweisung mit gravierenden Folgen führen. Nicht zuletzt aus diesem Grunde haben die Konsulenten bei der Beurteilung der Zulässigkeit der Euthanasie eine gewichtige Position inne.

Im Bereich der Lebensbeendigung durch Tötung auf Verlangen oder Selbsttötung stellt der Apotheker dem Arzt die nötigen Mittel zur Verfügung. Diese Mittel dürfen nur dem Arzt selbst ausgehändigt werden, der sie bis zum Moment der Anwendung bei sich behalten muß. Eine Verpflichtung des Apothekers, an der Zubereitung oder Ablieferung von Euthanatica besteht aber nicht. Auch er kann, auf Grund seiner Autonomie, wie der Arzt, jede Mitwirkung bei der Euthanasie ablehnen. Allerdings ist er aber *verpflichtet*, an einen anderen Apotheker zu verweisen, falls er selbst aus Gewissensgründen nicht an der Herstellung oder Ablieferung von Euthanatica mitwirken kann. Ergeben sich Fragen über Mittel, die zur Anwendung kommen sollen, stellt das “Wissenschaftliche Institut der Niederländischen Apotheker” einen Beratungsdienst für Apotheker (und nur für diese) zur Verfügung.

Einen generell hohen Stellenwert im Rahmen der Gesundheitsversorgung nimmt in den Niederlanden die Pflege der Bedürftigen und die Palliativmedizin ein. Das umfassende Angebot an häuslicher Pflege, früher von privaten Stiftungen und Vereinen getragen, wird seit den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts durch regional tätige, öffentlich rechtliche Institutionen geleistet. Das Angebot umfaßt dabei häusliche Krankenpflege, Krankenversorgung, Wochenbetthilfe, Altenpflege, Haushalts- und Familienhilfe.<sup>15</sup> Es sind aber auch viele private Pflegedienste im Pflegebereich tätig und zwar neben den öffentlich-rechtlichen Institutio-

nen.

Die finanzielle Bedeckung dieser Leistungen ist so ausgestaltet, dass angemessene Hilfe für jeden Bedürftigen gewährleistet ist. Aus finanziellen Gründen muß in den Niederlanden niemand der Hilfe entbehren. Die Pflegeindikation und die Bedarfsermittlung werden von den Pflegespezialisten einer regionalen Instanz (RIO – regionaal indicatie orgaan) gestellt. Palliativmedizin und Palliativpflege ergänzen die Pflegeleistungen und sind inhaltlich zu unterscheiden:

- (i) Unter Palliativmedizin werden alle medizinischen Handlungen und Behandlungen bezeichnet, die nicht mehr auf Heilung, sondern auf Linderung der Beschwerden eines Schwerkranken gerichtet sind. Zur Linderung der Beschwerden werden chirurgische Eingriffe, Bestrahlungen und Chemotherapie durchgeführt. Terminale Sedierung wird regelmäßig angewendet, sowohl in Krankenhäusern und Pflegeheimen als auch von Hausärzten; diese leisten heute einen wesentlichen Teil der Palliativmedizin.
- (ii) Bei der Palliativpflege steht die Förderung des allgemeinen Wohlbefindens eines Patienten, der in absehbarer Zeit sterben wird, im Mittelpunkt. Schon in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts war klar, dass eine normale Krankenstation dafür nicht der geeignete Ort ist. Dem britischen Beispiel folgend, wurden Hospize eingerichtet und es entstanden die ersten "fast wie zuhause Häuser", wo sterbende Patienten wie in einer häuslichen Umgebung versorgt werden können. Viele Helfer arbeiten hier ehrenamtlich. Palliativmedizin und Palliativpflege, Förderung der Forschung und die weitere Integration beider Bereiche werden derzeit an sechs Universitätskliniken eingerichteten "Zentren für die Entwicklung der Palliativen Versorgung (COPZ)" weiter entwickelt. Euthanasie und palliative Versorgung schließen sich in den Niederlanden *nicht* gegenseitig aus, sondern werden als komplementär betrachtet. Dies wohl deshalb, weil die Erfahrung gezeigt hat, dass auch durch maximale palliative Bemühungen die Unerträglichkeit des Leidens nicht für immer für jeden Patienten ausreichend behoben werden kann.

Nachdem im Zuge der Vorbereitung der Gesetzwerdung wiederholt durchgeführte Meinungsumfragen nicht nur eine eindeutige Mehrheit für die Euthanasie ergeben haben, und 77% der Niederländer sich für Euthanasie auch dann ausgesprochen haben, wenn der oder die zu Sterbende nicht ausdrücklich den Wunsch geäußert haben zu sterben, waren vor

allein die Ergebnisse der Rimmelink-Kommission aufschlussreich, welche im Jahre 1991 im Regierungsauftrag einen Bericht über “Medizinische Entscheidungen am Lebensende” erstellte. Herausragendes Ergebnis dieser Studie war, dass in tausend Fällen von Ärzten eine tödliche Injektion verabreicht wurde, ohne zuvor eine Einwilligung dafür eingeholt zu haben. Als Gründe für ihr Handeln gaben die Ärzte in ausführlichen Interviews an:

1. keine Aussicht auf Besserung (60%),
2. der Schmerz des Patienten (31%),
3. es war der unausgesprochene Wunsch des Patienten (17%),
4. die medizinische Behandlung wurde sinnlos (39%),
5. die Belastung war der Familie nicht mehr zuzumuten (32%).<sup>16</sup>

Nach Promulgation des “Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung” wird die Effektivität der Gesetzgebung nunmehr systematisch beobachtet. Eine 2002 durchgeführte anonyme Umfrage unter niederländischen Ärzten führt die 1991 begonnene und 1995 fortgesetzte Beobachtung der tatsächlichen Praxis aller Varianten des lebensbeendenden Handelns und deren Meldung weiter. In dieser Umfrage wurden zum ersten Mal die an der Umfrage teilnehmenden Ärzte nach ihren Erfahrungen mit terminaler Sedierung gefragt: 60% aller befragten Ärzte hatten ein derartiges Verfahren schon einmal angewendet. Es hat sich dabei auch herausgestellt, dass terminale Sedierung in Pflegeheimen häufiger angewendet wird als im Krankenhaus oder zu Hause.

Die Ergebnisse der Umfrage von 2002 beziehen sich auf Handlungen im Jahre 2001, also unter der bis April 2002 geltenden Regelung, weiterführende Umfragen sollen aber auch eine Evaluation der nunmehr geltenden Regelung ermöglichen. Ein wichtiges Ergebnis der Umfrage von 2002 ist, dass im Vergleich zu der Untersuchung von 1995 keine statistisch signifikante Zunahme von Euthanasie und Hilfe bei der Selbsttötung verzeichnet wurde. Nur Entscheidungen zur intensiven Schmerz- und Symptombekämpfung und der Inkaufnahme der Lebensverkürzung, also die indirekte Euthanasie, hat einen Anstieg zu verzeichnen.

Es ist evident, dass auch die Frage nach der Rechtfertigung der Euthanasie in den Niederlanden diskutiert wurde. Die Rechtfertigung wurde dabei auf zwei Ebenen gesucht:

1. In der durch einen Konflikt von Pflichten entstandenen Notlage des Arztes und
2. in der Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten.

Die Rechtswissenschaft betrachtete die unter 1. genannte Pflichtenkollision als ausschlaggebend. Dabei wurde aber auch darauf hingewiesen, dass diese Kollision gerade dadurch entsteht, dass der Arzt, der einerseits primär zum Lebenserhalt verpflichtet ist, andererseits die Autonomie des Patienten zu respektieren hat.

Diese Kollision hindert den Arzt daran, für den Patienten eine annehmbare situationsgemäße Lösung anzubieten. In der Debatte über die Rechtfertigung der Euthanasie wurde aber auch argumentiert, dass dann, wenn man ein Recht über das eigene Leben und über das Ende dieses Lebens zu bestimmen anerkennt, auch das Recht auf Selbsttötung besteht. Sollte z.B. die zum Sterben entschlossene Person physisch außer Stande sein, sich selbst zu töten, hat sie ein Recht auf Hilfe, bis hin zur Übernahme der Durchführung bei der erwünschten Tötungshandlung. In diesem Kontext läßt sich m. E. der Arztvorbehalt schwer rechtfertigen.

Der Gesetzgeber hat die Frage der Rechtfertigung nach Punkt 1. im Sinne des "Notlage-Modells" entschieden. Die Organisation der Ärzte hat die Hilfe bei der Selbsttötung vor der Tötung auf Verlangen empfohlen und zwar deshalb, weil die Eigenverantwortung des Patienten bei der Selbsttötung stärker zum Ausdruck komme.<sup>17</sup>

Nun wende ich mich der Rechtslage in Belgien zu. Ich habe bereits die Rechtslage in den Niederlanden, soweit sie das Thema von Bedeutung ist, ausführlich dargestellt; um Wiederholungen zu vermeiden, werde ich auf diese Ausführungen bei der Erörterung der Rechtslage in Belgien verweisen. Dies ist deshalb möglich, weil das in Belgien am 16. 5. 2002 wirksam gewordene Gesetz zur Euthanasie, durch das in Belgien die Tötung auf Verlangen für unheilbar Kranke legalisiert wird, in wesentlichen Teilen dem Gesetz vom 1. 4. 2002 "Über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung" für die Niederlande folgt. Gesetzlich bleiben wie in den Niederlanden zwar Tötung auf Verlangen sowie Anstiftung zur Selbsttötung grundsätzlich strafbar; doch nach Kap.2 Art. 3 des Gesetzes vom 16. 5. 2002 macht sich der Arzt, der Sterbehilfe leistet, nicht strafbar, soweit er sich versichert hat, dass der geschäftsfähige Patient, *gleich ob volljährig oder minderjährig*, handlungsfähig und bei Bewußtsein ist, wenn er sein Ersuchen um Lebensbeendigung stellt. Das Ersuchen muß auf freiwillige, wohl überlegte und wiederholte Weise formuliert und ohne Druck von

außen vorgebracht werden. Der Patient muß sich in einer medizinisch als aussichtslos beurteilten Situation und in einem andauernden und unerträglichen physischen oder psychischen Leidenszustand befinden, der nicht geändert werden kann und Folge einer unfallbedingten oder einer schweren pathologischen und unheilbaren Krankheit ist.

Dem Arzt obliegt auch, Bedingungen und vorgeschriebene Verfahrensweisen des Gesetzes einzuhalten. Gemäß Art. 3 § 2 des Gesetzes hat er vorrangig den Patienten über seinen Gesundheitszustand und auch über seine Lebenserwartung zu informieren, sich mit dem Patienten über sein Ersuchen um Sterbehilfe auseinanderzusetzen und noch verbleibende therapeutische Möglichkeiten, auch die Möglichkeit einer palliativmedizinischen Behandlung und ihre Konsequenzen, zu besprechen. Arzt und Patient müssen übereinstimmend die Lebensbeendigung als einzige Lösung im Interesse des Patienten und die *Freiwilligkeit* des Patienten-ersuchens auf Lebensbeendigung bestätigen.

Auch nach dem belgischen Gesetz vom 16. 5. 2002 muß ein anderer Arzt zur Prüfung der Schwere und Unheilbarkeit des Leidens beigezogen werden. Kommt der konsultierte Arzt nach Untersuchung und Einsicht in die Krankenakten zur Überzeugung, dass der Tod nicht sicher in kürzester Zeit eintreten wird, muß er nach § 3 Art. 2 leg. zit. einen weiteren Arzt konsultieren, der Psychiater oder Spezialist für die betreffende Krankheit ist, und diesem die Gründe für die Konsultation im Detail bekanntgeben. Dieser weitere beigezogene Arzt muß dabei *unabhängig* vom behandelnden und dem zuerst konsultierten Arzt sein. Das Ersuchen um Lebensbeendigung des Patienten muß *schriftlich* vorliegen und vom Kranken selbst abgefaßt, datiert und unterschrieben sein. Falls der Patient dazu physisch nicht mehr in der Lage ist, muß das Ersuchen schriftlich durch eine von ihm genannte volljährige Person seiner Wahl, die kein materielles Interesse am Tod des Patienten haben kann, erfolgen.

Auch in Belgien sind, wie in den Niederlanden, schriftliche Erklärungen für den Zustand vorgesehen, in dem der Patient seinen Willen auf Lebensbeendigung nicht mehr geltend machen kann (vergl. Art. 4 § 1), und auch Belgien hat eine Kontroll- und Ermittlungskommission gesetzlich vorgesehen. Sie besteht aus sechzehn Mitgliedern, wovon acht Mitglieder Doktoren der Medizin und vier Mitglieder Professoren der Rechtswissenschaft an einer belgischen Universität oder Anwälte sind. Das Gesetz legt genau fest, was die Kommission zu prüfen und zu dokumentieren hat.

Es ist wenig überraschend festzuhalten, dass auch dieses Gesetz heftig und zuweilen emotional kritisiert wurde. So erklärte De Wynen, frühe-

rer Generalsekretär des Weltärztebundes auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock, dass dieses Gesetz das Ergebnis einer sich sehr schnell ausbreitenden Infektion sei, dazu unmoralisch, welche von den Niederlanden ausging und die gesamte Ärzteschaft bedrohe. Der Präsident der Deutschen Bundesärztekammer Hoppe lehnte das belgische Gesetz ebenfalls kategorisch ab. Er befürchtet, wie er erklärte, dass sich Europa auf einer "ethischen Abwärtsspirale" befinde. Mit großer Mehrheit wurde daraufhin von den Delegierten des Deutschen Ärztetages ein Antrag beschlossen, in dem das belgische Gesetz als falsches Zeichen gedeutet wird für alle, die leiden, und für alle, die ohne Hoffnung sind. Es lasse sich der Eindruck nicht vermeiden, dass teure Patienten gleichsam zur "Selbstentsorgung" getrieben werden sollen.<sup>18</sup>

### ***3 Die Rechtslage in Österreich und Deutschland***

Sowohl in Österreich als auch in Deutschland ist im Unterschied zu den Niederlanden und Belgien die aktive Sterbehilfe auch auf Verlangen verboten und damit strafbar. (In Österreich ist im Gegensatz zu Deutschland auch der sogenannte assistierte Suizid, also die Beihilfe zum Suizid, strafbar.) Der österreichische Gesetzgeber hat, was ich als bedeutenden Fortschritt hervorheben möchte, im "Patientenverfügungs-Gesetz-PatVG"<sup>19</sup> erstmalig gesetzlich die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen geschaffen. Eine Patientenverfügung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist gemäß § 2 (1) eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist. Nach § 2 (2) ist Patient im Sinne dieses Gesetzes eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht. Gem. § 3 kann eine Patientenverfügung nur höchst persönlich errichtet werden. Der Patient muß bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein. Inhaltlich müssen gem. § 4 die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Weiter muß aus der Patientenverfügung hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Dieser Verfügung vorangehen muß nach § 5 eine dokumentierte ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen dieser Verfügung für die medizinische Behandlung. Nach § 6 ist eine Patientenverfügung dann verbindlich, wenn sie schriftlich mit Datum versehen vor einem

Rechtsanwalt, Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11 e Kranken- und Kuranstaltengesetz BGBl. Nr. 1/1957) errichtet und der Patient über die Folgen der Verfügung, sowie die Möglichkeiten des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist. Die Patientenverfügung verliert gem. § 7 nach Ablauf von mindestens fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit. Wichtig ist nach § 7 (3), dass eine Patientenverfügung nicht ihre Verbindlichkeit verliert, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

Gem. § 8 ist eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4–7 erfüllt, dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten *beachtlich*. Unwirksam ist gem. § 10 (1) eine Patientenverfügung dann, wenn sie

1. nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlaßt wurde,
2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder
3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat. Eine Patientenverfügung verliert auch nach § 10 (2) ihre Wirksamkeit, wenn der Patient sie selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

In einer Patientenverfügung können auch Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontaktes zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person enthalten sein (§ 11). Eine wichtige Bestimmung enthält § 12: Dieser Paragraph verfügt die Unberührtheit der Notfallsversorgung. Gem. § 13 kann der Patient durch eine Patientenverfügung die ihm auf Grund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken. Hier ist vor allem auf die Zwangsbehandlung einer Aidserkrankung Bezug genommen. § 15 soll durch eine Verwaltungsstrafbestimmung vor Mißbrauch schützen.

Das PatVG. berührt jedoch nicht die *strafrechtlichen* Verbote bei Mitwirkung am Selbstmord und der Tötung auf Verlangen. Die aktive Sterbehilfe bleibt weiterhin verboten; d. h. ein in Form einer Patientenverfügung geäußerter Wunsch nach aktiver Sterbehilfe ist auch künftig nicht beachtlich.



Die österreichische Rechtslage kennt auch die "Vorsorgevollmacht". Diese ersetzt durch die Einsetzung eines Bevollmächtigten nach dem Willen des Vollmachtgebers in aller Regel die Bestellung eines Sachwalters, wodurch der Vollmachtgeber die gerichtliche Überwachung des Bevollmächtigten bewußt ausschließt. Diese Vollmacht ist jederzeit widerrufbar. Der Widerruf muß dabei dem Bevollmächtigten zu seiner Wirksamkeit zugehen.

Das PatVG. ist m. E. im Ganzen gesehen ein großer Gewinn an Rechtssicherheit für die Patienten, den seit Wirksamkeitsbeginn bereits geschätzte 3000 Menschen zum Anlaß nahmen, ihren Willen verbindlich zu Papier zu bringen. Doch gibt es auch Kritikpunkte. Hätte jemand z. B. einen Unfall und würde in ein Krankenhaus eingeliefert werden, dann müßte die Akutversorgung durchgeführt werden. Wenn nun dabei eine Magensonde gelegt worden wäre, würde sie kaum ein Arzt nachher wieder entfernen, auch wenn in der PatVG. festgelegt worden wäre, dass diese Sonde abgelehnt wird. Ein Vorgehen nach dem Inhalt der Patientenverfügung könnte nämlich als aktive Sterbehilfe qualifiziert werden. Eine Regelung, diese Qualifikation zu verhindern, fehlt im Gesetz.

Einen weiteren Kritikpunkt stellt § 10 Abs. 1, Zif. 3 dar. Das Gesetz sieht vor, dass eine Bestimmung der Patientenverfügung ungültig wird, wenn sich der Stand der medizinischen Wissenschaft im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat. Diese gesetzliche Anordnung sorgt für Unsicherheit und Interpretationsspielraum und schränkt den Gewinn an Rechtssicherheit nicht unerheblich ein. Auch die Kostenfrage für die Errichtung der Patientenverfügung und ihrer Erneuerung stellt eine nicht unerhebliche Belastung für viele Errichter dar, die zu kritisieren ist. Sind es doch vor allem

1. zumeist ältere Menschen, die zwar nicht krank sind, aber eine konkrete Vorstellung haben, wie sie sterben oder wie sie nicht sterben wollen,
2. kranke Menschen, die sich mit ihrer Krankheit und dem Krankheitsverlauf auseinandergesetzt haben und ihre Wünsche festlegen wollten,
3. Zeugen Jehovas, die jede Form der Bluttransfusion ablehnen und deshalb von der verbindlichen Patientenverfügung Gebrauch machen.

Wie bei allen Gesetzen, die gesetzliches Neuland regeln, wird sich auch beim PatVG. erst in der Zukunft seine Praktikabilität erweisen müssen.

Nun zur Rechtslage in Deutschland: Von großem Interesse ist dabei die Weise, in der die deutsche Gesetzgebung die Strafflosigkeit der

bloßen Beihilfe zur Selbsttötung begründet; im Gegensatz zur österreichischen Gesetzgebung nämlich solchermaßen, dass der Suizident selbst keinen strafbaren Tatbestand verwirkliche. Im sogenannten Hackethal-Beschluß des OLG. München werden die einzelnen Kriterien für die Strafbarkeit herausgearbeitet. Das Gericht sah die Grenze der Strafbarkeit bei der Täterschaft: Dann, wenn der Beihilfe Leistende selbst den Tatablauf beherrscht, wird er zum Täter und macht sich dadurch wegen des Tötungsdeliktes strafbar. Nimmt der Patient aber selbst das Gift, das der Arzt zur Verfügung stellt, und trinkt es aus freiem Willen, so liegt die Tatherrschaft beim Patienten selbst und exkulpiert den Arzt. Die Tatherrschaft geht nach der deutschen Judikatur aber dann auf den Arzt über, wenn der Patient bewußtlos wird und ihm dadurch die Herrschaft über den weiteren Handlungsverlauf verloren geht. Dann hat der Arzt seine Garantienpflicht aus dem Behandlungsvertrag wahrzunehmen. Er macht sich strafbar, wenn er jetzt nicht eingreift und eine noch mögliche Rettung erschwert oder verhindert. Dass Juristen diese Judikatur, die ein Eingreifen des Arztes noch in einer Situation verlangt, in der die Rettungschancen kaum noch wahrgenommen werden können, als problematisch ansehen, kann eigentlich nicht überraschen. M. E. wird sich aber auch der vernünftigt denkende juristische Laie Gedanken darüber machen, ob da nicht von Ärzten zu viel verlangt wird. Der Judikatur ist jedoch ohne Frage beizupflichten, dass Praktiken, in denen den Patienten Gift bloß zugesendet wird, untersagt werden.<sup>20</sup>

Hoerster, der unter bestimmten Bedingungen aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid *durch den Arzt* als erlaubt betrachtet, kritisiert die aktuelle Regelung der Strafflosigkeit der bloßen Beihilfe zum Suizid in Deutschland. Sein Gesetzesänderungsvorschlag des Strafgesetzes sieht folgende §§ vor:

“§ 214 Teilnahme an der Selbsttötung

- (1) Wer einen anderen zur Selbsttötung verleitet oder dabei fördert, wird mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren bestraft.
- (2) Die Teilnahme eines Arztes an der Selbsttötung ist nicht rechtswidrig, sofern die Voraussetzungen für den Ausschluß der Rechtswidrigkeit nach § 216 a) erfüllt sind.

§ 216 a)

- (1) Ein Arzt, der einen schwer und unheilbar leidenden Menschen tötet, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene die Tötungshandlung auf Grund freier und reiflicher Überlegung, die er in einem ur-

teilsfähigen und über seine Situation aufgeklärten Zustand durchgeführt hat, ausdrücklich wünscht oder wenn, sofern der Betroffene zu solchen Überlegungen nicht mehr imstande ist, die Annahme berechtigt ist, dass er die Tötungshandlung auf Grund solcher Überlegung für den gegebenen Fall ausdrücklich wünschen würde.

- (2) Das Vorliegen der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen führt nur dann zum Ausschluß der Rechtswidrigkeit, wenn es von dem Arzt, der die Tötungshandlung vornimmt, sowie von einem weiteren Arzt in begründeter Form schriftlich dokumentiert worden ist.”<sup>21</sup>

*Ganthalder* hat in Erörterung dieses Gesetzesvorschlages darauf hingewiesen, dass der Strafraum nach § 214 dem des § 78 öStGB. gleicht und sich die von Hoerster genannten Bedingungen für die Straffreiheit von Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe nur unwesentlich von den Bedingungen in den Niederlanden unterscheidet, nach denen Beihilfe zum Suizid und aktive Sterbehilfe zulässig sind.<sup>22</sup>

Ich möchte diesen Gesetzesvorschlag Hoersters aus folgenden Gründen kritisieren:

1. halte ich die Strafbarkeit der Beihilfe zum Suizid für bedenklich,
2. bin ich der Meinung, dass der Wortlaut des von Hoerster formulierten § 216 a nach meinem Rechtsverständnis nicht eindeutig ist und zwei Auslegungsmöglichkeiten zulässt; der Paragraph ist somit schlecht formuliert.

Ich werde mich zuerst Punkt 2 zuwenden und daran anschließend Punkt 1 ausführen (letzteres aus der Sichtweise der österreichischen Rechtsordnung).

Ad 2. Ein Gesetz ist auf Grund der “eigentümlichen Bedeutung der Worte” zu interpretieren.<sup>23</sup>

1. Auslegung: wenn § 216 a nun einen Arzt, der einen leidenden Menschen tötet, dann von Rechtswidrigkeit seines Handelns entlastet, wenn der Betroffene (sic, also *nicht* der Arzt) die Tötungshandlung [...] durchgeführt hat, kann der Arzt den Betroffenen a) nicht mehr töten b) der Betroffene sich die Tötung auch nicht mehr wünschen. Daraus ergibt sich für mich, dass der Gesetzesänderungsvorschlag Hoersters unter dieser Auslegung nicht tauglich ist.
2. Auslegung: Gehört “durchgeführt hat” nicht zur Tötungshandlung, könnte “durchgeführt hat” zu freier und reiflicher Überlegung gehören, was jedoch sprachlich ungewöhnlich wäre. Die Wortinterpretation

spricht dafür, dass eine Handlung durchgeführt wird, nicht aber eine Überlegung. Daraus ergibt sich für mich, dass der Vorschlag Hoersters für eine Gesetzesänderung nicht tauglich ist.

Ich schlage daher folgende Fassung des § 216 a) vor:

- (1) Ein Arzt, der einen schwer und unheilbar leidenden Menschen tötet, handelt nicht rechtswidrig, wenn der Betroffene die Tötungshandlung durch den Arzt ausdrücklich wünscht. Der Tötungswunsch muß durch den urteilsfähigen, über seine Situation voll aufgeklärten Betroffenen auf Grund freier und reiflicher Überlegung geäußert werden. Sollte der Betroffene zu einer derartigen Äußerung nicht mehr imstande sein, reicht auch die berechtigte Annahme aus, dass der Betroffene die Tötungshandlung wünschen würde.
- (2) Bleibt wie bei Hoerster.

Für plausibel und ernsthaft diskussionswürdig halte ich aber die Meinung Hoersters, aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid unter Einhaltung strenger Bedingungen zu erlauben.

Ad 1. Es wird seit altersher darüber gestritten, ob die Rechtsordnung ein subjektives Recht des Menschen anerkennt oder anerkennen sollte, sich selbst zu töten. Was aber ist unter einem subjektiven Recht zu verstehen? Allgemein versteht die Rechtswissenschaft unter einem subjektiven Recht *eine von der Rechtsordnung verliehene Rechtsmacht zur selbstbestimmten Wahrnehmung durch den Rechtsinhaber*.<sup>24</sup> Ein Recht auf Vornahme des Suizids heißt, jedermann zu verpflichten, den Suizidenten gewähren zu lassen.

Stellamor verweist darauf, dass in Österreich Selbstmord als rechtswidrig, aber nicht strafbar erklärt wird. Die Rechtswidrigkeit wird seiner Meinung nach durch die Normen der §§ 77 und 78 StGB (Tötung auf Verlangen und Mitwirkung am Selbstmord) unterstrichen.<sup>25</sup> „Daraus ergibt sich, dass der Einzelne kein Recht hat, sein Leben nach eigenen Gutdünken zu beenden. Ebenso kann auch kein Aussenstehender (z.B. der Arzt) über das Leben verfügen. Eine Einwilligung des Patienten zur Lebensverkürzung ist daher in Österreich irrelevant“. Daher vertritt er auch die Ansicht, dass Selbstmordprophylaxe medizinisch und ethisch Pflicht des Arztes ist.

M.E. kann dieser Argumentation Stellamors folgendes erwidert werden:

- (i) die Regeln des Strafrechtes tragen zur Klärung der Frage, ob die österreichische Rechtsordnung ein subjektives Recht, sich selbst zu

töten, anerkennt, nichts bei. Stellas Berufung auf die §§ 77, 78 StGB ist irrig. Denn diese Bestimmungen knüpfen an der Tötung eines *anderen* an, d.h. das Opfer der §§ 77, 78 StGB hat einen Täter, während Täter und Opfer beim Suizid in derselben Person vereinigt sind.

- (ii) § 78 StGB stützt nicht die Ableitung der Rechtswidrigkeit des Suizids, weil der Einzelne kein Recht habe, einen Dritten zur Vorbereitung der Selbsttötung zu engagieren. Aus dem Verbot des § 78 StGB, am Selbstmord mitzuwirken, wird oft angenommen, dass die Suizidbeihilfe nur wegen des Unrechtscharakters der eigentlichen Tat, zu der mitgeholfen wird, strafbar sei. "Der Schluß von der Strafbarkeit des Selbstmordgehilfen auf die Rechtswidrigkeit des Verhaltens des Suizidenten, ist m.E. verfehlt. [...] Denn auch in Fällen, in denen ein Selbstmord nicht als moralisch kritikwürdig bezeichnet werden kann, kann eine Pflicht für andere bestehen, den Selbstmörder an seinem Vorhaben zu hindern."<sup>26</sup> Bernat spricht sich dabei dafür aus, ein lückenloses Verbot der Mitwirkung am Suizid de lege ferenda nicht in Erwägung zu ziehen. Er begründet seine Meinung gegen ein lückenloses Verbot der Mitwirkung am Suizid wie folgt: "In beiden Fällen (§ 77 StGB einerseits und § 78 StGB andererseits) wird vom Strafrecht, wie ich meine, nicht das subjektive Recht des Sterbewilligen auf Leben geschützt. Vielmehr kann man die §§ 77, 78 StGB – bezogen auf den frei verantwortlichen Sterbewilligen nur so verstehen, dass sie das Leben *an sich* und zwar nicht um der Interessen des Menschen Willen, der dieses Leben lebt, schützen wollen". Das bedeutet, dass nach Bernat, nicht das individuelle Recht auf Leben, sondern nur das *Rechtsgut* Leben geschützt wird. Rechtsgüter sind Gegebenheiten oder Zwecksetzungen, die "dem Einzelnen und seiner freien Entfaltung im Rahmen eines auf dieser Zielvorstellung aufbauenden Gesamtsystems oder dem Funktionieren dieses Systems selbst nützlich sind."<sup>27</sup> Ein wohldurchdachtes System der Begründung von Rechtsgütern, kann dabei aber nicht auf die Klärung rechtethischer und moralischer Fragen verzichten. Die Klärung dieser Fragen kann als Wegweiser für das ethisch und moralisch Richtige im Strafrecht dienen. Unbestritten ist, dass das Recht die Aufgabe hat, den begründeten und überwiegend anerkannten grundlegenden Normen einer "Pflichtmoral", die dem Schutz gewichtiger Interessen dienen, soziale Geltung zu verschaffen. Bernat, der eine individualistisch begründete Theorie von der Legitimität eines Rechtes auf Selbst-

tötung vertritt, der ich mich anschließe, zeigt auf, dass der Schutz des Menschen vor sich selbst, so lückenlos, wie er in den §§ 77, 78 StGB verankert ist, moralisch bedenklich ist. Diese Verbote der zit. §§ ignorieren schützenswerte legitime menschliche Interessen. Bernat verweist auf die Inhumanität, dem Lebensmüden, der *objektive* Gründe hat, aus dem Leben zu scheiden, der ein moralisch und rechtlich lauterer Ziel verwirklichen will, die Hilfe eines Dritten dabei zu verweigern, wenn er selbst nicht mehr in der Lage ist, Hand an sich zu legen. “Beurteilt man die Legitimität des Selbstmordes aus der Perspektive des Suizidenten, dann macht es überhaupt keinen Unterschied, wer letztlich ein Glied in der Kausalreihe ist, die zum verdienten Tod des Sterbewilligen führt”.<sup>28</sup> Mit Günter Jakobs sollen die Ausführungen Bernats noch ergänzt werden: “Tötung auf Verlangen ist arbeitsteilig vollzogene Selbsttötung; denn der Verlangende, nicht der Ausführende, bestimmt den Zweckzusammenhang”.<sup>29</sup> Eine Einschränkung der Legitimität des Selbstmordes auch bei Fällen des objektiv Vernünftigen, bewirkt, dass die Verbote der § 77, 78 StGB tatsächlich nur mehr Tabus schützen. Der Schutz von Tabus kann aber dem menschlichen Individualinteresse gegenüber nicht als gerechtfertigt angesehen werden. Zumindest rechtspolitisch, wenn nicht gar verfassungsrechtlich (arg. Art. 8 Abs. 1 EMRK) regen sich starke Bedenken.

- (iii) Argumentiert wird in Diskussionen zum Thema Suizid oft, dieser verstoße gegen das subjektive Recht auf Leben. Was aber ist der Inhalt dieses Rechts auf Leben? Durch das Recht auf Leben wird jedermann verpflichtet, das Leben des Trägers dieses Rechts zu achten. Das bedeutet, dass jeder, der ein Lebensrecht hat, *Anspruch* darauf hat, nicht getötet zu werden. Ein subjektives Recht zu haben, bedeutet aber nicht die Rechtspflicht des Rechtsinhabers, von diesem Recht auch Gebrauch zu machen. Will also jemand den Anspruch, nicht getötet zu werden, gar nicht verwirklichen, sondern will er seinem Leben ein Ende setzen, kann das Recht auf Leben eines selbstbestimmungsfähigen Suizidenten mit dieser Entscheidung nicht in Konflikt geraten. Diesen Überlegungen folgend schließe ich mich der Meinung derjeniger an, die das Recht auf Suizid als einen Teil der allgemeinen Handlungsfreiheit erkennen.

#### 4 *Die Rechtslage im Bereich der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)*

Die Rechtslage im Bereich der EMRK zur Tötung unheilbar Leidender läßt sich am besten an einem Fallbeispiel darstellen:

Im Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg Diane Pretty gegen das Königreich (GB) hatte der Gerichtshof folgenden Sachverhalt zu entscheiden: Die 43-jährige Beschwerdeführerin (Bf.) leidet an einer unheilbaren Muskelschwäche. Sie ist seit 25 Jahren verheiratet und lebt zusammen mit ihrem Mann, ihrer Tochter und einem Enkelkind. Zur Zeit ihres Plädoyers vor dem EGMR. (19. 3. 2002) war sie bereits vom Kopf abwärts gelähmt. Sie war allerdings geistig klar und fest entschlossen, ihrem Leben ein Ende zu bereiten, bevor sie im weiteren Krankheitsverlauf durch die Erschlaffung ihrer Atemhilfsmuskulatur an einer Lungenentzündung erkranken und ersticken würde. Da sie aber auf Grund ihrer Lähmung selbst nicht (mehr) zur Ausführung eines Selbstmordes in der Lage war, beantragte sie für ihren Mann Straffreiheit, wenn dieser ihren Selbstmord unterstützen würde. Die britischen Instanzen wiesen das Begehren der Bf. ab und verweigerten ihrem Mann diese Zusicherung. Nach einschlägigem englischen Recht ist zwar der Selbstmord (bzw. sein Versuch) seit 1961 kein Verbrechen mehr, allerdings bestimmt Abschnitt 2 Abs. 1 des "Suicide Act" 1961, dass die Mithilfe beim Selbstmord eines anderen verboten und mit Freiheitsstrafe bis zu 14 Jahren zu ahnden ist. Von dieser aus dem "Suicide Act" aus 1961 unveränderten Rechtslage gingen die englischen Instanzen im gegenständlichen Fall aus, und sie liegt auch der Entscheidung des EGMR zugrunde.

Die Bf. hat in ihrer Beschwerde den britischen Instanzen vorgeworfen, die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK.) mehrfach verletzt zu haben. Sie machte Verletzungen der Art. 2, 3, 8, 9 und 14 EMRK. geltend.

Zur Verletzung des Art. 2 wird vorgebracht, diese Bestimmung schütze nicht das Leben, sondern das Recht auf Leben. Damit sei aber nicht nur *keine Pflicht zu Leben*, sondern vielmehr auch als negative Seite ein *Recht auf den eigenen Tod* garantiert.

Zur Verletzung des Art. 3 bringt die Bf. vor, dass der Gerichtshof eine staatliche Schutzpflicht aus Art. 3 EMRK. ausdrücklich anerkannt habe. Das Leiden, das bei natürlichem Krankheitsverlauf auf sie zukommt, sei als unmenschliches Leiden im Sinne dieser Bestimmung zu qualifizieren, sodass den Staat eine Verpflichtung treffe, sie vor diesem Leid in Schutz zu nehmen. Durch die Verweigerung einer Ausnahme vom Verbot der

Mitwirkung am Selbstmord, verletze der Staat diese Pflicht aus Art. 3 EMRK.

Unter dem Gesichtspunkt des Art. 8 EMRK. bringt die Bf. vor, dass die Entscheidung über Leben oder Sterben zu ihrem höchst persönlichen, intimen Bereich gehöre und daher in den Schutzbereich des Rechts auf Achtung des Privatlebens falle. Das Verbot der Mithilfe bei ihrer Selbsttötung wirke in ihrer Grundrechtssphäre als Eingriff, da sie sich den Tod nicht mehr selbst geben könne. Dieser Eingriff aber könne vor dem Schrankenvorbehalt des Art. 8 Abs.2 EMRK. nicht bestehen<sup>30</sup>, weil er in einer demokratischen Gesellschaft nicht notwendig sei.

Schließlich bringt die Bf. unter dem Gesichtspunkt des Art. 8 i. V. m. Art. 14 vor, das Verbot der Mithilfe bei der Selbsttötung stelle, da es unterschiedslos sowohl solche Personen, die zum eigenhändigen Suizid physisch in der Lage sind, als auch solche erfasse, für die dies nicht (mehr) zutrefte, eine sachlich nicht gerechtfertigte und im Ergebnis diskriminierende Gleichbehandlung zweier grundlegend unterschiedlicher Konstellationen dar.

Zu Art. 9 EMRK. hat sich die Bf. auf den Schutz des Rechts der Freiheit des Gedankens berufen. Für den Wunsch nach der Unterstützung ihres Mannes bei der Selbsttötung spiele ihre Überzeugung zugunsten der Sterbehilfe eine Rolle. Indem eine Zusicherung der Straffreiheit ihres Mannes verweigert worden sei, sei in dieses Recht durch das generelle Verbot der Sterbehilfe, das keine Berücksichtigung ihrer individuellen Umstände gestatte, eingegriffen worden.

Zur Verletzung des Art. 14 EMRK. behauptet die Bf., sie werde dadurch diskriminiert, dass sie mit Personen gleich behandelt werde, deren Situation sich von ihrer signifikant unterscheidet. Sie sei davon ausgeschlossen, ein Recht auszuüben, das anderen zugestanden werde, die ihr Leben ohne Hilfe beenden könnten, weil sie durch keine Krankheit daran gehindert würden.

Das Vereinigte Königreich trat erwartungsgemäß allen Behauptungen der Bf. entgegen. Der EGMR. hat einstimmig zwar die Zulässigkeit der Beschwerde anerkannt, aber der Beschwerde selbst mangels vorliegender Beschwerde keine Folge gegeben. In Anlehnung an die Anmerkung von Benjamin Kneihls zu dieser Entscheidung des EGMR.<sup>31</sup> möchte ich die Entscheidung kurz kommentieren:

Dem EGMR. ist im Ergebnis sowie in den meisten Punkten seiner Begründung zuzustimmen. Zutreffend hat der Gerichtshof aus der restriktiven Formulierung des Art. 2 EMRK. sowie seines Schrankenvorbehalts eine negative Seite dieser Grundrechtsverkürzung ausgeschlossen.



Ebenso berechtigt ist die Zurückhaltung des Gerichtshofes hinsichtlich der Behauptung, dass eine Erlaubnis der aktiven Sterbehilfe unter bestimmten Umständen in einen Konflikt mit Art. 2 EMRK. geriete. Aus dieser Bestimmung kann nämlich nach Ansicht des Gerichtshofes keine Pflicht des Staates abgeleitet werden, den seiner Jurisdiktion unterworfenen Menschen den Lebensschutz aufzudrängen.

Auch die Ablehnung eines “right to die” aus Art. 3 EMRK. erscheint plausibel. Diese Bestimmung kann wohl alle möglichen Maßnahmen der Leidenslinderung, der Schmerztherapie und der Sterbebegleitung fordern. Sie verbietet auch nicht eine *liberale* Sterbehilferegelung. Eine *Pflicht* des Staates aber, die Fremdtötung zuzulassen, kann aus ihr nicht abgeleitet werden. Sowohl der Zusammenhang zu Art. 2 EMRK. als auch Inhalt und Entstehungsgeschichte der Bestimmung selbst, die – nicht zuletzt als Antwort auf die Greuel des Dritten Reiches und die Schrecken des Stalinismus konzipiert – allen Entwicklungen, die mit “Euthanasieprogrammen” in Verbindung gebracht werden können, einen Riegel vorschieben will, die Menschen zum bloßen Objekt der Handlungen herabwürdigen (hier wird die “Objektformel” Dürigs angesprochen) spricht gegen eine derartige Pflicht des Staates.

Was die behauptete Verletzung des Art. 8 Abs. 1 betrifft, hat der EGMR. zurecht einen Eingriff in den Schutzbereich des Art. 8 Abs. 1 bejaht. Zustand des Krankseins und Sterbens gehören zum höchstpersönlichen, intimen Bereich jedes Menschen, ebenso die Entscheidung über Abbruch oder Fortsetzung einer Therapie. Einschränkungen dieser Entscheidungsfreiheit sind daher Eingriffe in Art. 8 Abs.1 EMRK. An dieser Einschränkung ändert auch die Sachlage nichts, dass das Verbot der Mitwirkung an der Selbsttötung nicht an den Sterbewilligen selbst gerichtet ist, wenn und soweit wie im Anlaßfall eine Person betroffen ist, die sich selbst nicht töten kann und für die daher die fremde Hilfe der einzige Weg der Grundrechtsverwirklichung ist. Interessant ist für mich in diesem Zusammenhang aber, dass der Gerichtshof in seiner Entscheidungsbegründung diesen Aspekt des Falles gar nicht aufgegriffen und daher auch nicht erörtert hat.

Nicht zustimmen aber kann man der Entscheidung des Gerichtshofes, dass er die Entscheidung über Leben und Sterben nicht ebenso zum Intimbereich eines Menschen zählt wie beispielsweise das Sexualleben. Hält man sich den Zustand der Bf. vor Augen, die vom Kopf abwärts gelähmt ist und einem qualvollen Erstickungstod entgegenseht, muß das Erleben von Leid und Schmerz m. E. dem Intimleben eines Menschen zugerechnet werden.

Richtig ist zwar, dass eine liberale Regelung der aktiven Sterbehilfe Mißbrauchsgefahren in sich birgt. Um das Recht auf Leben von Menschen, die sich gegen Mißbrauch nicht wehren können, zu schützen, ist zweifellos ein generelles Verbot der aktiven Sterbehilfe ein geeignetes Instrument. Zweifel sind aber angebracht, ob ein solches Verbot auch *erforderlich* ist. Wie an anderer Stelle ausgeführt, lassen sich Mißbrauchsgefahren durch Verfahrensregelungen und Restriktionen bannen, ohne allen jenen, die sich in einer ähnlichen Lage wie Diane Pretty befinden, die Möglichkeit nach freiem, wohlüberlegten Entschluß ihr Leben zu beenden, zu nehmen.

Derzeit muß allerdings davon ausgegangen werden, dass aktive Sterbehilfe in den meisten EMRK.-Staaten ein strafrechtliches Tötungsdelikt ist, das nicht ernstlich verlangt werden kann. Angesichts dieser Ausgangslage in diesen Staaten kann aktive Sterbehilfe nicht der Privatsphäre des Betroffenen zugerechnet werden.

Das Verbot aktiver Sterbehilfe und die Verweigerung eines ex ante erteilten Dispenses von der Strafbarkeit in einem solchen Falle sind daher durch den Schrankengrund gedeckt. M. E. läßt sich jedoch für ein generelles menschenrechtliches Verbot der Sterbehilfe kein plausibles Argument finden, weil dies die Bedeutung des Art. 2 EMRK. überspannen würde. Ich möchte abschließend betonen, dass sich der Gerichtshof hinsichtlich der Frage nach der Zulässigkeit einer liberalen Regelung der Sterbehilfe *nicht* festlegt und die Frage der Sterbehilfe grundsätzlich in den Schutzbereich des Art. 8 Abs. 1 EMRK., also in die Privatsphäre einbezogen hat. Eine Weiterentwicklung der liberalen Judikatur des Gerichtshofes kann daher nicht ausgeschlossen werden.

## **5 Zusammenfassung**

Es wurde das Problem der Tötung unheilbar Leidender aus rechtlicher und rechtsethischer Perspektive erörtert und der Frage einer Lebensverlängerung mit allen Mitteln nachgegangen. Rechtsprechung und ärztliches Ethos, wenn auch bisher nur in sehr eingeschränkter Form, tragen dem Gedanken Rechnung, dass außerordentliche Maßnahmen zur Lebenserhaltung dann einzustellen sind, wenn der Tod des Patienten unmittelbar bevorsteht und er bzw. seine Angehörigen der Einstellung solcher Maßnahmen zustimmen.

Die Rechtslage in den Niederlanden und Belgien, die seit 1. 4. 2002 bzw. 16. 5. 2002 gesetzlich die Kontrolle der Lebensbeendigung und der Hilfe bei der Selbsttötung geregelt haben, wurde ausführlich dargestellt.

In Österreich und Deutschland ist die Rechtslage anders. Im Unterschied zu den oben dargestellten Möglichkeiten, aktive Sterbehilfe zu leisten, ist die aktive Sterbehilfe auf Verlangen verboten und damit strafbar. In Österreich ist im Gegensatz zu Deutschland auch der sogenannte assistierte Suizid, also die Beihilfe zum Suizid, strafbar. Der österreichische Gesetzgeber hat aber, was ich als bedeutenden Fortschritt hervorheben möchte, im PatVG., in Kraft getreten mit 1. 6. 2006, erstmalig die Voraussetzungen und die legale Wirksamkeit von Patientenverfügungen geschaffen. Die wesentlichen Bestimmungen dieses Gesetzes wurden dargelegt mit dem Hinweis, dass das PatVG. nicht die strafrechtlichen Verbote bei Mitwirkung am Selbstmord und der Tötung auf Verlangen berührt. Die aktive Sterbehilfe bleibt weiterhin verboten. Die deutsche Gesetzgebung verbietet ebenso die aktive Sterbehilfe und begründet die Strafflosigkeit der bloßen Beihilfe zur Selbsttötung damit, dass der Suizident selbst keinen strafbaren Tatbestand verwirkliche. Der deutschen Judikatur ist jedoch beizupflichten, dass Praktiken, in denen den Patienten Gift zugesendet wird, untersagt werden.

Die Rechtslage im Bereich der EMRK. zur Tötung unheilbar Leidender wurde am Fallbeispiel des Verfahrens vor dem EGMR. in Straßburg "Diane Pretty gg. das Königreich (Großbritannien)" erörtert. Diane Pretty (Bf.), unheilbar krank, hat in ihrer Beschwerde den britischen Instanzen vorgeworfen, die EMRK. mehrfach verletzt zu haben. Sie beklagte die Nichtanerkennung des Rechts auf den eigenen Tod und die Verweigerung der britischen Justiz, sie vor dem auf sie zukommenden unmenschlichen Leiden in Schutz zu nehmen. Weiter wirft sie den britischen Instanzen vor, dass ihr Recht auf Achtung des Privatlebens, zu dem sowohl Leben als auch Sterben gehöre, dadurch mißachtet wurde, dass man ihrem Mann nicht gestattet habe, Beihilfe bei ihrer Selbsttötung zu leisten, da sie sich den Tod nicht mehr selbst geben könne. Der EGMR. bejahte zwar die Zulässigkeit der Beschwerde, gab ihr aber keine Folge. In einer kritischen Stellungnahme zu dem Erkenntnis des Gerichtshofes habe ich u.a. zu begründen versucht, warum sich für ein generelles menschenrechtliches Verbot der Beihilfe zum Suizid und aktiver Sterbehilfe kein plausibles Argument finden läßt.

### *Abkürzungsverzeichnis*

**ABGB** Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch

**BGBI** Bundesgesetzblatt – österreichisches –, Jahr, Nummer

**BGHE** deutscher Bundesgerichtshof – Entscheidung

**BW** Bürgerliches Gesetzbuch der Niederlande

**EGMR** Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte

**EGMRE** Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte – Entscheidung

**EMRK** Europäische Menschenrechtskonvention

**HR** Niederländischer Hoher Rat

**öStGB** österreichisches Strafgesetzbuch BGBl 1974, Nr. 60

**PatVG** österreichisches Patientenverfügungs-Gesetz

## Anmerkungen

1 Dieser Artikel ist im wesentlichen Kapitel 5 und Sektion 3.3 von Schlegl, R. R., *Sterbehilfe als Problem der Rechtsethik*, Dissertation am Fachbereich Philosophie der Kultur- und Gesellschaftswiss. Fakultät der Universität Salzburg, 2008 entnommen. Da der Autor leider im November 2008 verstarb, war es mir ein Anliegen, nachträglich wenigstens einen Teil seiner Forschungsergebnisse der philosophischen Kollegenschaft zugänglich zu machen. Um die relevanten Teile der Dissertation in Artikelform zu bringen, erwies es sich als notwendig, an einigen Stellen textliche Änderungen und Umordnungen sowie kleinere Ergänzungen vorzunehmen, wobei jedoch inhaltlich nichts verändert wurde. Dieser Artikel ist dem Andenken an Herrn Dr.Dr.Mag. Rolf Rüdiger Schlegl gewidmet.

Hannes Leitgeb, Bristol 2009.

2 zit. in [14, S.46]

3 [14, S.45]

4 [11, SS.90ff]

5 Das Großherzogtum Luxemburg hat sich vor kurzem der für die Niederlande und Belgien geltenden Rechtslage angeschlossen, sodass nun die Benelux-Staaten insgesamt legale Euthanasieregelungen haben, welche dem Autonomieprinzip entsprechen und unter strengen Bedingungen aktive Sterbehilfe straffrei stellen. In meinen Ausführungen werde ich mich ausschließlich auf die Rechtslage in den Niederlanden und in Belgien konzentrieren.

6 zit. in [18, S.77]

7 [13, SS.104f]

8 Lt. Art. 293 Abs. 1 des Strafgesetzbuches wird "Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernstes Verlangen hin beendet, [wird] mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren oder mit einer Geldstrafe der fünften Kategorie bestraft." Abs. 2 : "Die in Absatz 1 genannte Handlung ist nicht strafbar, wenn sie von einem Arzt begangen wurde, der dabei die in Artikel 2 des Gesetzes über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung genannten Sorgfaltskriterien eingehalten und dem Leichenbeschauer der Gemeinde gem. Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über das Leichen- und Bestattungswesen Meldung erstattet hat." Art. 294 Abs. 2: "Wer einem anderen vorsätzlich bei der Selbsttötung behilflich ist oder ihm die dazu erforderlichen Mittel verschafft, wird, wenn die Selbsttötung vollzogen wird, mit Gefängnisstrafe bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe der vierten Kategorie bestraft. Art. 293 Abs. 2 gilt entsprechend."

9 idem, SS.106ff

10 [1], [2], [3]

11 In Kraft getreten am 1. 4. 1995 als 5. Abteilung des 7. Buches des Bürgerlichen Gesetzbuches (BW.)

12 Seitens der Sachverständigen der Pädiatrie, insbesondere der Kinderonkologie wurde überzeugend dargelegt, dass unlösbare Konflikte zwischen Eltern und Kindern anlässlich des Kindeswunsches nach Lebensbeendigung in der Praxis nicht vorkommen.

- 13 Es geht dabei nicht um die normative Beurteilung der Bitte des Patienten oder um seelsorgerische – bzw. psycho-soziale Unterstützung.
- 14 Derzeit stehen für die 8000 niederländischen Hausärzte 460 Kollegen als ausgebildete Konsulenten zur Verfügung.
- 15 Krankenpflege und Krankenversorgung betrifft zwei unterschiedlich ausgebildete Berufsgruppen. Auch beispielsweise Wochenbettpflegerinnen sind eine eigenständige Berufsgruppe und keine Hebammen.
- 16 [18, SS.82f]
- 17 [13, SS.112ff]
- 18 [16, SS.117–126]
- 19 [5]
- 20 vgl. BGHE. mit der die verbotene Einfuhr und Verabreichung von Giften als Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz geahndet wird.
- 21 [8, SS.169f]
- 22 [7, S.87]
- 23 § 6 ABGB. u. EGMRE. vom 29. 4. 2002 – Diane Pretty vs. Vereinigtes Königreich
- 24 [12, S.260]
- 25 [17]
- 26 [6, SS.92–98]
- 27 [15, S.15]
- 28 [6, S.97]
- 29 [9, S.35]
- 30 Die in Art. 8 Abs. 1 angeführten Grundrechte haben im Gegensatz zu den Rechten in Art. 2 (Recht auf Leben), Art. 3 (Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung sowie der Folter) und Art. 4 (Verbot der Sklaverei sowie der Zwangs- und Pflichtarbeit) keine absolute Geltung und können unter den in Art.8 Abs.2 aufgezählten Bedingungen eingeschränkt werden. Für die Einschränkung gibt es gem. Art. 8 Abs.2 drei zusammenhängende Schranken Kriterien:
- a) Erforderlichkeit einer gesetzlichen Grundlage für (negative) Eingriffe oder (positive) Eingriffe wegen Nicht- Achtung und Verletzung einer Schutz- oder Handlungspflicht;
  - b) Abstützung auf eines der acht in Art. 8 angeführten Schrankenziele;
  - c) Notwendigkeit des Eingriffes in einer demokratischen Gesellschaft. Eine Konventionsverletzung kann nicht allein aufgrund von Art. 8 Abs. 1 sondern erst nach Prüfung anhand der in Art. 8 Abs. 2 vorgegebenen Kriterien festgestellt werden. Dies gilt vor allem in Rahmen der klassischen Abwehrfunktion der Grundrechte gegenüber staatlichen Eingriffsmaßnahmen.
- 31 [10, SS.243f]

*Kontaktadresse (vgl. Endnote 1):*

*Hannes Leitgeb*

*Ludwig-Maximilians-Universität München*

*Fakultät für Philosophie, Wissenschaftstheorie*

*und Religionswissenschaft*

*Lehrstuhl für Logik und Sprachphilosophie*

*Geschwister-Scholl-Platz 1*

*80539 München, Germany*

<[Hannes.Leitgeb@lmu.de](mailto:Hannes.Leitgeb@lmu.de)>

**Literatur**

- [1] HR. 27.11.1984. Technical report, 1984.
- [2] HR. 21.10.1986. Technical report, 1986.
- [3] HR. 21.06.1994. Technical report, 1994.
- [4] BGBl I Nr. 55/2006. Technical report, 2006.
- [5] PatVG. Nr. 55. Technical report, Wien, 2006.
- [6] Erwin Bernat. Dem Leben ein Ende setzen: Selbstmord und aktive Teilnahme am Suizid - eine rechtsethische Überlegungsskizze. *ÖJZ*, 3:pp.92–98, 2002.
- [7] Heinrich Ganthaler. *Das Recht auf Leben in der Medizin. Eine moralphilosophische Untersuchung*. Hänsel-Hohenhausen, Egelsbach, 2001.
- [8] Norbert Hoerster. *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main, 1998.
- [9] Günther Jakobs. *Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem*. Bayerische Akademie der Wissenschaften, München, 1998.
- [10] Benjamin Kneihs. Anmerkung zur Beschwerde Nr. 2346/02. *EU-GRZ*, 2002.
- [11] Ulrich Körtner. Solidarität mit unseren Sterbenden - Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich. In *Parlamentarische Enquete. III-106 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. GP*. Wien, 2001.
- [12] Karl Larenz and Manfred Wolf. *Allgemeiner Teil des bürgerlichen Rechts*. C. H. Beck, München, 8. auflage edition, 1997.
- [13] Jeantine E. Lunshof. Lebensbeendigung auf Verlangen - Praxis, Hintergründe und Perspektiven in den Niederlanden. In Felix Thiele, editor, *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, Rechtswissenschaftliche und Philosophische Aspekte*, pages pp.99–115. Wilhelm Fink, München, 2005.
- [14] Günther Patzig. Ist Lebensverlängerung ein höchstes Gut? In Felix Thiele, editor, *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, Rechtswissenschaftliche und Philosophische Aspekte*. Wilhelm Fink, München, 2005.



- [15] Claus Roxin. *Strafrecht, Allgemeiner Teil*, volume Band I. C. H. Beck, München, 3. auflage edition, 1997.
- [16] Hans-Ludwig Schreiber. Die Neuregelung der Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien - Vorbild für die Bundesrepublik? In Felix Thiele, editor, *Aktive und Passive Sterbehilfe. Medizinische, Rechtswissenschaftliche und Philosophische Aspekte*, pages pp.117–126. Wilhelm Fink, München, 2005.
- [17] Kurt Stellamor. *Handbuch Arztrecht II. Arzt und Ethik*. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien, 1999.
- [18] Oliver Tolmein. *Wann ist der Mensch ein Mensch? Ethik auf Abwegen*. Carl Hanser, München, 1993.