

**Medizinethische Stellungnahme des Klinischen Ethikkomitees (KEKo)
zum Urteil des Verfassungsgerichtshofes G 139/2019 vom 11. Dezember 2020
aus der Sichtweise einer öffentlich-rechtlichen Krankenanstalt**

1. Hintergrund: Das Urteil

1. § 78 des Bundesgesetzes vom 23. Jänner 1974 (StGB) regelt die Mithilfe beim Suizid. „Darin wurde die Wortfolge "oder ihm dazu Hilfe leistet," in § 78 als verfassungswidrig aufgehoben.
2. Die Aufhebung tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2021 in Kraft.
3. Frühere gesetzliche Bestimmungen treten nicht wieder in Kraft“

Der Straftatbestand der "Hilfeleistung zum Selbstmord" verstoße gegen das Recht auf Selbstbestimmung, argumentierten die Richter bei der mündlichen Urteilsverkündung. Tötung auf Verlangen bleibt zwar weiterhin strafbar. Es sei jedoch verfassungswidrig, jede Art der Hilfe zur Selbsttötung ausnahmslos zu verbieten. Das Recht auf freie Selbstbestimmung umfasst "sowohl das Recht auf die Gestaltung des Lebens als auch das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben".

2. Sich daraus ergebende Fragen und Bedenken

Gibt es ein Recht auf assistierten Suizid?

Wer leistet die Beihilfe zum assistierten Suizid?

Ist die Grenze zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen in der Realität so klar zu ziehen wie es im Urteil suggeriert wird?

Welche Rolle spielen beim assistierten Suizid Kliniken der öffentlichen Hand?

Wird das Urteil dem Umstand gerecht, dass rein empirisch gesehen Suizidversuch oder Suizid mitunter nicht Ausdruck freier Selbstbestimmung oder Inanspruchnahme des Rechtes auf ein selbstbestimmtes Sterben bedeutet, sondern eher als Verzweiflungstat anzusehen ist?

Was ist mit "schwerer, dauerhafter Krankheit" gemeint? Ist eine solche überhaupt objektivierbar? Eine schwere, dauerhafte Krankheit mit Symptomen, die die Lebensführung „beeinträchtigt“, aber nicht zum Tode führt?

Sind Menschen mit psychischen Erkrankungen mitunter auch schwer, dauerhaft krank und werden damit per se nicht ausgeschlossen, obwohl gerade sie zu einer besonders suizidgefährdeten Gruppe gehören?

Was bedeutet ärztliche Aufklärung? Die Aufklärung muss nicht nur den medizinischen Aspekt, sondern auch die soziale Abklärung der Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes Leben umfassen und den Zugang dazu.

Sind die Fristen ausreichend? Die Genehmigungsfristen für Hilfsmittel sind oft länger als die Frist zum assistierten Suizid.

Wie soll einem Suizidgefährdeten „Selbstbestimmung“ bescheinigt werden?

Es gibt bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der „Freiverantwortlichkeit“ und des „autonom gebildeten Willens“ eines suizidalen Menschen und insbesondere keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, dies sicher und zweifelsfrei festzustellen, heißt es in einer Stellungnahme der Deutschen Palliativgesellschaft zum Umgang mit Todeswünschen (vgl. Empfehlungen zum Wunsch nach assistiertem Suizid, Sept.2021). Suizidwünsche sind ambivalent, sie können sich ändern. Kein suizidaler Mensch ist eine autonome Insel. Entscheidend ist, wie seine Umgebung sich zu ihm verhält und welche lebensbejahenden alternativen Wege ihm eröffnet werden.

Was tun bei „Komplikationen“ im Prozess des assistierten Suizids?

Wer bezahlt die Kosten für die Suizid-Beihilfe?

3.Auseinandersetzung mit dem Urteil

Eine Diskussion des Urteils und der sich daraus ergebenden möglichen Herausforderungen seitens des KEKo ist jedenfalls erforderlich, insbesondere im Hinblick auf die Rolle einer öffentlich-rechtlichen Krankenanstalt in diesem Zusammenhang. Es gibt die Position, in der gesetzlichen Regelung die Möglichkeit des assistierten Suizids einzuschränken auf fortgeschrittene Erkrankungen oder auf die terminale Lebensphase; doch es ist zu befürchten, dass diese Eingrenzung nicht Bestand haben würde. Neue Klagen für Menschen in vergleichbaren, nicht aber terminalen Lebensphasen und mit anderen Indikationen wären anzunehmen. Auch Lebensunlust und sozialer Frust können dazu führen, dass der auf Autonomie begründete Wunsch nach assistiertem Suizid besteht; auch bei jungen oder sogar minderjährigen Menschen, die nicht an einer letal endenden medizinischen Erkrankung leiden.

4.Auswirkungen des VfGH-Urteils zum assistierten Suizid auf Kliniken und Angehörige von Gesundheitsberufen: juristische Aspekte

Mit der Entscheidung des VfGH wurden (nur) das Verbot und die Strafbarkeit der Hilfeleistung beim Selbstmord beseitigt. Das Verleiten zum Suizid und die Tötung auf Verlangen bleiben verboten und

strafbar. Hilfeleistung beim Suizid liegt bei jeder vorsätzlichen Unterstützungshandlung vor: Beratung über oder Verschaffung einer Medikation; Transport und Begleitung in die Schweiz, um dort assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen; Besorgen einer Waffe usw. Die unmittelbare Tötungshandlung muss von der suizidwilligen Person selbst vorgenommen werden: „Schierlingsbecher austrinken“.

Die Willensbeeinflussung zum Suizid bleibt als „Verleitung“ verboten. Die Willensbeeinflussung, keinen Suizid zu begehen, bleibt natürlich erlaubt und wird oft Teil der medizinischen oder psychosozialen Behandlung sein.

Weder eine Krankenanstalt, noch Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen sind verpflichtet, jemanden beim Suizid zu unterstützen. Gesundheitspersonal kann auch nicht vom eigenen Arbeitgeber dazu verpflichtet werden. Die Verweigerung stellt keinen Endigungsgrund im Arbeitsverhältnis dar. Auch andere Personen, wie z.B. nächste Angehörige, sind niemals verpflichtet, jemanden beim Suizid zu unterstützen.

Ob eine Krankenanstalt mit dazu bereiten Mitarbeiter*innen die Suizidhilfe bzw. den assistierten Suizid anbieten will, ist eine Frage der Unternehmensphilosophie im weiten Sinne. Auch der Staat ist nicht verpflichtet, assistierten Suizid in irgendwelcher Form anzubieten.

Es ist aber zu befürchten, dass qualitativ und ethisch zweifelhafte Anbieter von Suizidhilfe „den Markt beherrschen werden“, wenn keine seriösen (öffentlich-rechtlichen) Institutionen eine entsprechende Dienstleistung als Ultima Ratio – am Ende eines strukturierten Prozesses mit guter medizinischer und pflegerischer Versorgung und Abklärung aller Alternativen - anbieten.

1 In der Regel wird aber Absicht vorliegen: die Unterstützungsmaßnahme wird zum Zweck des Suizids gesetzt. Es genügt aber auch schon, wenn man in Kauf nimmt, dass die Maßnahme von der suizidwilligen Person zum Suizid genutzt werden wird (Dolus eventuales).

5. Geschehen lassen versus aktiv Handeln für potenziell beteiligtes Personal

Folgende Passage in der Urteilsbegründung des Verfassungsgerichtshofs zum Assistierten Suizid erscheint nicht nur aus bioethischer Sicht, sondern auch aus der Perspektive des betroffenen Gesundheitspersonals problematisch:

„Aus grundrechtlicher Sicht macht es keinen Unterschied, ob der Patient im Rahmen seiner Behandlungshoheit oder der Patientenverfügung in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes lebensverlängernde oder lebenserhaltende medizinische Maßnahmen ablehnt oder ob ein Suizident mit Hilfe eines Dritten in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechtes sein Leben beenden will.“¹

¹ Verfassungsgerichtshof G 139/2019-71 11. Dezember 2020, 11.5

Es mag vielleicht aus der Perspektive von Patient*innen, welche ein Selbstbestimmungsrecht ausüben, keinen Unterschied machen, ob ein Leben durch das Einstellen lebensverlängernder Maßnahmen oder durch assistierten Suizid beendet wird. Da in beiden vom VfGH genannten und als gleichwertig beurteilten Situationen aber immer auch mindestens eine weitere handelnde Person beteiligt ist, welche die jeweiligen Maßnahmen durchführt, besteht sehr wohl ein gravierender Unterschied:

Im ersten Fall handelt es sich vom Handlungstyp her um „Geschehenlassen durch Handeln“, welches oftmals auf einer Therapiezieländerung beruht. D.h. es wird durch eine Handlung eine Maßnahme beendet, die dem Geschehenlassen des Todes im Wege stand und im Hinblick auf ein adaptiertes Therapieziel mit Fokus auf Schmerzlinderung gesetzt wird. Nach dem Bioethiker Dieter Birnbacher "... ist Sterbehilfe immer dann passiv zu nennen, wenn sie in einem Geschehenlassen des Sterbens besteht, andernfalls aktiv. Da es [...] ein Geschehenlassen durch Handeln gibt“ kann das Geschehenlassen eines Todes auch darin bestehen, eine Behandlung aktiv abubrechen." Dies geschieht zum Beispiel, wenn das Beatmungsgerät abgestellt wird. In diesem Fall richtet sich das Handeln des Arztes nicht auf Patienten selbst, „es wirkt nicht auf ihn selbst und unmittelbar ein, sondern es richtet sich auf die Beendigung einer Maßnahme, die das Leben des Patienten über den Zeitpunkt hinaus erhält, zu dem es andernfalls zu Ende gehen würde. Ähnlich im Fall der künstlichen Ernährung ...“²

Im zweiten Fall handelt es sich um eine absichtliche Handlung, eine aktive Hilfeleistung – das Bereitstellen von Gift –, die zur Beendigung des Lebens führt. Es geht hier also um eine beabsichtigte Intervention zur Beendigung des Lebens. Die zweite Handlung richtet sich nicht auf einen Prozess – das Sterben – sondern direkt auf den Menschen, indem diese Handlung dem leidenden Menschen ermöglicht, sein Leben zu beenden.

Im ersten Fall handelt es sich um passive Sterbehilfe, obwohl gehandelt wird, im zweiten um aktive - auch wenn das Gift nicht verabreicht, sondern nur bereitgestellt wird.

Es kommt also "nicht darauf an, ob das Verhalten des die Sterbehilfe Leistenden aus einem Tätigwerden oder aus einem Unterlassen besteht, sondern darauf, ob der/die Handelnde *der/m Patient/en* etwas tut (aktive Sterbehilfe) oder etwas mit ihr/m geschehen lässt (passive Sterbehilfe). 'Aktiv' an der aktiven Sterbehilfe ist nicht, dass der die Sterbehilfe Leistende etwas tut, sondern dass er aktiv auf den Patienten einwirkt. 'Passiv' an der passiven Sterbehilfe ist nicht, dass der die Sterbehilfe Leistende nichts tut, sondern dass er den Tod des Kranken geschehen lässt.³

Selbst wenn ein assistierter Suizid für den sein Selbstbestimmungsrecht ausübenden Patienten gleichbedeutend zu einem Behandlungsverzicht erscheinen mag, ist die Situation aus der Perspektive

² D, Birnbacher, Tun und Unterlassen, 1995, 344:

³ Gert, A New Justification of Moral Rules, New York/Oxford 1988, 299.

des behandelnden Arztes jedenfalls ethisch nicht gleichwertig. Im ersten Fall ist er aktiv am Tod der Patientin/des Patienten beteiligt, indem er das Gift bereitstellt, im zweiten Fall führt er den Tod der Patientin/des Patienten nicht aktiv herbei, sondern lässt ihn geschehen, indem er lebensverlängernde Maßnahmen beendet.

6. Auswirkungen des VfGH-Urteils zum assistierten Suizid auf Kliniken und Angehörige von Gesundheitsberufen: philosophische und ethische Aspekte

Der österreichische VfGH argumentiert, dass das „Recht auf freie Selbstbestimmung das Recht auf die Gestaltung des Lebens ebenso wie das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben umfasst. Das Recht auf freie Selbstbestimmung umfasst auch das Recht des Suizidwilligen, die Hilfe eines dazu bereiten Dritten in Anspruch zu nehmen.“

Die Begriffe „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ sind aus philosophischer Perspektive nicht gleichzusetzen. Selbstbestimmt leben meint, dass jemand die Möglichkeit hat, sein Leben weitgehend selbständig nach seinen eigenen Vorstellungen, Überzeugungen und Vorlieben zu gestalten, ohne dabei von äußeren Faktoren oder sozialen Abhängigkeiten signifikant eingeschränkt zu werden. Diese faktische Selbstbestimmung kann beispielsweise durch eine krankheitsbedingt zunehmende soziale Abhängigkeit von anderen Menschen eingegrenzt werden. Autonomie im Sinne der sittlichen Selbstgesetzgebung hingegen darf nicht mit sozialer Unabhängigkeit oder Autarkie verwechselt werden, sondern bedeutet nach Immanuel Kant, dass jemand nicht seinen rein subjektiven Neigungen folgt, sondern seinen freien Willen nach objektiven, d. h. rational einsichtigen und begründbaren Aspekten ausrichtet. Es geht dabei ganz wesentlich nicht um rein subjektive Entscheidungspräferenzen, sondern darum, diese an allgemeine Prinzipien der Sittlichkeit zurückzubinden, z. B. durch das Prinzip der möglichen Universalisierung oder der sittlichen Verantwortung gegenüber Dritten, die von meiner Entscheidung unmittelbar oder mittelbar mitbetroffen sind.

Davon unterscheidet sich wesentlich ein Verständnis, das Autonomie versteht im Sinne von Verwirklichung der individuellen Freiheit und der eigenen Wünsche, der keine Grenzen gesetzt sind, solange dadurch nicht die Rechte Dritter tangiert oder verletzt werden. Die sittliche Autonomie wird hier weitgehend mit der faktischen Selbstbestimmung im Sinne der freien Lebensgestaltung identifiziert. Persönliche Wertvorstellungen oder individuelle Entscheidungen sind in dieser Perspektive nicht anhand von Kriterien sittlicher Objektivität oder anhand des Universalisierungskriteriums zu verantworten, sondern vor Beeinflussung von außen, z. B. durch den Staat, Interessensvertretungen oder Interessen Dritter zu schützen.

Der österreichische VfGH hat sich in seinem Urteil das zweite Verständnis von Autonomie bzw. sittlicher Selbstbestimmung zu eigen gemacht und damit aus philosophischer Perspektive eine kritisierbare, ethisch höchst relevante philosophische Weichenstellung vorgenommen.

7. Auswirkungen des VfGH-Urteils zum assistierten Suizid auf Kliniken und Angehörige von Gesundheitsberufen: seelsorgerliche Aspekte

Auch die Seelsorge respektiert die jeweilige persönliche Entscheidung, mit Beihilfe aus dem Leben zu scheiden, auch wenn dem Schutz des Lebens Vorrang eingeräumt wird. Seelsorgliches Tun in Situationen des angestrebten assistierten Suizids besteht aus folgenden Prämissen:

- Wir verlassen niemanden, der unseren Beistand in solchen Situationen wünscht.
- Wir ziehen uns nicht zurück, auch wenn es nicht wir sind, die die Entscheidung treffen.
- Wir urteilen nicht und wir beurteilen nicht.
- Wir wollen Perspektiven aufzeigen und den Raum weiten für Betroffene, deren An- und Zugehörige und für medizinisches Personal.

8. Grad der Aktivität beim assistierten Suizid für potenziell beteiligtes Personal

Die Begleitung von Schwerkranken mitunter über lange Zeiträume ist ärztliche Aufgabe. Die Palliativmedizin bietet alle Möglichkeiten, nicht notwendige Behandlungen zu unterlassen und den Sterbeprozess nicht nur zu verhindern, sondern auch über auf Schmerzlinderung gerichtete medizinische Maßnahmen zu erleichtern. Prinzipiell ist eine medizinische Behandlung mit dem Ziel des Sterbens für alle Beteiligten emotional und problematisch. Es müssten in einem Klinikum Rahmenbedingungen für die Durchführung eines assistierten Suizids geschaffen werden: von der autonomen Entscheidung, der Begleitung der Patient*innen bis zur letztendlichen suizidalen Aktion. Die Grenze zwischen assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen ist fließend. Der Grad der Aktivität/Passivität ist nicht immer klar zu definieren; beispielsweise bei bewegungsunfähigen Patient*innen mit einer neurologischen Systemerkrankung im Endstadium.

Durch das Urteil wird ja von einem Ablehnungsrecht (auf med. Behandlung) übergegangen auf einen vermeintlichen Anspruch auf einen assistierten Suizid; allerdings kann dieses Anspruchsrecht aus juristischer Sicht nicht abgeleitet werden.

9. Mögliche Lösungen für drohende Dilemmata für Kliniken und Angehörige von Gesundheitsberufen

Ein Augenmerk muss auf Suizidprävention und Palliativkompetenz gelegt werden. Trotzdem wird früher oder später die Situation auftreten, in der von einer/einem Patient*in der Wunsch nach Hilfeleistung zum Suizid geäußert wird.

Sollte sich ein Klinikum zu assistierenden Maßnahmen bereit erklären, wird dies (primär wohl) nur Patient*innen des Klinikums betreffen, also etwa keine organisch gesunden, lebensmüden Menschen jeglichen Alters.

Sollte der assistierte Suizid in einem Klinikum möglich sein, muss - so problematisch sich dieser Satz liest - diese Medizinische Leistung definiert werden.

Für Patient*innen mit Suizidgedanken sollte eine interdisziplinäre Fachgruppe eingerichtet werden, deren Mitglieder sich mit den Problemen, welche einen Sterbewunsch herbeiführen, direkt am Krankenbett auseinandersetzen. Diese Gruppe könnte im Sinne eines Konsiliardienstes angefordert werden und die Bedürfnisse aus medizinischer, psychologischer, sozialer und spiritueller Sicht beleuchten. Damit würde diese Fachgruppe im Sinne der Gesundheitsdefinition der WHO, wonach Gesundheit „... ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ ist, agieren und so eine umfassende Betreuung von sterbewilligen Patient*innen ermöglichen. Entscheidungen im Bereich der Hilfeleistung zum Suizid würden so nicht auf den Schultern einzelner Personen lasten, sondern könnten vorab interdisziplinär reflektiert und 'auf ein solideres Fundament gestellt' und getroffen werden.

10. Sterbeverfügungsgesetz

Nach dem vorliegenden Entwurf ‚Sterbeverfügungsgesetz‘ (im Folgenden auch ‚Entwurf‘ oder ‚StVfG‘ genannt; Regierungsvorlage vom 18. November 2021; Begutachtungsverfahren ist bereits abgeschlossen, die Beschlussfassung im Parlament steht noch aus; Inkrafttreten 1.1.2022; Stand: 26.11.2021) wird die Möglichkeit geschaffen, dass schwerst kranke Personen nach zweifacher ärztlicher Aufklärung bei einem Notar oder der Patientenvertretung eine schriftliche Sterbeverfügung errichten, welche sie in der Folge berechtigt, bei einer Apotheke ein letales Präparat (Natrium-Pentobarbital) zu beziehen. Die Durchführung des Suizids, also die Einnahme des Präparats sowie die Prämedikation, soll lt. Entwurf idealerweise zu Hause erfolgen. Aber auch Krankenanstalten und andere Institutionen können dafür in Frage kommen. Ausdrücklich normiert wird im Entwurf das Recht auf Verweigerung der Mitwirkung: § 2 lautet: *„(1) Niemand ist verpflichtet, eine Hilfeleistung zu erbringen, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken. ...*

(2) Niemand darf wegen einer Hilfeleistung, einer ärztlichen Aufklärung oder der Mitwirkung an der Errichtung einer Sterbeverfügung oder der Weigerung, eine Hilfeleistung zu erbringen, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder an der Errichtung einer Sterbeverfügung mitzuwirken, in welcher Art immer benachteiligt werden.“

Damit ist auch klargelegt, dass keine Einrichtung gesetzlich verpflichtet ist, in irgendeiner Art mitzuwirken. Auch in Krankenanstalten angestellte Ärzt*innen sind nicht verpflichtet und können auch vom Arbeitgeber nicht dazu verpflichtet werden, die entsprechende ärztliche Aufklärung vorzunehmen. Apotheken sind ebenfalls nicht verpflichtet, das Präparat abzugeben. Auch wenn eine Krankenanstalt Dienstleistungen in diesem Zusammenhang (von der Aufklärung bis zur Betreuung im Rahmen der Durchführung des Suizids) grundsätzlich anzubieten bereit ist, kann jede*r Mitarbeiter*in die Mitwirkung verweigern. Die Verankerung dieses Rechts im Entwurf ist essenziell und sichert die Gewissensfreiheit ab. Gleichzeitig kann dieses in der Praxis zu herausfordernden Situationen führen. Etwa wenn Patient*innen Handlungen verlangen, die eine Institution und oder deren Angestellte nicht erbringen wollen oder wenn nur Angestellte, nicht aber die Institution eine Entscheidung mittragen wollen. Umso wichtiger erscheint es Vorsorge für entsprechende Unterstützungsleistungen zu treffen. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die „Mitwirkung an der Selbsttötung“, früher „Mitwirkung am Selbstmord“, unter bestimmten Umständen weiterhin strafbar (§ 78 Abs 2 StGB) bleibt, nämlich, wenn jemand

- (1) einer minderjährigen Person,
 - (2) einer Person aus einem verwerflichen Beweggrund (zB Geldgier, Erbschaft),
 - (3) einer Person, die nicht an einer schweren Krankheit iSd StVfG leidet, oder
 - (4) einer Person, die nicht iSd StVfG ärztlich aufgeklärt wurde,
- dazu physisch Hilfe leistet.

Stand: 06.12.2021

Für das Klinische Ethikkomitee (KEKo):

Hildegard Anegg, Seelsorge LKI

Michael Baubin, Leitender Notarzt, Universitätsklinik für Allg. und Chir. Intensivmedizin, tirol kliniken

Romuald Bellmann, Universitätsklinik für Innere Medizin I, MUI

Jürgen Brunner, Department für Kinder- und Jugendheilkunde, tirol-klinken, MUI

Thomas Doppler, Universitätsklinik für Allg. und Chir. Intensivmedizin, tirol kliniken

Michael Ganner, Institut für Zivilrecht, Juristische Fakultät, LFU

Yvonne Hoffmann-Weltin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, tirol kliniken

Martin M. Lintner, OSM, Moralthologie, Philosophisch Theologische Hochschule Brixen

Bettina Pfausler, Universitätsklinik für Neurologie, tirol kliniken

Gerhard Pözl, Universitätsklinik für Innere Medizin III, MUI

Josef Quitterer, Institut für Christliche Philosophie, Katholisch Theologische Fakultät, LFU

Ursula Riccabona

Verena Stühlinger, Vorsitzende des Research Committee for Scientific Ethical Questions, UMIT

Ulrike Swoboda, Seelsorge LKI

Walpurga Weyrer, Comprehensive Cancer Center Innsbruck, tirol kliniken

Markus Walzel, Institut für Wirtschaftstheorie, -politik und -geschichte, Fakultät für Volkswirtschaft und Statistik, LFU

Michael Weiskopf, Seelsorge LKI

Ludwig Wildt, Ethikkommission, MUI