

Die VfGH-Entscheidung zur Suizidbeihilfe aus ethischer Sicht¹

Ulrich H.J. Körtner

Österreichische Kommentare
zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik
(IERM Working Paper Nr. 5)
April 2021



¹ Vortrag auf der Online-Tagung „Beihilfe zum Suizid“, Institut für Ethik und Recht in der Medizin, 22.4.2021.

Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper Nr. 5) April 2021

herausgegeben vom

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien

in Kooperation mit den Professuren für

Health Care Ethics und Öffentliches Recht an der Universität Graz

© bei dem Autor/der Autorin

ISSN: 2960-5946

Redaktion: ierm@univie.ac.at

Homepage: <http://univie.ac.at/ierm-working-papers/>

Die Österreichischen Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik – IERM Working Papers – sind eine Diskussionsplattform, auf der virulente Themen aus dem Bereich der Medizin-, Pflege- und Bioethik wie auch aus dem Bereich des Medizinrechts publiziert werden. Die IERM-Working-Papers sind Werkstattberichte bzw. Diskussionsanregungen zu gesellschaftlichen, rechtlichen, normativen und ethischen Fragestellungen aus Philosophie und Ethik, Theologie und Medizin sowie aus den Sozial- und Kulturwissenschaften. Ein aktueller Schwerpunkt sind interdisziplinäre Reflexionen bzw. Lösungs- oder Handlungsansätze im Kontext des österreichischen Gesundheitswesens.

*Die Reihe wird von Mitgliedern des IERM gemeinsam mit Kolleg*innen aus dem Feld der Bioethik in Österreich redaktionell betreut und herausgegeben.*

Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien
Spitalgasse 2-4, 1090 Wien

Zitationsvorschlag: Körtner, Ulrich H.J. (2021): Die VfGH-Entscheidung aus ethischer Sicht. Österreichische Kommentare zu Medizinrecht, Medizin- und Bioethik (IERM Working Paper), Nummer 5, Wien.

Ulrich H.J. Körtner

Die VfGH-Entscheidung aus ethischer Sicht

Mit Entscheid vom 11. Dezember 2020 hat das österreichische Verfassungsgericht die geltende Rechtslage im Blick auf den assistierten Suizid für verfassungswidrig erklärt. Der Gesetzgeber hat bis zum 31.12.2021, Zeit eine verfassungskonforme Regelung zu schaffen, wobei das Gericht ausdrücklich festgestellt hat, dass der Gesetzgeber zum Zweck der Suizidprävention und der Verhinderung des Missbrauchs rechtliche Beschränkungen der Suizidbeihilfe vornehmen kann. Der vorliegende Beitrag analysiert die wichtigsten ethischen Fragen, die das Urteil des VfGH aufwirft. Wenn Suizid und Suizidbeihilfe als ethisches Problem diskutiert werden sollen, gilt es verschiedene Dimensionen des Ethischen zu unterscheiden (Individual-, Personal- und Sozialethik, Organisationsethik, Bereichsethiken und Professionsethiken). Außerdem sind die beteiligten Akteure sowie die verschiedenen Handlungsweisen in den Blick zu nehmen, von denen der assistierte Suizid abgegrenzt werden soll. Die politische und gesellschaftliche Diskussion sollte sich freilich nicht auf Probleme des Strafrechts und der Versorgungsstrukturen im Bereich von Medizin und Pflege verengen, sondern das Thema einer zeitgemäßen Kultur des Sterbens umfassender in den Blick nehmen.

Schlüsselwörter: Assistierter Suizid – Selbstbestimmung – Menschenwürde – Lebensschutz – Palliative Care – Kultur des Sterbens

In its decision of December 11, 2020, the Austrian Constitutional Court declared the current legal situation with regard to assisted suicide to be unconstitutional. The legislature has to create a constitutionally compliant regulation by Dec. 31, 2021, and the court explicitly stated that the legislature may impose legal restrictions on assisted suicide for the purpose of suicide prevention and the prevention of abuse. This article analyzes the main ethical issues raised by the Constitutional Court's ruling. If suicide and assisted suicide are to be discussed as an ethical problem, it is important to distinguish between different dimensions of the ethical (individual ethics, personal ethics and social ethics, organizational ethics, ethics in realms and professional ethics). In addition, the actors involved and the various modes of action from which assisted suicide is to be distinguished must be taken into account. The political and social discussion should not, of course, be limited to problems of criminal law and the structures of care in the field of medicine and nursing, but should take a broader view of the topic of a contemporary culture of dying.

Keywords: assisted suicide – autonomy – human dignity – protection of life – palliative care – culture of dying

1. Sterbehilfe: Zur Diskussionslage nach dem VfGH-Urteil

Die Zeiten, in denen man von der Verdrängung des Todes in der modernen Gesellschaft sprach, scheinen vorbei. Es ist nicht zuletzt der internationalen Hospizbewegung zu verdanken, dass Sterben, Tod und Trauer heute wieder als Teil des Lebens begriffen werden. Die öffentliche Diskussion kreist um Begriffe wie ein Sterben in Würde oder ein selbstbestimmtes Sterben.

Das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs (VfGH) vom 11. Dezember 2020, wonach zwar die Tötung auf Verlangen und die Verleitung zur Selbsttötung strafbar bleiben, das ausnahmslose Verbot der Suizidbeihilfe hingegen verfassungswidrig ist, hat eine neue Runde in der Debatte eingeläutet. Will der Gesetzgeber die Möglichkeiten des assistierten Suizids einschränken, um Missbrauch zu verhindern und Menschen zu schützen, die sich mit Suizidgedanken tragen, aber sozial oder wirtschaftlich unter Druck gesetzt fühlen, bleibt ihm dafür Zeit bis Ende dieses Jahres.

Die öffentliche Diskussion sollte sich freilich nicht auf Probleme des Strafrechts und der Versorgungsstrukturen im Bereich von Medizin und Pflege verengen, sondern das Thema einer zeitgemäßen Kultur des Sterbens umfassender in den Blick nehmen. Eine Kernfrage lautet dabei, was Menschen eigentlich unter einem guten Sterben verstehen.

In der pluralistischen Gesellschaft von heute, deren Kennzeichen nicht nur der moderne Individualismus, sondern auch eine Vielfalt kultureller, religiöser und weltanschaulicher Prägungen und Überzeugungen ist, gibt es keine gemeinsamen Überzeugungen vom guten Leben und vom guten Sterben, die fraglos von allen Menschen geteilt werden. Das führt zu Verunsicherungen, etwa im Arzt-Patienten-Verhältnis, aber auch bei Angehörigen des Pflegeberufs, wenn sich beispielsweise die Frage stellt, wie man mit Sterbewünschen umgehen soll, die von Patienten oder Bewohnern einer Pflegeeinrichtung geäußert werden. Die Probleme verkomplizieren sich, wenn nicht nur die ethische Einstellung von Sterbenden oder Sterbewilligen, von Ärzten und Pflegenden, von Angehörigen und gesetzlichen Vertretern, sondern auch die Ethik des Krankenhaus- oder Pflegeheimträgers ins Spiel kommt.

Anders als in Deutschland oder in der Schweiz ist die Suizidbeihilfe in Österreich nach geltendem Recht ebenso wie die Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB) ausnahmslos verboten (§ 78 StGB). Mit Entscheid vom 11. Dezember 2020 hat das österreichische Verfassungsgericht die geltende Rechtslage im Blick auf den assistierten Suizid für verfassungswidrig erklärt. Der Gesetzgeber hat bis zum 31.12.2021 Zeit eine verfassungskonforme Regelung zu schaffen, wobei das Gericht ausdrücklich festgestellt hat, dass der Gesetzgeber zum Zweck der Suizidprävention und der Verhinderung des Missbrauchs rechtliche Beschränkungen der Suizidbeihilfe vornehmen kann. Bislang gibt es noch keine Gesetzentwürfe im Parlament oder eine Regierungsvorlage, sondern lediglich Regelungsvorschläge der Bioethikkommission, die schon aus dem Jahr 2015 stammen,² sowie Gesetzentwürfe einzelner Juristen.³

Im Februar 2020 hat das deutsche Bundesverfassungsgericht das seit 2015 geltende Verbot der gewerbsmäßigen Suizidbeihilfe für nichtig, da verfassungswidrig, erklärt. Weitreichend ist seine Feststellung, wonach das Recht zur Selbsttötung „nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt“ ist, sondern in jeder Lebensphase besteht. Weiters stellt das Gericht ausdrücklich fest, die Entscheidung, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, entziehe „sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit“. Das Recht zur Selbsttötung könne auch „nicht mit der Begründung verneint werden, dass sich der Suizident seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung aufgibt. Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist vielmehr unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde.“

Der VfGH geht nicht so weit wie das deutsche BVerfG, sondern hat lediglich das ausnahmslose Verbot der Suizidbeihilfe für verfassungswidrig erklärt. Im Unterschied zum Karlsruher Urteil, welches das Recht auf Selbsttötung nicht an eine Krankheitssituation gebunden sieht, denkt der österreichische Verfassungsgerichtshof in erster Linie an die Möglichkeit der Beihilfe für schwerkranke Patienten. In der Urteilsbegründung heißt es: „Aus grundrechtlicher Sicht macht es keinen Unterschied, ob der Patient im

2 Vgl. Bioethikkommission, Sterben in Würde. Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen, Wien, 9.2.2015, S. 30–31 (Text unter <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html> [letzter Zugriff: 24.4.2021]).

3 Vgl. Alois Birklbauer, Die Kriminalisierung des assistierten Suizids (§ 78 StGB): Eine (un)notwendige Strafbestimmung zum Schutz des Lebens?, RdM 23, 2016, S. 84–90; ders., Teilweise Verfassungswidrigkeit der Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB): Erste Analyse des Erkenntnisses und weiterführende Überlegungen, JMG 2020, H. 4, S. 189–198; Gloria Burda, Ein Reformvorschlag zum Verbot des assistierten Suizids, RdM 27, 2020, S. 272–277.

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. Entscheidend ist vielmehr in jedem Fall, dass die jeweilige Entscheidung auf der Grundlage einer freien Selbstbestimmung getroffen wird.“

Die Reaktionen auf das Urteil des VfGH sind erwartungsgemäß geteilt ausgefallen. Während sich die Ärztekammer besorgt und die katholische Kirche geradezu entsetzt zeigt, feiern die Befürworter einer liberalen Gesetzgebung das Erkenntnis als einen ersten wichtigen Schritt auf dem Weg zur weitgehenden Freigabe jeder Art von Sterbehilfe.

Katholische Stimmen gehen mit dem Urteil hart ins Gericht. Vom Kulturbruch ist die Rede. Die Juristin Stefanie Merckens, Leiterin des Instituts für Ehe und Familie der Österreichischen Bischofskonferenz und Mitglied der Österreichischen Bioethikkommission, hat dem Verfassungsgerichtshof vorgeworfen, „eine wesentliche Säule des österreichischen Konsenses“ in der Frage der Sterbehilfe zerstört zu haben. Mehr noch: Das dem Urteil zu Grunde liegende Rechtsverständnis verkehre „Ursprung und Sinn der Menschenrechte in ihr Gegenteil“. Auch in der Slowakei wird Kritik an der österreichischen Entscheidung laut. Die slowakische Bischofskonferenz hat das Urteil als schweren Irrtum getadelt.

Eine differenzierte Haltung nehmen die evangelische Kirche und die Diakonie ein. Beide haben bereits in der Vergangenheit für rechtliche Regelungen plädiert, die dem Gewissen Spielraum lassen und für dramatische Ausnahmesituationen die Möglichkeit der Straffreiheit vorsehen. Das sei ein Akt der Barmherzigkeit, der keinesfalls vom uneingeschränkten Grundsatz des Lebensschutzes abweiche. Man denke an einen Angehörigen, der einem Patienten die Reise in die Schweiz ermöglicht, wo Suizidbeihilfe erlaubt ist. Das Urteil, so hieß es in ersten Stellungnahmen, sei zu respektieren. Gleichwohl dürfte nun aber der assistierte Suizid in Österreich nicht zur neuen Normalität werden.

2. Ethische Grundsatzfragen

Im Folgenden werde ich mich auf einige ausgewählte ethische Probleme im Zusammenhang der Suizidbeihilfe konzentrieren. Vorausschicken möchte ich allerdings eine grundsätzliche Erwägung zum Ver-

hältnis von Recht und Ethik. In einem Interview zum 100. Geburtstag des Verfassungsgerichtshofes erklärte sein Präsident Christoph Grabenwarter in einem Presse-Interview sinngemäß, Moral sei kein Maßstab für den VfGH, der seine Urteile ausschließlich nach den Maßstäben des Rechts zu fällen habe.⁴ Tatsächlich sind Recht und Moral zu unterscheiden, gleichwohl besteht zwischen beiden keine strikte Trennung, wie der deutsche Rechtsphilosoph und Professor für Öffentliches Recht Uwe Volkmann aufzeigt.⁵ Zumindest, wenn es um die Auslegung von Prinzipien wie der Menschenwürde und der Autonomie geht, lässt sich die Moral nicht aus dem Recht heraushalten, „weil auch die Prinzipien, um deren Zuordnung es geht – Menschenwürde, individuelle Freiheit, das Recht auf Leben –, in ihrem inneren Kern zugleich auch moralische Prinzipien sind“⁶. Was Volkmann am Beispiel des deutschen Grundgesetzes und der Geschichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts veranschaulicht, lässt sich m.E. auch für das österreichische Verfassungsrecht und seine Auslegungsgeschichte zeigen. Moral und Recht sind miteinander einem hermeneutischen Zirkel verwoben, in welchem sich die Geschichtlichkeit und Veränderlichkeit beider zeigt, selbst wenn der Wortlaut bestehender Gesetze – etwa einer Verfassung – unverändert bleibt. Mit diesem grundsätzlichen Phänomen haben wir es auch im Streit um die Verfassungsgemäßheit oder Verfassungswidrigkeit des ausnahmslosen Verbotes der Suizidbeihilfe zu tun.

Wenn Suizid und Suizidbeihilfe als ethisches Problem diskutiert werden sollen, gilt es verschiedene Dimensionen des Ethischen zu unterscheiden. Der Suizid und die mögliche Inanspruchnahme von Suizidhilfe ist zunächst ein *individualethisches* Problem. Damit ist gemeint, dass es hier um das Selbstverhältnis des Menschen geht, also etwa um die Frage nach der Wertschätzung des eigenen Lebens, um Selbstbestimmung und Selbstachtung, um die Frage, ob es möglicherweise auch Pflichten des Menschen gegenüber sich selbst gibt (vgl. Kant) und wie diese gegebenenfalls zu begründen sind.

Der Suizid ist sodann ein *personalethisches* Problem, weil durch die Tat des Suizidanten auch andere mitbetroffen sein können. Verantwortung besteht nicht nur gegenüber mir selbst, sondern auch für andere, die bei der Frage, ob ich meinem Leben ein Ende setzen soll, von Bedeutung ist. Auf der personalethischen Ebene stellt sich auch die Frage, ob das Ansinnen, ein anderer möge mir Hilfe beim Suizid

4 „Moral ist kein Maßstab für den Verfassungsgerichtshof“, Die Presse, 18.9.2020 (<https://www.die-presse.com/5869482/grabenwarter-moral-ist-kein-massstab-fur-den-verfassungsgerichtshof>).

5 Vgl. Uwe Volkmann, *Gras im Wind?*, FAZ, 6.4.2021.

6 Volkmann, ebd.

leisten, diesem zugemutet werden kann oder in welche möglichen inneren und äußeren Konflikte jemand gestürzt wird, der von einem anderen um Suizidhilfe gebeten wird.

Ferner sind der Suizid und die Beihilfe zu ihm als *sozialethisches* Problem zu behandeln, weil die gesellschaftlichen Einstellungen zu Suizid, Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen zur Diskussion stehen. Suizidhilfe ist aber auch ein *bereichsethisches* Thema der Medizinethik, der Pflegeethik und der Ethik im Gesundheitswesen. Näherhin sind Suizid und Suizidbeihilfe als *professionsethisches* Thema zu betrachten, bei dem es nicht allein um die individuelle Einstellung von Ärzten und Pflegefachkräften zu Suizid und anderen Formen der Sterbehilfe geht und auch nicht nur um Einzelfallentscheidungen von Angehörigen der genannten Berufsgruppen, sondern um das ethische Selbstverständnis der jeweiligen Professionen, wie es sich in Leitbildern und Richtlinien ausdrückt, die von berufsrechtlichen Regelungen nochmals zu unterscheiden sind, die aber mit diesen auch durchaus verwoben sind.

Schließlich ist Suizidbeihilfe auch ein *organisations- und trägerethisches* Thema. Wie sollen sich Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, Altenwohnheime oder Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Möglichkeit der Suizidbeihilfe stellen. Sollen sie diese tolerieren? Sehen sie Gründe, diese in ihren Räumlichkeiten zu unterbinden, vorausgesetzt, es gibt dafür überhaupt eine rechtliche Grundlage? Sollen sie vielleicht selbst Angebote professionalisierter Suizidbeihilfe entwickeln, die durch eigenes Personal angeboten und durchgeführt wird, flankiert durch Beratungsangebote?

Das VfGH-Urteil lässt die Frage aufkommen, ob es rechtlich und ethisch relevant ist, zwischen Hilfe *beim* Sterben bzw. im Sterben und Hilfe *zum* Sterben zu unterscheiden. Vorausgesetzt, diese Unterscheidung ist auch künftig im Recht von Belang, ist damit noch nicht gesagt, wie sich diese Unterscheidung ethisch und rechtlich treffen lässt. Lassen sich Handlungen klar gegeneinander abgrenzen? Ist die Unterscheidung zwischen Tun und Lassen moralisch relevant? Ist sie anhand der jeweils handlungsleitenden Motivation möglich? (Sterbenlassen vs. Herbeiführung des Todes)? Besteht ein Unterschied zwischen Lassen und Unterlassen?

Ethisch sind Suizid und Suizidbeihilfe im Spektrum weiterer Handlungsweisen zu diskutieren, die hier nur stichwortartig aufgeführt werden: Behandlungsverzicht

- Behandlungsverzicht
- Behandlungsabbruch
- Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF, „Sterbefasten“)

- Schmerztherapie mit dem Risiko der beschleunigten Herbeiführung des Todes
- Palliative Sedierung
- Tötung auf Verlangen

Für alle Formen der Hilfe beim/im Sterben ist zu fragen: Wer sind die jeweiligen Akteure und involvierten Personen? Welche ethischen und rechtlichen Fragen ergeben sich also im Fall der Suizidbeihilfe konkret aus der Sicht der Sterbewilligen, der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte, der Angehörigen, der Seelsorger und Seelsorgerinnen, der Psychologinnen und Psychologen, des sonstigen Personals oder ehrenamtlich tätiger Personen in stationären Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten, aber auch der Führungskräfte.

3. Selbstbestimmung, Würde und Lebensschutz

In der ethischen und juristischen Diskussion steht außer Frage, dass Menschenwürde und Selbstbestimmung bzw. Autonomie aufs engste miteinander zusammenhängen. Strittig ist allerdings, ob Autonomie den inneren Kern der Menschenwürde ausmacht, sodass Menschenwürde und Autonomie geradezu synonym sind. Der Verlust der Autonomie kann in diesem Fall als Verlust der Menschenwürde gedeutet werden, was für die Frage, ob und unter welchem Status das Leben eines Menschen – z.B. im irreversiblen Wachkoma – besitzt, erhebliche Konsequenzen hat.

Nun ist freilich zwischen einem allgemeinen Begriff von Würde und der Menschenwürde zu unterscheiden. Jemand oder etwas, das Würde hat, wird dadurch gegenüber anderen Personen oder Dingen ausgezeichnet. Wir sprechen z.B. von der Würde eines Amtes. Die mit dem Stand, dem sozialen Rang oder einem Amt verbundene Würde markiert einerseits einen Unterschied zwischen den Menschen, und sie kann andererseits verloren gehen, sei es, weil man ein Amt verliert, sei es, dass man sich der eigenen Stellung nicht als würdig erwiesen hat.

Verglichen mit diesem Begriff von Würde hat der Begriff der Menschenwürde einen zutiefst demokratischen Grundzug. *Alle* Menschen, so heißt es in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind gleich an Würde und Rechten geboren. Die Menschenwürde kommt einem Menschen zu, einfach weil er ein Mensch ist. Sie kann weder erworben noch verloren werden. Es handelt sich um eine angeborene und unverlierbare Würde.

Menschenwürde und Menschenrechte gehören unmittelbar zusammen. An oberster Stelle steht unter den Menschenrechten das Recht auf Leben, weiters das Recht auf Gesundheit, aber auch das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und Privatheit. Aus den Menschenrechten leiten sich wiederum Patientenrechte ab, die ebenfalls für alle Patientinnen und Patienten gelten, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht oder Religion. Sie besteht auch in allen Phasen des Lebens, von der Geburt bis zum Tod, unabhängig von der körperlichen oder geistigen Verfassung eines Menschen.

Der Begriff der Menschenwürde hat für die Menschenrechte eine integrative Funktion. Dass der Mensch eine angeborene und unverlierbare Würde hat, zeigt sich darin, dass er grundlegende Menschenrechte besitzt. Diese wiederum lassen sich zusammenfassend auf den Begriff der Menschenwürde bringen. Es sind im wesentlichen vier Elemente, die den Kern der Menschenwürde ausmachen:⁷ 1. das Recht auf Leben und damit verbunden der Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit, 2. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, 3. die Gleichheit aller Menschen und 4. die Voraussetzungslosigkeit der Geltung von Menschenwürde und damit auch ihre Unverlierbarkeit.

Der normative Rang der Menschenwürde für die Begründung medizinischen und pflegerischen Handelns wird in der Medizin- und Pflegeethik kontrovers beurteilt.⁸ Inwiefern Menschenrechtsargumente eine ausreichende Basis für ethische Entscheidungen, z.B. am Lebensende, sind, ist umstritten. Strittig sind auch der Inhalt des Begriffs der Menschenwürde und sein Verhältnis zu den Menschen- und Patientenrechten. Ob jede Verletzung von Menschen- oder Patientenrechten auch schon eine Verletzung der Menschenwürde ist, wird unterschiedlich beantwortet. Gegensätzliche Auffassungen bestehen auch darüber, ob die Menschenwürde der selbstbestimmten Verfügung über das eigene Lebensende ethische und rechtliche Grenzen setzt.

Ein grundlegendes Element der Menschenwürde ist die Selbstbestimmung. Doch ist ihre Reichweite ethisch und rechtlich umstritten. Der Verfassungsgerichtshof postuliert das grundsätzliche Recht auf Selbsttötung und Suizidhilfe. Auch wenn, wie das Gericht feststellt, niemand zur Suizidhilfe gezwungen werden kann, besteht doch die Frage, ob es sich beim Recht auf Selbsttötung um ein Abwehrrecht oder

7 Vgl. *Hartmut Kreß*, Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik, Stuttgart 2012, S. 149.

8 Vgl. *Jan C. Joerden/Eric Hilgendorf/Felix Thiele* (Hg.), Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch, Berlin 2013; *Ulrich H.J. Körtner*, Würde, Respekt und Mitgefühl aus Sicht der Pflegeethik, in: Österreichische Pflegezeitschrift 66, 2013, H. 11, S. 24–27.

möglicherweise auch um ein Anspruchsrecht gegenüber Dritten handelt, das in letzter Konsequenz das Recht der Tötung auf Verlangen begründet. Während nach einer in der Diskussion vertretenen Auffassung der Suizidant sich seiner Würde begibt, weil er mit seinem Leben zugleich die Voraussetzung seiner Selbstbestimmung aufgibt,⁹ besagt die gegenteilige Position, dass der Suizid ein letzter Ausdruck von Würde sein kann, weil sich in ihm die der Menschenwürde innewohnende Idee der autonomen Persönlichkeitsentfaltung Geltung verschafft.¹⁰

Selbstbestimmung oder Autonomie lässt sich als wesentlicher *Ausdruck* der Menschenwürde interpretieren, ist aber mit ihr nicht deckungsgleich. Die Person, der Würde zukommt, ist schon mit unserer leiblichen Existenz gegeben. Auch Menschen im sogenannten Wachkoma, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz sind und bleiben Personen, weil auch sie dazu bestimmt sind, Teil der menschlichen Kommunikationsgemeinschaft zu sein. Die Achtung vor ihrer Würde zeigt sich darin, wie andere, zum Beispiel Ärzte und Pflegepersonen sie in ihrer Kommunikation und in ihrem Handeln als Personen wahrnehmen.

Auf den Beziehungsaspekt zielt das Konzept der relationalen Autonomie, das aus der feministischen Ethik stammt.¹¹ Der Begriff der relationalen Autonomie besagt, dass das Selbst auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen ist. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege, und diese Sicht des Menschen entspricht auch der biblischen Tradition.

Ein abstrakter Autonomiebegriff nimmt die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist philosophisch wie theologisch betrachtet problematisch, die Würde des Menschen an ein abstraktes Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren.

9 Vgl. *Elisabeth Gräß-Schmidt*, Ein neues Verständnis von Selbstbestimmung. § 217 StGB und das christliche Menschenbild (Analysen & Argumente Nr. 418/November 2020), Konrad-Adenauer-Stiftung, Berlin 2020.

10 Vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB vom 26.2.2020, RN 211.

11 Vgl. *Catriona Mackenzie/Natalie Stoljar* (Hg.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford 2000.

Hilfreich sind in diesem Zusammenhang Überlegungen von Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme zur Autonomie kranker und leidender Menschen. Gehören Krankheit und Sterben zum Leben dazu, ist nicht Autonomie, sondern Souveränität das angemessene Persönlichkeitsideal. „Ein Mensch ist souverän, wenn er mit sich etwas geschehen lassen und Abhängigkeiten hinnehmen kann.“¹²

„Autonomie bis zuletzt“ ist nicht selten eine Fiktion. Selbst eine noch so ausgefeilte Patientenverfügung ändert nichts an dem Umstand, dass der Patient „der verantwortlichen Entscheidung Dritter anheimgegeben ist“¹³. So wird man urteilen müssen: „Patientenautonomie‘ ist die goldene Seite einer Medaille, deren Nachtseite die schiere Angst ist, dass niemand ‚seines Bruders Hüter‘ sein will.“¹⁴

Mitunter besteht ein Konflikt zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der Fürsorgepflicht des Arztes und dem Menschenrecht auf Leben. Die genannten Prinzipien dürfen jedoch nicht abstrakt gegeneinander gestellt werden. Einerseits ist die Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Andererseits steht der Respekt vor der Selbstbestimmung der Patienten nicht notwendigerweise im Gegensatz zur Fürsorge, sondern muss geradezu als ihre Implikation verstanden werden. Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten.

Zwar gibt es ein elementares Recht auf Leben, jedoch keine Pflicht zum Leben. Es ist daher unethisch, Menschen gegen ihren erklärten Willen zum Weiterleben zu zwingen. Das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende zu achten und zu stärken, ist aus medizinethischer Sicht zu begrüßen. Dazu gehören der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, Therapieverzicht und Therapieabbruch, Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. Dazu zählen weiters die palliative Sedierung wie auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF), dessen palliativmedizinische Begleitung von der Suizidbeihilfe grundsätzlich zu unterscheiden ist. Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts durch das Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020 kann freilich in seine Schwächung umschlagen, sollte es dem Gesetzgeber nicht gelingen, Maßnahmen gegen den Missbrauch der Suizidbeihilfe zu setzen, die nicht gleich wieder als verfassungswidrig aufgehoben werden.

12 *Farideh Akashe-Böhme/Gernot Böhme*, Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen (Beck'sche Reihe 1620), München 2005, S. 62 u. 85.

13 *Margot v. Renesse*, Die Patientenverfügung – „Autonomie bis zuletzt?“, ZEE 49, 2005, S. 144–146, hier S. 146.

14 Ebd.

4. Fragen zur Umsetzung der VfGH-Entscheidung

Der VfGH zieht einen Vergleich zwischen Suizidbeihilfe und Patientenverfügung. Wenn es Patienten erlaubt ist, lebensrettende oder -verlängernde medizinische Behandlung abzulehnen, und Ärzten, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, die zwecks Linderung schwerster Schmerzen und Qualen sogar den vorzeitigen Tod des Patienten in Kauf nehmen, könne die Suizidbeihilfe nicht ausnahmslos verboten sein.

Medizinisch und auch medizinethisch ist der Therapieverzicht oder eine möglicherweise lebensverkürzende Schmerztherapie von der Suizidbeihilfe allerdings zu unterscheiden, weil in den genannten Fällen das Therapieziel nicht die Herbeiführung des Todes ist. Palliativmedizinisch ist der assistierte Suizid auch von der Ermöglichung und Begleitung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) zu unterscheiden. Palliativmedizinische Fachgesellschaften weisen außerdem auf die bestehenden Unterschiede zwischen Ermöglichung und Begleitung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) und Suizid hin. Allerdings lässt sich zwischen beiden Handlungsweisen nicht in jedem Fall eine kategorische Grenze ziehen. Der assistierte Suizid ist auch nicht mit der palliativen Sedierung gleichzusetzen, bei der ein Patient auf eigenen Wunsch zum Zweck der Bekämpfung schwerster Schmerzen in ein künstliches Koma versetzt wird, das fortlaufend überwacht wird und aus dem er gegebenenfalls auch noch einmal zurückgeholt werden kann.

Wie aber lässt sich sicherstellen, dass auch in Zukunft die Beihilfe zum Suizid grundsätzlich keine ärztliche und pflegerische Aufgabe ist? Das ist nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine professionsethische Frage. Der Weltärztebund hat seine ablehnende Haltung zu ärztlicher Suizidhilfe und Tötung auf Verlangen im Oktober 2019 nochmals bekräftigt.¹⁵ Wie lässt sich verhindern, dass Suizidbeihilfe zu einer gewerbsmäßigen Tätigkeit wird? Werden Ausnahmeregelungen für Ärzte kodifiziert, wird aus Grenzfällen schnell eine routinisierte Praxis mit Qualitätskontrolle und Qualifikationskriterien. Und was ist mit dem Pflegepersonal in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen?

¹⁵ Text unter: <https://www.wma.net/news-post/world-medical-association-reaffirms-opposition-to-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>, 26.10.2019 [letzter Zugriff: 22.4.2021].

Auch wenn man die Ansicht vertritt, dass Suizidbeihilfe kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist und dies auch in Zukunft nicht sein soll, dürfte ein offenes – selbstverständlich vertrauliches und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegendes – Gespräch zwischen Arzt und Patient über einen bestehenden Suizidgedanken oder gar Suizidwunsch sowie über verschiedene Möglichkeiten der Selbsttötung gerade der Suizidprophylaxe dienen. Wer weiß, wie er sich im Zweifelsfall einigermaßen schmerzlos das Leben nehmen kann, wird von dieser Möglichkeit vielleicht am Ende gar nicht Gebrauch machen. Über die Möglichkeit des Suizids zu sprechen, kann aber eine enorm befreiende Wirkung haben, weil der Betroffene nun nicht mehr mit seinen Gedanken allein ist.

Sozialethisch ist zu bedenken, dass die Legalisierung – und das heißt auch Reglementierung – organisierter Suizidbeihilfe Auswirkungen auf die gesellschaftliche Einstellung zu Sterben und Tod hat, die wiederum Rückwirkungen auf den Einzelfall haben, in denen ein schwerkranker Patient und seine Angehörigen vor der drängenden Frage stehen, wie sie die Situation ertragen können und welche Hilfe es für sie gibt. Gesondert ist über die Zulassung von Sterbehilfeorganisationen zu diskutieren, wie es sie in der Schweiz gibt. Dort wird Suizidbeihilfe nicht von Ärztinnen und Ärzten geleistet, sondern nur durch Sterbehilfeorganisationen wie „EXIT“ und „Dignitas“.

Um dem Anliegen des Lebensschutzes und des Schutzes vor Missbrauch, den auch der VfGH in seinem Erkenntnis als legitimen Gesichtspunkt zur gesetzlichen Einschränkung der Suizidbeihilfe nennt, Rechnung zu tragen, sollte der Gesetzgeber ein Werbeverbot für Suizidbeihilfe verhängen, nicht nur im Ärztesgesetz, sondern auch an anderer geeigneter Stelle.

Die undifferenzierte Berufung auf das Selbstbestimmungsrecht kann im Ergebnis ebenso wie das uneingeschränkte Verbot der Suizidbeihilfe unbarmherzig sein, dann nämlich, wenn Menschen in ihrer besonderen Verletzlichkeit und Schwäche – Schwerkranke und Lebensmüde – auf sich selbst zurückgeworfen werden. Es ist gerade kein Beweis der Achtung vor dem Recht auf Selbstbestimmung, „wenn wir Menschen, die mit Suizidgedanken kämpfen, ja, wenn wir Menschen, bei denen Risikokonstellationen für die Entwicklung von Suizidgedanken erkennbar sind, sich selbst überlassen“¹⁶.

16 *Andreas Kruse*, Einfühlsame Störfragen, FAZ, 14.3.2021.

In stationären Einrichtungen, sei es in Krankenhäusern oder in Einrichtungen der Pflege, braucht es eine umfassende Beratungskultur für den vertrauensvollen und zugleich professionellen Umgang mit Sterbewünschen von Patienten und Bewohnern. Die Beratung sollte aber niemals neutral, sondern lebensorientiert erfolgen. Das gilt auch für den ambulanten Bereich und niedergelassene Ärzte. Die Einrichtung externer Beratungsstellen würde hingegen das Anliegen, Gespräche über Sterbewünsche in vertrauensvolle Umgebung und mit Personen des eigenen Vertrauens zu verorten, schwächen. Von solchen Beratungsstellen sollte daher Abstand genommen werden.

Zu einer lebensorientierten Beratung und Suizidprophylaxe gehört auch die Aufklärung über die Möglichkeit einer Patientenverfügung und einer Vorsorgevollmacht. Bereits 2006 trat in Österreich das Patientenverfügungsgesetz in Kraft, das Patienten weitreichende Möglichkeiten zum Therapieverzicht und Therapieabbruch einräumt. Die Kenntnisse in der Bevölkerung über Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind jedoch noch immer gering, wie sich auch in der Corona-Pandemie gezeigt hat.¹⁷ Der Wunsch nach einem assistierten Suizid kann auch dadurch entstehen, dass Sterbewilligen die Möglichkeiten der Patientenverfügung nicht oder nicht in vollem Umfang bekannt sind. Den Informationsstand in der Bevölkerung zu verbessern, ist nicht allein eine Aufgabe für individuelle Beratungsgespräche und das Advance Care Planning bzw. den Vorsorgedialog in stationären Gesundheitseinrichtungen, sondern auch eine Aufgabe der Gesundheitspolitik. Wenn also der assistierte Suizid in Österreich gesetzlich neu geregelt wird, sollte der Staat gleichzeitig neue Initiativen zur Förderung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten ergreifen, die in vielen Fällen eine Alternative zum assistierten Suizid sind.

Auch wenn der VfGH dem Gesetzgeber die Möglichkeit einräumt, die Möglichkeiten der Suizidbeihilfe generell und auch für die Gesundheitsberufe einzuschränken bzw. an Auflagen zu binden, wird Suizidbeihilfe nun zu einem professionsethischen Problem. Jede Regulierung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid wertet diese zu einem Teil der ärztlichen Tätigkeit auf, auch wenn weiterhin kein Arzt zu einer derartigen Handlung verpflichtet werden darf. Die Suizidbeihilfe wird zu einem regelgeleiteten Handeln, für welches *Best-Praxis*-Standards festgelegt werden. Die Einhaltung der Standards unterliegt wiederum der institutionalisierten Kontrolle durch Dritte. Ob man beispielsweise zwischen Aufklärungsgespräch und Durchführung des Suizids eine Frist von zehn Tagen für ausreichend oder einen größeren zeitlichen Abstand für nötig hält, ist demgegenüber zweitrangig. Analoge Fragen stellen sich für das Berufsethos und das Berufsrecht der Pflege.

17 Wie die Wiener Patientenrechtsanwaltschaft im November 2020 berichtet hat, ist das Interesse an Patientenverfügungen während der Corona-Pandemie gestiegen. Vgl. <https://wien.orf.at/stories/3075703/> (letzter Zugriff: 26.4.2021).

Weitere Fragen stellen sich: Patientenverfügungen können bereits von Jugendlichen ab etwa 14 Jahren errichtet werden. Sollen Jugendliche nun auch das Recht haben, sich mit Hilfe Dritter das Leben zu nehmen? Und weshalb sollte die Suizidbeihilfe überhaupt nur auf schwerkranke Patienten eingeschränkt werden? Warum darf es sie nicht auch im Fall eines Bilanzsuizids geben, wenn jemand lebenssatt oder seines Lebens überdrüssig ist? Wie lässt sich verhindern, dass aus dem Recht auf Inanspruchnahme freiwilliger Suizidbeihilfe irgendwann eine Beistandspflicht des Staates wird? Und wird der Damm gegen die Tötung auf Verlangen auch in Zukunft halten?

Der Heidelberger Altersforscher Andreas Kruse macht auf den Zusammenhang zwischen möglichem Suizidwunsch und Einsamkeit aufmerksam. „Die Entscheidung, aus dem Leben zu gehen, bildet nicht selten auch das Ergebnis von länger bestehender, unfreiwilliger Isolation und daraus hervorgehender Einsamkeit. Die Studienlage ist hier eindeutig: Im Falle lange bestehender Einsamkeit und Isolation nimmt die Lebensbindung des Menschen immer weiter ab, die Intensität der Suizidgedanken immer weiter zu. Zudem können sich in lange andauernden Phasen der Einsamkeit und Isolation mehr und mehr psychotische Zustände – wie Wahnbildungen und Halluzinationen – einstellen (vor allem bei Vorschädigung), die ihrerseits Todes- und Suizidgedanken weiter verstärken.“¹⁸

Kruse sieht hier eine gesamtgesellschaftliche Problematik, weil Isolation und Vereinsamung nicht auf Probleme der individuellen Pathologie zu reduzieren sind. Vereinzelung, soziale Ungleichheit, materielle Existenzrisiken nach Arbeitsverlust haben auch soziale Ursachen. Einsamkeit und Isolation können aber auch im Erleben von Schwerkranken an Gewicht gewinnen, zumal, wenn das Krankheitsbild in hohem Maße angstbesetzt ist, wie etwa bei einer progredienten Demenz.

Umso mehr ist auf den weiteren Ausbau der Palliativmedizin und -pflege zu dringen. Auch der VfGH hat betont, dass der Zugang zu Palliativversorgung für alle gewährleistet werden muss. Die weitere Diskussion über menschenwürdiges Sterben und eine Kultur der Solidarität mit den Sterbenden, ihren Angehörigen und denen, die sie medizinisch und pflegerisch versorgen, darf nicht auf gesetzliche Regelungen der Suizidbeihilfe verengt werden. Ein solcher Tunnelblick wäre für die Sterbekultur und Humanität in unserem Land fatal.

18 Kruse, Einfühlsame Störfragen (s. Anm. 16).

Autor:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät,
Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8,
1090 Wien (<https://ierm.univie.ac.at/>)

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: <https://etfst.univie.ac.at/ueber-uns/team/ulrich-koertner/>