

Sterbehilfe rechtlich, ethisch und palliativ betrachtet

Hilfe beim Sterben, Hilfe zum Sterben oder Hilfe zum Leben?

Dr. med. Karen Nestor^a, Dr. med. Kurt Ebnetter^b, Dr. med. Ciril Hvalic^c, Prof. Dr. med. Michael Brändle^d,
Dr. med. Daniel Büche^a, MSc

^a Palliativzentrum, Kantonsspital St. Gallen, ^b Hausarzt im Ruhestand, Appenzell, ^c Praxisgemeinschaft Tulpenstrasse, Kirchberg SG;

^d Allgemeine Innere Medizin, Kantonsspital St. Gallen



Die Sterbehilfe ist in aller Munde und füllt immer wieder die Schlagzeilen. Auch im TV werden der assistierte Suizid und andere Arten der Sterbehilfe «verarbeitet». Dabei werden immer wieder juristische oder in der medizinischen Praxis bestehende Grenzen überschritten. Umso wichtiger ist es, bei der täglichen ärztlichen Arbeit den rechtlichen Rahmen, in dem sich die Sterbehilfe in der Schweiz bewegt, zu kennen und die dahinterliegenden ethischen Prinzipien zu reflektieren.

Einleitung

Dieser Artikel klärt die Begriffe der *direkt aktiven*, der *indirekt aktiven* sowie der *passiven Sterbehilfe* und des *assistierten Suizids* und setzt diese in Bezug zum Strafrecht, zum Erwachsenenschutzrecht, zur Rechtsprechung des Bundesgerichtes und zu den Stellungnahmen des Bundesrates. Er gibt Anregung dazu, ethische Problemstellungen zu erkennen und kritisch zu bedenken. Palliativmedizinische Überlegungen werden einbezogen.

Grundsätzliche Überlegungen zum Begriff Sterbehilfe

In die medizinische Debatte wurde – nicht unumstritten – der Begriff der Sterbehilfe eingeführt. Die durchaus nachvollziehbaren Bedenken ergaben sich daraus, dass unter diesem Begriff sowohl Handlungen mit der Intention zur Tötung als auch Handlungen zur Symptomlinderung ohne Intention zur Tötung zusammengefasst werden. Hilfe zum Sterben (wobei ebenfalls umstritten ist, ob in diesem Kontext das Wort «Hilfe» richtig verwendet ist) fällt ebenso unter diesen Begriff wie Hilfe beim Sterben [1]. Historische Bedenken gegenüber dem Begriff «Sterbehilfe» bestanden ausserdem, weil das – schlussendlich nicht in Kraft getretene – «Euthanasie»-Gesetz der Nationalsozialisten den Begriff im Titel führte: «Gesetz über die Sterbehilfe bei unheilbar Kranken» [2].

Trotz dieser durchaus diskussionswürdigen Bedenken ist die Verwendung des Begriffes «Sterbehilfe» heute üblich und soll auch im Folgenden verwendet werden.

Aktive Sterbehilfe

Direkt aktive Sterbehilfe

Die direkt aktive Sterbehilfe ist die gezielte Tötung eines schwerkranken, leidenden Patienten¹ zum Beispiel durch Verabreichung einer tödlich wirkenden Substanz durch einen Arzt oder eine Drittperson [3]. Man unterscheidet aktive Sterbehilfe auf beziehungsweise ohne ausdrückliches Verlangen [4].

Die direkt aktive Sterbehilfe ist in der Schweiz in jedem Fall verboten. Strafrechtlich wird sie als Tötungsdelikt nach Art. 111–114 und 117 StGB verstanden (vgl. Tab. 1). Die direkt aktive Sterbehilfe auf Verlangen kann unter bestimmten Umständen als Tötung auf Verlangen nach Art. 114 StGB beurteilt werden. Auf die grundsätzliche Strafbarkeit der Tötung haben diese in Art. 114 StGB formulierten Umstände keinen Einfluss. Wird die Tötung nicht auf Verlangen, aber im mutmasslichen Willen des Getöteten durchgeführt, gelten die Art. 111–113 StGB [56].

In der Schweiz gab es mit der Motion Ruffly 1994 einen Vorstoss, die direkte aktive Sterbehilfe auf Verlangen unter bestimmten Umständen durch eine Erweiterung von Art. 114 StGB straffrei zu stellen. Der Bundesrat setzte im Verlauf der Diskussion die «Arbeitsgruppe Sterbehilfe»

¹ Aufgrund der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet; sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber gleichwohl für beiderlei Geschlecht.



Karen Nestor

Tabelle 1: Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben. Auszug aus dem Schweizerischen Strafgesetzbuch, 2. Buch, 1. Titel [89].

1. Tötung	
Art. 111 Vorsätzliche Tötung	Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besondern Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.
Art. 112 Mord	Handelt der Täter besonders skrupellos, sind namentlich sein Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich, so ist die Strafe lebenslängliche Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.
Art. 113 Totschlag	Handelt der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.
Art. 114 Tötung auf Verlangen	Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.
Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord	Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.
Art. 117 Fahrlässige Tötung	Wer fahrlässig den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.
4. Gefährdung des Lebens und der Gesundheit	
Art. 127 Aussetzung	Wer einen Hilflosen, der unter seiner Obhut steht oder für den er zu sorgen hat, einer Gefahr für das Leben oder einer schweren unmittelbaren Gefahr für die Gesundheit aussetzt oder in einer solchen Gefahr im Stiche lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.
Art. 128 Unterlassung der Nothilfe	Wer einem Menschen, den er verletzt hat, oder einem Menschen, der in unmittelbarer Lebensgefahr schwebt, nicht hilft, obwohl es ihm den Umständen nach zugemutet werden könnte, wer andere davon abhält, Nothilfe zu leisten, oder sie dabei behindert, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

ein. Er kam, nach Auseinandersetzung mit deren Bericht, zum Schluss, eine gesetzliche Regelung der direkten aktiven Sterbehilfe abzulehnen. Der Bundesrat begründete dies damit, dass selbst eine sehr restriktiv formulierte Ausnahme von der Strafbarkeit der direkten aktiven Sterbehilfe einer Lockerung des Fremdtötungsverbot gleichkäme und somit ein Tabu brechen würde, das in unserer christlichen Kultur tief verankert sei [7]. In Ländern, in denen aktive Sterbehilfe legalisiert wurde, so zum Beispiel Belgien und die Niederlande, steigt die Zahl der Fälle aktiver Sterbehilfe stetig [8]. In Belgien nahm die Zahl der offiziell erfassten Euthanasiefälle kontinuierlich von 235 Fällen im Jahr 2003 auf 1807 Fälle im Jahr 2013 zu. Dabei stieg die Anzahl der über 80-jährigen Menschen, der Menschen in Pflegeheimen und derer, die an keiner akut lebensbedrohlichen Krankheit litten, überproportional [9]. 2014 legalisierte das belgische Parlament auch die Euthanasie für Kinder [10], was 2016 zur ersten Patiententötung eines Minderjährigen führte [11]. Aktuell wird debattiert, ob Menschen, die mit Euthanasie versterben, als Organspender zugelassen werden sollen [12], wobei erste Fälle dieser Praxis bereits be-

schrieben wurden [13]. Die Beispiele Belgien und Niederlande zeigen, dass das Argument der schiefen Ebene, also der zunehmenden Entgrenzung von Patiententötungen, wenn deren Verbot gelockert wird, real ist. Dies wird international mit Besorgnis festgestellt [14].

Nicht zuletzt wegen dieser Entwicklungen gibt es engagierte Bestrebungen, das ärztliche Tötungsverbot, welches bislang oft religiös fundiert wurde, auch säkular zu begründen [15, 16].

Die indirekt aktive Sterbehilfe

Als indirekt aktive Sterbehilfe wird die Anwendung einer Therapie bezeichnet, die eine Lebensverkürzung in Kauf nimmt. Entscheidend ist dabei die der Handlung zugrunde liegende Absicht. Wenn das Ziel des Handelns in der Linderung des Leidens und nicht in einer Beendigung des Lebens liegt, gilt sie als zulässig [17]. Gemeint ist damit in der Regel die Gabe von Opioiden und/oder Sedativa zur Symptomlinderung in Dosierungen, in welchen ein lebensverkürzender Effekt infolge von Atemdepression nicht ausgeschlossen werden kann [18]. In den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende ist festgehalten, dass der Arzt verpflichtet sei, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte [19].

Aus juristischer Sicht wäre die indirekt aktive Sterbehilfe theoretisch nach Art. 111 ff. StGB strafbar. Sie wird von der Rechtspraxis aber aufgrund normativer Erwägungen unter restriktiven Bedingungen aus dem Bereich des Strafbaren ausgeklammert, nämlich unter der Voraussetzung, dass das Motiv des ärztlichen Handelns eine Symptomlinderung in der Endphase des Lebens ist [20].

Zur ethischen Begründung wurde das Prinzip der Doppelwirkung, das auf Thomas von Aquin zurückgeht, herangezogen. Dieses Prinzip besagt zusammengefasst, dass eine Handlung mit sowohl (moralisch) schlechten als auch (moralisch) guten Folgen dann moralisch erlaubt sei, wenn die schlechten Folgen nur unbeabsichtigte Nebenfolgen seien [21].

Das Konzept der indirekt aktiven Sterbehilfe war in den Anfängen der Palliativmedizin durchaus angemessen, da die Erfahrungen mit Therapien zur Symptomkontrolle am Lebensende fehlten. Es war zu befürchten, dass die Patienten aus Angst vor einer Lebensverkürzung als unerwünschte Nebenwirkung unzureichend therapiert würden [22]. Heute jedoch wird, wie Befragungen in verschiedenen Ländern zeigen, die Inzidenz indirekter Sterbehilfe von den behandelnden Ärzten mit etwa 20% angegeben [23, 24], in

den Niederlanden 2010 sogar mit 36% [25]. Diese Angaben suggerieren, dass etwa ein Fünftel der im Sterben liegenden Patienten eine symptomlindernde Therapie erhielt, die potentiell lebensverkürzend war [26]. Sowohl diese Angaben [27] als auch das Konstrukt der indirekt aktiven Sterbehilfe an sich geben Anlass zum Zweifel. Studien zeigen, dass ein adäquater Einsatz von Opioiden und Sedativa zur Symptomkontrolle am Lebensende nicht zu einer Lebensverkürzung führt; es gibt sogar Hinweise darauf, dass er – vermutlich durch die Stressreduktion – zu einer leichten Lebensverlängerung führt [28–32]. Dies deckt sich mit den Erfahrungen in der palliativmedizinischen Praxis: Mit entsprechender Erfahrung und Kenntnis der Medikamente und ihrer Nebenwirkungen ist eine sichere Anwendung möglich. Dies setzt eine gute palliativmedizinische Schulung voraus, die noch nicht flächendeckend vorhanden sein dürfte und eine Aufgabe der Zukunft darstellt. Eine terminologische Klärung des Begriffes der indirekt aktiven Sterbehilfe wird aufgrund der Datenlage nötig sein. Der Terminus «Schmerztherapie am Lebensende», wie ihn S. Roggendorf vorschlägt, könnte eine bessere Abgrenzung von anderen Formen der Sterbehilfe ermöglichen und einen Missbrauch der indirekt aktiven Sterbehilfe als verdeckte aktive Sterbehilfe verhindern [33, 34].

Beihilfe zum Suizid

Juristische Aspekte

Als Suizidbeihilfe wird die Bereitstellung oder Verschreibung einer tödlich wirkenden Substanz in letaler Dosis zur Selbsttötung bezeichnet [35]. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat im Strafrecht die Straflosigkeit des Suizidversuches zur Konsequenz [36]. Mit Art. 115 StGB wird die «Beihilfe zum Selbstmord» unter Strafe gestellt, wenn sie aus selbstsüchtigen Gründen, also zur Erlangung eines persönlichen Vorteils für den Helfer, erfolgt. Fehlen solche selbstsüchtigen Motive, bleibt die Beihilfe zum Suizid straffrei [37].

Voraussetzung für einen Suizid ist, dass die Person, die Suizid begehen will, Tatherrschaft über das Geschehen hat; die betreffende Person muss also urteilsfähig sein und sich das todbringende Mittel selber zuzuführen können [38].

In der Schweiz und in Deutschland wird das Unterlassen der Hilfeleistung bei im Rahmen des assistierten Suizids bewusstlos gewordenen Patienten unterschiedlich beurteilt. Während in der Schweiz Art. 115 StGB als abschliessend gewertet wird, also diesbezüglich die Möglichkeit der Strafbarkeit aufgrund anderer Straftatbestände verneint wird [39], beschloss kürzlich das hanseatische Oberlandesgericht in Hamburg, dass sich der Arzt in ei-

nem Fall von assistiertem Suizid der versuchten Tötung auf Verlangen durch Unterlassen hinreichend verdächtig gemacht habe. Der Arzt hatte einem sterbewilligen Patienten ein tödliches Medikament zur Verfügung gestellt und es dann unterlassen, den ohnmächtig gewordenen Patienten zu retten [40]. Trotz dieser unterschiedlichen Praxis wird der Arzt auch in der Schweiz als Garant für das Leben des Hilfesuchenden verstanden, sobald er eine Situation antrifft, bei der keine verlässlichen Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein freiverantwortlicher Suizid vorliegt. Im Zweifel gilt für Professionelle und Laien die Unterstützungspflicht nach Art. 128 StGB, Unterlassung der Nothilfe, selbst wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass die Situation eine andere war [41].

Kein Arzt kann gegen seinen Willen gezwungen werden, Dienstleistungen zur Planung oder Durchführung eines assistierten Suizides zu übernehmen.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes besteht zwar gemäss der aktuellen Auslegung von Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) [42] das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens entscheiden zu können – Urteilsfähigkeit vorausgesetzt; ein Anspruch auf Beihilfe zum Suizid seitens des Staates oder Dritter besteht aber klar nicht [43]. Daher kann kein Arzt gegen seinen Willen gezwungen werden, Dienstleistungen zur Planung oder Durchführung eines assistierten Suizides (z.B. Ausstellung eines Rezeptes, Beurteilung der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen assistierten Suizid etc.) zu übernehmen.

Das Strafgesetzbuch enthält keine Einschränkungen für medizinische Professionelle bezüglich der Beihilfe zum Suizid. Im ärztlichen Standesrecht, formuliert in den Richtlinien der SAMW, welche aktuell in Überarbeitung sind, ist festgehalten, dass die Beihilfe zum Suizid keine ärztliche Aufgabe sei. Der Arzt sei im Gegenteil dazu verpflichtet, allfälligen Suizidwünschen zugrunde liegende Leiden nach Möglichkeit zu lindern. In Grenzsituationen könne der Arzt auf der Grundlage eines persönlichen Gewissensentscheides Beihilfe zum Suizid leisten, wenn die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertige, dass das Lebensende nahe sei, wenn alternative Möglichkeiten der Hilfestellung erörtert und soweit gewünscht auch eingesetzt worden seien und der Patient urteilsfähig, sein Wunsch wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft sei [44].

Es gab in den vergangenen Jahren immer wieder Diskussionen darüber, ob der Bereich der organisierten Suizidbeihilfe rechtlich zu regulieren sei. Der Bundes-

rat sprach sich 2011 gegen ein umfassendes Aufsichts-gesetz aus und hielt fest, dass die Aufgabe des Staates in erster Linie der Schutz des Lebens vor Angriffen Dritter sei. Dies ergebe sich aus Art. 2 EMRK («Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, [...]») [45], aus Art. 6 des UNO-Pakts II («Jeder Mensch hat ein angeborenes Recht auf Leben. Dieses Recht ist gesetzlich zu schützen. [...]») [46] und aus Art. 10 der Bundesverfassung («Jeder Mensch hat das Recht auf Leben. [...] Jeder Mensch hat das Recht auf persönliche Freiheit, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit.[...]») [47]. Das Recht auf Leben beinhaltet auch die positive Verpflichtung des Staates, rechtliche und administrative Massnahmen zu treffen, um Eingriffe in das Recht auf Leben zu verhindern, abzuwenden und zu bestrafen. Für die Suizidbeihilfe sei nicht ausschliesslich das in Art. 8 EMRK garantierte Selbstbestimmungsrecht massgebend, es müsse auch die in Art. 2 EMRK festgeschriebene objektive Garantie des Rechtes auf Leben mit berücksichtigt werden [48]. Der Bundesrat verzichtete auf eine Änderung von Art. 115 StGB, um die Suizidhilfeorganisationen nicht staatlich zu legitimieren und dadurch die Unantastbarkeit menschlichen Lebens zu relativieren [49].

Ethische Überlegungen

Während rechtlich die Abgrenzung zwischen Fremdtötung und Suizidbeteiligung klar definiert ist, stellt sich die Situation medizinisch-ethisch deutlich schwieriger dar.

Dass Menschen in Notsituationen kommen können, in denen sie ihr Leiden als unerträglich und ihr Leben als nicht mehr lebenswert beurteilen, ist nur allzu menschlich und wird wohl immer vorkommen. Beim assistierten Suizid tritt nun aber eine zweite Person, die nicht in dieser Notlage ist, hinzu. Um Beihilfe zum Suizid leisten zu können, muss sie sich die Beurteilung des Lebens des Suizidwilligen als «nicht mehr lebenswert» zu eigen machen. Sie muss sich entscheiden, ob sie dem zum Suizid Entschlossenen ein Gegenüber sein will, das versucht, ihm Wert zurückzugeben, ihm neue Perspektiven im Umgang mit einer schwierigen Situation aufzuzeigen oder die schwierige Situation mit ihm auszuhalten. Oder ob sie die Beurteilung des Leidens als unerträglich und des Lebens als nicht mehr lebenswert mitvollzieht und den zum Suizid Entschlossenen in seiner Sichtweise bestärkt. Da menschliche Autonomie immer eine Autonomie in Beziehung ist («Selbstbestimmung braucht das Gegenüber» [50]) wird die Haltung der Menschen, die Suizidwilligen begegnen, immer auch den Suizidwunsch in die eine oder andere Richtung beeinflussen – die Selbstbestimmung

entlässt keinen Mitmenschen und erst recht keinen Arzt aus der Verantwortung [51].

Die Frage, ob es überhaupt einen frei verantworteten Suizid (Bilanzsuizid) gibt, was Voraussetzung für den assistierten Suizid wäre, bleibt unter Psychiatern umstritten [52–56]. Angesichts der Verschiebungen in der Alterspyramide mit Zunahme der älteren Menschen und der Forderung des sogenannten Altersfreitodes durch einige Gruppierungen [57], warnen Gerontologen und Gerontopsychiater eindringlich, dass durch eine

Die Gefahr, dass Sterbehilfe zu einem Instrument der Thanatopolitik in demographisch alternden Gesellschaften wird, ist nicht von der Hand zu weisen.

Stigmatisierung des Alters und die fehlende Behandlung psychischer Erkrankungen wie Depression aufgrund der Fehlannahme, Schwermut gehöre zum Alter, die Anzahl der Suizide alter Menschen, die nicht als Bilanzsuizide gelten können, steigen wird [58–60]. Die Debatte über die Kosten im Gesundheitswesen und die gleichzeitige Herabwürdigung von Alter und Gebrechlichkeit birgt die Gefahr in sich, dass der Druck auf ältere Menschen steigt und sie den assistierten Suizid als Ausweg sehen. Die Gefahr, dass Sterbehilfe zu einem Instrument der Thanatopolitik in demographisch alternden Gesellschaften wird, die mit dem Druck einhergeht, aus ökonomischen Gründen «sterben wollen zu sollen», ist nicht von der Hand zu weisen [61–63]. Gegenvorschläge für eine nachhaltige Sozialpolitik angesichts der demographischen Entwicklung, welche die Wahrung der Würde alternder Menschen und eine neue Kultur der Sorge am Ende des Lebens einschliessen, liegen vor. Sie sollten dringend diskutiert werden [64].

Auch die ärztliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit (Art. 16 ZGB) [65] im Hinblick auf einen assistierten Suizid wirft medizin-ethische Fragen auf. Muss eine Urteilsunfähigkeit attestiert werden, geschieht dies immer zum Schutz der beurteilten Person und im Hinblick auf einzelne Handlungen/Geschäfte. Soll der Arzt nun eine Urteilsfähigkeit in Bezug auf den geplanten Suizid attestieren, geht es nicht um den Schutz des Menschen in einer vulnerablen Situation, sondern um die Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine Tat, deren Folgen wohl keiner abschätzen kann und die unumkehrbar ist [66].

Neue Daten aus Oregon, die nach der Legalisierung des assistierten Suizids erhoben wurden, zeigen, dass die Hoffnung nicht berechtigt war, die auch für Dritte grausamen Suizide wie solche mit Waffen oder Eisenbahn würden sich nunmehr in assistierte Suizide «verwandeln»: Die Gesamtzahl der Suizide zwischen 1990 und 2013 nahm zu, die Zahl der nichtassistierten Suizide nahm nicht ab [67].

Die Statistik der Schweiz zeigt in den letzten Jahren eine ähnliche Tendenz: Während die Zahl nicht assistierter Suizide seit Jahren stabil bleibt, hat die Zahl der assistierten Suizide 2014 gegenüber 2009 um das Zweieinhalbfache zugenommen [68]. Die bestehenden Erkenntnisse über den Werther-Effekt, also die soziale Ansteckung von realem und fiktivem Suizidverhalten [69], lassen vermuten, dass die Medienberichterstattung an diesem Anstieg nicht unbeteiligt sein dürfte. In der deutschen Berichterstattung, welche die Diskussion um den neuen deutschen §217 StGB begleitete, und in der Schweizer Berichterstattung über assistierte Suizide Prominenter wurden diese Erkenntnisse nicht umfassend berücksichtigt. Würden die Grundsätze sorgfältigst beachtet, den Suizidenten, die Methode, den Ort, die Lebensverhältnisse und die Gründe so abstrakt wie möglich zu beschreiben, könnten Nachahmungstaten verhindert werden [70, 71]; beispielhaft für die zahlreich vorliegenden aus der Forschung resultierenden Empfehlungen sei diejenige der World Health Organisation (WHO) genannt [72]. Medienberichterstattung kann sogar über den Papageno-Effekt («Halt ein, o Papageno!») protektiv wirken und Suizide verhindern, wenn sie von suizidalen Menschen berichtet, die Auswege aus ihrer Notsituation fanden und ihre Suizidalität überwinden konnten [73, 74]. Sowohl die Darstellung des Suizids als auch die der Überwindung von Suizidalität haben klar Vorbildfunktion. Angesichts dieser Erkenntnisse ist es besonders heikel, dass positiv besetzte, fiktive Geschichten über assistierten Suizid in sehr emotionalisierter Darstellung in grossem Ausmass Einzug in Fernsehserien und Filme gehalten haben.

Passive Sterbehilfe

Als passive Sterbehilfe bezeichnet man den Verzicht auf respektive den Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen [75, 76]. Bei der passiven Sterbehilfe steht der Todeseintritt nicht in Zusammenhang mit einer Handlung, sondern mit der Unterlassung einer potentiell lebensverlängernden Behandlung. Unterlassungsdelikte sind dann strafbar, wenn der Täter gegenüber dem Opfer eine Garantenstellung innehat und ihm in der Folge eine (gesetzliche oder vertragliche) Handlungspflicht obliegt (vgl. Art. 11 StGB) [77]. Dem behandelnden Arzt kommt diese Garantenstellung zu; insoweit kann er sich daher einer Tötung durch Unterlassung strafbar machen [78].

Die Garantenpflichten werden im Fall der passiven Sterbehilfe aber durch den Gesundheitszustand, die autonomen Entscheidungen des Patienten und die Verhältnis-

mässigkeit beeinflusst. Hat der Patient in urteilsfähigem Zustand eine gültige Entscheidung gegen lebensverlängernde Massnahmen getroffen, so ist der Arzt daran gebunden und muss den Entscheid respektieren, auch wenn dadurch das Leben des Patienten verkürzt wird. Tritt dadurch der Tod ein, ist dies dem Arzt nicht als Verletzung einer Garantenpflicht zuzurechnen [79]. Verhältnismässigkeit meint, dass Nutzen und Risiko einer medizinischen Handlung abgewogen werden müssen. Häufig wird von Ärzten der Nutzen von medizinischen Interventionen überschätzt (z.B. Ernährung bei fortgeschrittener Tumorerkrankung bei fehlender Option einer tumorspezifischer Therapie).

Die Garantenstellung des Arztes wird aber nicht durch den Verzicht auf oder den Abbruch von lebensverlängernden Massnahmen beendet, denn der Patient ist auf palliative Massnahmen zur Symptomlinderung und auf menschliche Zuwendung durch den Arzt weiterhin angewiesen [80].

Dem behandelnden Arzt kommt eine Garantenstellung zu; insoweit kann er sich einer Tötung durch Unterlassung strafbar machen.

Der Behandlungsabbruch beziehungsweise -verzicht angesichts des Sterbeprozesses ist auch gemäss Standesordnung der FMH [81] und den SAMW-Richtlinien erlaubt [82].

Wenn der Patient nicht mehr urteilsfähig ist, gelangt das seit dem 01.01.2013 geltende Erwachsenenschutzrecht zur Anwendung. Liegt eine Patientenverfügung vor, gilt diese unter der Voraussetzung, dass sie nicht gegen gesetzliche Vorschriften verstösst (z.B. wenn aktive direkte Sterbehilfe gefordert wird), dass der freie Wille des Verfassers nicht angezweifelt werden muss und dass es keine Hinweise darauf gibt, dass der mutmassliche Wille des Verfassers der Patientenverfügung nicht mehr entspricht (vgl. Art. 370 und 372 ZGB) [83, 84].

Unabhängig vom Bewusstseinszustand des Patienten ist das Leben bis zum Eintritt des Gesamthirntodes geschützt. Daher darf der Arzt nicht ohne Weiteres lebenserhaltende Massnahmen beenden, sofern der Sterbeprozess noch nicht begonnen hat [85]. Liegt eine Patientenverfügung vor, muss diese beachtet werden. Ist die Situation nicht in der Verfügung erfasst oder liegt keine Verfügung vor, entscheiden die Vertreter des Patienten über die Anwendung respektive Weiterführung lebensverlängernder Massnahmen gemäss dessen mutmasslichem Willen und dessen Interessen (vgl. Art. 378 ZGB) [86]. Vorbehalten ist ein Einschreiten der Erwachsenenschutzbehörde (vgl. Art. 381 ZGB) [87]. In dringlichen Fällen ergreift der Arzt die medizinischen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen beziehungsweise im besten Interesse des urteilsunfähigen Patienten.

Korrespondenz:
Dr. med. Karen Nestor
Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin
Palliativzentrum
Kantonsspital St. Gallen
Rorschacherstrasse
CH-9007 St. Gallen
karen.nestor[at]kssg.ch

Das Wichtigste für die Praxis

- Die Kenntnis der strafrechtlichen Regelungen zum Tötungsverbot ist wesentlich, um die Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe zu erkennen.
- Über das Strafrecht hinaus ist wichtig, ethische Begründungen des Tötungsverbot zu kennen und daran einen eigenen Standpunkt zu entwickeln.
- Beim assistierten Suizid kann auch aus Grundrechten und der Straffreiheit des Suizids weder juristisch noch ethisch ein Anspruch auf Hilfe zum Suizid abgeleitet werden.
- Wer zum Suizidwunsch eines anderen Menschen Stellung bezieht, sollte sich bewusst sein, dass er mit seiner Stellungnahme eine Wirkung auf den Suizidwunsch des potentiellen Suizidenten hat, dass er bei Zustimmung zum Suizidwunsch des anderen dessen Beurteilung seines Leidens als «unerträglich» und seines Lebens als «nicht lebenswert» unterstützt und dass es sich um einen Einzelfallentscheid handelt.
- Solide palliativmedizinische Kenntnisse sind einerseits für eine optimale Symptomkontrolle nötig und geben andererseits Sicherheit, die Schmerztherapie am Lebensende von der aktiven direkten oder indirekten Sterbehilfe abzugrenzen.

higen Patienten (vgl. Art. 379 ZGB) [88]. Bei Unsicherheit sollte in schwierigen Situationen eine ethische Fallbesprechung einberufen werden.

Disclosure statement

Karen Nestor ist Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK. Der Beitrag gibt den persönlichen Standpunkt der Autorin wieder.

Die anderen Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter www.medicalforum.ch.

Das Editorial zu diesem Artikel finden Sie auf den Seiten 730–731 in dieser Ausgabe.