

Stellungnahme des Instituts für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) zum Entwurf des „Sterbeverfügungsgesetzes“ (StVfG)

11. November 2021

Mit dem Erkenntnis des VfGH vom 11.12.2020, das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aufzuheben, wurde der bis dahin umfassende Lebensschutz aller Bürger aufgegeben. Dies bedeutet eine Zäsur in der bisherigen Rechtsordnung. Bislang galt der Tod dann als menschenwürdig, wenn alles unternommen wird, um bei Menschen in Krankheit und existentiellen Krisensituationen Schmerzen zu lindern, Angst zu nehmen und Beistand zu leisten. Nun steht auch Tötung als mögliche Option im rechtlichen Raum. Damit wird nicht nur das bisherige Selbstverständnis von ÄrztInnen, ApothekerInnen und Pflegenden in Frage gestellt, die ihre Rolle im Dienste am Leben sehen und nicht in der Mitwirkung an Tötungen. Es ist auch zu befürchten, dass eine tendenziell beobachtbare gesamtgesellschaftliche Werteverchiebung beschleunigt wird in Richtung Entsolidarisierung mit jenen, die alt, schwach und krank sind oder nicht den Kriterien ökonomischer „Leistungserbringer“ entsprechen.

IMABE lehnt es daher aus ethischer Perspektive grundsätzlich ab, dass der Staat Dritte dazu legitimiert, Beihilfe zur Selbsttötung (direkt oder indirekt) zu leisten.

Es ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber erst aufgrund des VfGH-Entscheids in die Not einer gesetzlichen Regelung von Selbsttötungen unter Mithilfe Dritter gebracht wurde. Der Gesetzgeber sollte, so der VfGH, dafür sorgen, vulnerable Gruppen zu schützen und Missbrauch zu verhindern. Allerdings: Suizidprävention abzusichern und gleichzeitig Suizide zu ermöglichen, führt augenscheinlich zu Dilemmata, die auch der vorliegende Gesetzesentwurf nicht lösen konnte.

Wir erlauben uns auf einige erhebliche Mängel im Gesetzesentwurf zur Sterbeverfügung hinzuweisen, die unseres Erachtens korrigiert werden müssten.

1. Präziser Sprachgebrauch: „Suiziderklärung“ statt „Sterbeverfügung“

Der Ausdruck „sterbewillige Person“ ist sprachverschleiern und irreführend und sollte durch das Wort „suizidwillig“ ersetzt werden. Entsprechend sollte auch der Name des Gesetzes „Suiziderklärung“ oder „Selbsttötungserklärung“ heißen. Für Wünsche im Zusammenhang mit dem Lebensende und Sterben gibt es schon jetzt bewährte Instrumente wie etwa die Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Im vorliegenden Fall geht es aber nicht bloß um das Sterben, sondern um das Prozedere einer Selbsttötung mithilfe Dritter.

2. Absicherung des Verbots der Tötung auf Verlangen (§77 StGB)

Der jetzige Gesetzesentwurf lässt vermissen, dass keine verfassungsrechtliche Absicherung des Verbots der Tötung auf Verlangen vorgesehen ist. Diese sollte dringend nachgeholt werden.

3. Ablehnung der Beihilfe zum Suizid auch für juristische Personen absichern

Positiv zu vermerken ist die Sicherstellung der Gewissensfreiheit für alle involvierten Personen ohne Ausnahme, eine ärztliche Aufklärung durchzuführen oder bei der Errichtung einer Suiziderklärung mitzuwirken. Dies gilt offensichtlich nicht nur für ÄrztInnen und das Pflegepersonal, sondern auch für ApothekerInnen, Rechtsanwälte und Notare.

Im Gesetzestext fehlt hingegen eine Erklärung, dass auch die Träger von Krankenhäusern oder Pflegeheimen berechtigt sind, Suizidbeihilfe im Sinne des Gesetzes auszuschließen. Hier handelt es sich um ein gravierendes Versäumnis. Es ist jedenfalls im Gesetz sicherzustellen, dass Institutionen nicht gezwungen werden können, in ihren Häusern Suizidbeihilfe durchzuführen bzw. durchführen zu lassen und dies auch zu keinen Benachteiligungen führt.

Laut WHO sind mindestens 6 Personen von einem Suizid betroffen. Juristische Personen müssen das Recht haben, andere PatientInnen bzw. HeimbewohnerInnen vor einem „Werther-Effekt“ zu schützen. Außerdem muss das Recht bestehen, die eigenen Mitarbeiter vor einem sog. moral distress zu schützen: Wenn ÄrztInnen und Pflegendе dauerhaft mit

Situationen konfrontiert sind, die sich mit ihrem Berufsethos nicht vereinbaren lassen, führt dies zu hohen psychischen Belastungen, Burnout-Gefährdung usw.ⁱ.

Ebenso ist ausdrücklich im Gesetz festzuhalten, dass niemand, weder die behandelnden MedizinerInnen noch Pflegekräfte, ApothekerInnen, Notare, Rechtsanwälte oder sonstige Personen eine Verpflichtung haben, auf die Möglichkeit einer Suiziderklärung hinzuweisen.

4. Eingrenzung auf Patienten mit einer terminalen Erkrankung

In § 6.(3) 2. werden neben PatientInnen mit unheilbaren, zum Tode führenden Krankheiten auch PatientInnen als Zielgruppe angeführt, die „an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit anhaltenden Symptomen leiden, deren Folgen die betroffene Person in ihrer gesamten Lebensführung dauerhaft beeinträchtigen, wobei die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringt“. Damit werden auch Personen mit einer nicht lebensbedrohlichen Krankheit inkludiert.

Hier handelt es sich um eine gefährliche Aufweichung, die der ursprünglichen Intention des Gesetzesentwurfes diametral entgegensteht. Denn was bedeutet „schwere“ Erkrankung? Schwer, unheilbar und dauerhaft krank ist z.B. auch ein Mensch, der erblindet ist. Aber auch viele ältere multimorbide Menschen oder Menschen mit Behinderung oder Unfallopfer fallen unter diese Kategorie.

Hier wird einer Alters- und Behindertendiskriminierung Vorschub geleistet, die inakzeptabel ist und die Intention des Gesetzes, vulnerable Gruppen zu schützen, konterkariert.

Wo ein assistierter Suizid ohne Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung erlaubt ist, zeichnet sich ab, wer die gefährdetste Gruppe ist: Ältere und Hochaltrige. In der Schweiz etwa hat sich die Zahl der assistierten Suizide seit 2010 verdreifachtⁱⁱ, sie liegen mit 1.176 Fällen bereits über der Anzahl der „normalen“ Suizide (1.002). 88,5 Prozent aller assistierten Suizide werden von SeniorInnen (65+) (Hauptwohnsitz Schweiz) begangen. Der US-Report *The Danger of Assisted Suicide Laws* (2019)ⁱⁱⁱ des National Council on Disability (NCD) zeigt, dass die häufigsten Gründe, warum Menschen mit Behinderung Beihilfe zum Suizid beantragen, nicht Schmerzen sind, sondern eine unzureichende Unterstützung und mangelnde Hilfen in der Alltagsbewältigung.

Eine Beschränkung auf die terminale Phase wäre deshalb ein wichtiger Schutz vor Missbrauch. Der Artikel § 6.(3) 2. sollte daher gestrichen werden.

5. Aufklärung über Alternativen zum Suizid von der Aufklärung über das Suizidpräparat trennen – Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizbetreuung

Problematisch ist auch §7 (2): Die Aufklärung soll von zwei ärztlichen Personen (eine davon mit palliativmedizinischer Qualifikation) erfolgen und sowohl (1.) Behandlungsalternativen als auch (2.) die Information über die Dosierung und Einnahme des Präparats beinhalten. Gerade PalliativmedizinerInnen verstehen sich jedoch nicht als SuizidhelferInnen, sondern als ÄrztInnen, die dem Patienten konkrete Angebote zur Linderung seines Zustandes machen, die Ängste nehmen, Raum geben, um Todeswünsche und die dahinterliegenden Motive anzusprechen, mit dem Ziel, dem Betroffenen einen Ausweg aufzuzeigen und ihn/sie vom Suizid abzubringen. In die Rolle eines „Erfüllungsgehilfen“ gedrängt zu werden, ist gerade für PalliativmedizinerInnen eine Zumutung. Die Aufklärung über Dosis und Einnahme des tödlichen Giftes sollte daher getrennt von zwei anderen ÄrztInnen übernommen werden, damit auf diese Weise gewährleistet ist, dass suizidpräventiv handelnde ÄrztInnen nicht in einen Gewissenskonflikt kommen, gleichzeitig über Suizidprävention und Suizidbeihilfe aufklären zu müssen.

Auf eine palliative Behandlung und psychosoziale Betreuung muss zudem jede/r Patient/in ein Anrecht haben, auch ohne vorab vom Arzt/Ärztin auf seine Entscheidungsfähigkeit hin geprüft und als zweiten Schritt (§7 2,2) über die Dosierung und Einnahme eines tödlichen Präparates aufgeklärt worden zu sein.

In diesem Sinne ist auch ein Rechtsanspruch auf Palliativ- und Hospizversorgung einzufordern.

6. Verpflichtend psychiatrische Fachexpertise einbeziehen

In §7 (4) wird erwähnt, dass bei „Hinweisen“ auf eine psychische Erkrankung ein/e Psychiater/in beigezogen werden soll. Angesichts der Tatsache, dass schon jetzt AllgemeinmedizinerInnen bzw. nicht fachspezifische ÄrztInnen mit einer derartigen Beurteilung häufig überfordert sind (z.B. beim Erkennen einer Altersdepression^{iv}), müssen gerade bei suizidwilligen Personen ÄrztInnen mit einer psychiatrischen Fachexpertise im Rahmen der Aufklärung zur Errichtung von Sterbeverfügungen verpflichtend miteinbezogen werden.

7. Fristen verlängern

Zu §8 (1): wenn § 6.(3) 2 nicht gestrichen wird, ist eine Errichtungsfrist der Suiziderklärung zwölf Wochen nach der ersten ärztlichen Aufklärung jedenfalls zu kurz. Meist können innerhalb dieser Zeit Alternativangebote (Palliativstation, Palliative Betreuung, Pflegeheim, psychosozialer Dienst, usw.) nicht rechtzeitig in Anspruch genommen werden. Auch im Fall psychiatrischer Erkrankungen braucht es mehr Zeit, bis Behandlungen wirken. Daher sollte die Frist auf mindestens 6 Monate erhöht werden.

8. Assistierter Suizid ohne Sterbeverfügung muss strafbar sein

In den Erläuterungen wird unter § 78, Z4 (S.16/17) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass als Voraussetzung für einen assistierten Suizid keine „Sterbeverfügung“ zwingend errichtet werden, sondern lediglich eine ärztliche Aufklärung erfolgen muss. Damit würde sich das Gesetz als zahnlos erweisen und seine ursprüngliche Intention– nämlich Kautelen zum Schutz vulnerabler Personengruppen einzuziehen - untergraben. Auch ist nicht klar, wo und wie diese Aufklärung dokumentiert werden soll. In jedem Fall muss die Straflosigkeit des assistierten Suizids an das Vorliegen einer Suiziderklärung geknüpft sein.

Gezeichnet von:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli
Direktor

Prof. Dr. Enrique H. Prat
Generalsekretär

Mag Susanne Kummer
Geschäftsführerin

ⁱ vgl. Mathews JJ, Hausner et al. A. Impact of Medical Assistance in Dying on palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*. 2021;35(2):447-454. doi:10.1177/0269216320968517)

ⁱⁱ Schweizer Statistischen Bundesamts ([Pressemitteilung, 14.12.2020](https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuer-medienschaffende.assetdetail.15084042.html), <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuer-medienschaffende.assetdetail.15084042.html>)

ⁱⁱⁱ Assisted Suicide Laws and their Danger to People with Disabilities (9. October 2019), https://ncd.gov/sites/default/files/NCD_Assisted_Suicide_Report_508.pdf (Zugriff: 10.11.2021)

^{iv} Laut dem Deutschland-Barometer Depression der *Stiftung Deutsche Depressionshilfe* leiden rund 30 Prozent aller Altenheimbewohner an einer akuten Depression, die jedoch selten adäquat behandelt wird. vgl. IMABE-Bioethik aktuell, 16.12.2019 <https://www.imabe.org/bioethik-aktuell/archiv/einzelansicht/altersforschung-depressionen-bleiben-bei-aelteren-menschen-haeufig-unerkannt> (Zugriff: 10.11.2021)