

Gutachten Nr. 59 vom 27. Januar 2014 über die ethischen Aspekte der Anwendung des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe

Inhalt

Befassung des Ausschusses

I. Rechtlicher Rahmen – Das Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe

1. Definition von Sterbehilfe und Leitgrundsätze
2. Notwendige Bedingungen (Artikel 3 § 1)
3. Form- und Verfahrensbedingungen (Artikel 3 § 2)
4. Vorgezogene Willenserklärung zur Sterbehilfe (Artikel 4)
5. Die gesellschaftliche Kontrolle des Gesetzes: Verfahren und Zusammensetzung des Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschusses (FCEC)
6. Rolle der Apotheker (Artikel 3bis)
7. Gewissensfreiheit (Artikel 14)
8. Natürlicher Tod

II. Ethische und juristische Betrachtungen

A. Zur ethischen Haltung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Lebensende und der Sterbehilfe im Sinne des Gesetzes

A.1. Erster Standpunkt: Argumente gegen eine Sterbehilfepolitik der Pflegeeinrichtungen

- a. Ziel und Inhalt des Gesetzes vom 28. Mai 2002
- b. Die Gewissensfrage im (Bio)medizinrecht
Vergleich der Gesetze über die Sterbehilfe, den Schwangerschaftsabbruch und die medizinisch begleitete Fortpflanzung von dieser Warte aus
- c. Die rechtlich anerkannte und garantierte therapeutische Freiheit
- d. Die therapeutische Freiheit als ethische Bedingung
- e. Eine Überweisungspflicht?
- f. Art und Bedeutung einer Sterbehilfebitt und der Umgang damit
- g. Schlussfolgerung aus dem ersten Standpunkt

A.2. Zweiter Standpunkt: Argumente für eine Sterbehilfepolitik der Pflegeeinrichtungen

- a. Ethik, Gesetz und Gewissen
- b. Gute medizinische Praxis, Pflegekultur und Ethik der Einrichtungen
- c. Menschliche Solidarität als Unterstützung der Autonomie des Patienten
- d. Wie denken diese Mitglieder über die Überweisungspflicht?
- e. Schlussfolgerung aus dem zweiten Standpunkt

B. Apropos „Lebensendekliniken“, Sonderabteilungen innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen

III. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

A. Übereinstimmungen

- A.1. Die Achtung des Patienten
- A.2. Einhaltung des Gesetzes vom 28. Mai 2002
- A.3. Achtung der beruflichen Autonomie des Arztes
- A.4. Überweisungspflicht
- A.5. Fortführung der Pflege

A.6. Die „Lebensendekliniken“

B. Divergenzen

B.1. In der ersten Frage

B.2. In der zweiten Frage

Anlage 1

1. Anzahl und Verteilung der Sterbehilfefälle
2. Sterbehilfe in der Praxis
3. Die Diagnosen, die zur Sterbehilfe geführt haben
4. Häufigster Fall: aktuelle Bitte und Ableben in absehbarer Zeit erwartet
5. Anhaltende, unerträgliche, nicht zu lindernde Schmerzen
6. Entscheidungen des FCEC
7. Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen der ersten fünf Ausschussberichte

Anhang 2

Lebensendeklinik in den Niederlanden

Anhang 3

Einrichtungsspezifische Vorgehensweisen – Beispiele

Anhang 4

Bibliographische Angaben zu einigen Studien über die Sterbehilfepraxis

Befassung des Ausschusses

In einem Brief vom 3. Februar 2011 hat Frau Laurette Onkelinx, Ministerin für Soziales und Volksgesundheit, dem Beratenden Bioethik-Ausschuss zwei Fragen gestellt:

„Könnte der Ausschuss deshalb folgende zwei Punkte von der ethischen, sozialen und rechtlichen Warte aus untersuchen:

1. das Prinzip einer solchen Klinik [deren einziges Ziel es wäre, den Patienten am Ende seines Lebens zu begleiten], deren Aufgabe es sein würde, jedem Patienten, der die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, den Zugang zu einem medizinischen Umfeld zu ermöglichen, das das Prinzip der Sterbehilfe ideologisch nicht verwirft;
2. die Tatsache, dass eine Pflegeeinrichtung Sterbehilfe ablehnt oder zusätzliche Bedingungen zu den gesetzlichen Bedingungen stellt, unter anderem mit Blick auf die therapeutische Freiheit?

Am 14. Februar 2011 bat der flämische Minister für Wohlbefinden, Volksgesundheit und Familie, Herr Jo Vandeuren, seinerseits den Ausschuss um ein Gutachten: „Den Beratenden Bioethik-Ausschuss möchte ich um ein Gutachten bitten über die Umriss einer Politik zur Gestaltung des Lebensendes in Pflegeeinrichtungen (Krankenhäusern und Alten- und Pflegeheimen), auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen. Dieses Gutachten soll den Pflegeeinrichtungen Lösungsvorschläge unterbreiten, wie sie mit diesem heiklen Problem in der Wechselwirkung Patient/Benutzer, Arzt und Einrichtung unter Achtung der Patientenrechte und der Gewissensfreiheit im Rahmen einer Qualitäts- und Selbstbestimmungspolitik für das Lebensende umgehen sollen.“

Am 14. April 2011 erhielt der Ausschuss eine neue Frage von Frau Onkelinx „bezüglich der Sterbehilfe für Patienten, die sich nicht in einem Endstadium befinden“. Anlass zu dieser Frage war eine parlamentarische Anfrage an sie bezüglich „der Frage, ob es notwendig oder wünschenswert ist, den Anwendungsbereich des Gesetzes zu erweitern“.

In seiner Vollversammlung vom 09. Mai 2011 hat der Ausschuss diese Frage für zulässig erklärt und einen verkleinerten Ausschuss eingesetzt, der die „ethischen Aspekte der Anwendung des Gesetzes über die Sterbehilfe“ prüfen sollte. In diesem Kontext hat dieser Ausschuss die Fragen wie folgt formuliert:

- Kann eine Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Altenheim) **in ihren Mauern** die Anwendung von Sterbehilfe (nach der Definition des Gesetzes vom 28. Mai 2002) **verbieten** oder in ihren Vorschriften Bedingungen zu den im Gesetz genannten Bedingungen hinzufügen?
- Muss man kompetente Fachkliniken oder Auffangstrukturen errichten (mit dem alleinigen Ziel, Patienten am Ende ihres Lebens zu begleiten), deren Aufgabe es unter anderem wäre, jedem Patienten, der die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, den Zugang zu einem medizinischen Umfeld zu ermöglichen, das das Prinzip der Sterbehilfe ideologisch nicht verwirft?

Die Ausschussmitglieder haben beschlossen, in einem ersten Gutachten die Fragen zu beantworten, die unmittelbar mit den ethischen Problemen zusammenhängen, die die Anwendung des bestehenden Gesetzes bereitet. Die mehr auf die Zukunft gerichtete Frage vom 14. April 2011 wird in einem späteren Gutachten behandelt werden. Die Ausschussmitglieder sind nämlich der Ansicht, dass sich diese Frage grundsätzlich auf eine mögliche Erweiterung des Anwendungsbereichs des Gesetzes bezieht. Das ist eine weiterführende Debatte, die auf einer anderen Ebene stattfindet.

Nach einer Vorstellung des rechtlichen Rahmens des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe (I) werden sowohl die ethischen als die juristischen Überlegungen zur Vorgehensweise der Pflegeeinrichtungen beim Zugang zur Sterbehilfe (II.A) und zur eventuellen Errichtung von Spezialeinrichtungen, die in der Lage sind, Patienten am Ende ihres Lebens zu begleiten (II.B) dargelegt; das Gutachten schließt mit Empfehlungen zu den zwei Fragen, die Gegenstand dieses Gutachtens sind(III).

I. Rechtlicher Rahmen – Das Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe

Sterbehilfe ist die Handlung, durch die ein Arzt das Leben eines Patienten auf dessen Bitte hin vorsätzlich beendet. Das Gesetz vom 28. Mai 2002 gibt dem volljährigen, handlungsfähigen Patienten die Möglichkeit, freiwillig, überlegt und wiederholt um Sterbehilfe zu bitten, wenn er sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage befindet und sich auf eine anhaltende, unerträgliche körperliche oder psychische Qual beruft, die nicht gelindert werden kann und die Folge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens ist. Das Gesetz führt also eine Entkriminalisierung der Sterbehilfe unter strengen Bedingungen ein und beschreibt das Verfahren, das der Arzt bei einer solchen Bitte einzuhalten hat.

Bei den wichtigsten Aspekten des Gesetzes geht es um die Definition von Sterbehilfe und ihre Leitgrundsätze, die angeführten Bedingungen und ihre Auswirkungen, die vorgezogene Willensäußerung von Personen, die nicht mehr bei Bewusstsein sind, die gesellschaftliche Kontrolle des Gesetzes, die Rolle der Apotheker, die Gewissensfreiheit, die Gleichstellung mit dem natürlichen Tod und die Frage der Hilfe bei der Selbsttötung¹.

1. Definition von Sterbehilfe und Leitgrundsätze

Artikel 2 des Gesetzes übernimmt die vom Beratenden Bioethik-Ausschuss vorgeschlagene Definition: unter Sterbehilfe versteht man die von einer Drittperson ausgeführte Handlung, durch die dem Leben einer Person auf deren Bitte² hin vorsätzlich ein Ende gesetzt wird. Das Nichteinleiten oder der Abbruch einer Behandlung oder die Verabreichung schmerzlindernder Mittel – Handlungen, die zur medizinischen Praxis gehören – werden nicht als Sterbehilfe betrachtet.

Das Sterbehilfegesetz hat hybride Züge: Es wurde in das Bürgerliche Gesetzbuch – im Kapitel über Medizinrecht – aufgenommen, hat aber auch strafrechtliche Aspekte, weil es die Sterbehilfe entkriminalisiert, wenn sie von einem Arzt gewährt wird, der die vorgeschriebenen Bedingungen und Vorgehensweise genau einhält. Dieses Gesetz ist also eher eine an Bedingungen geknüpfte Entkriminalisierung als eine Legalisierung der Sterbehilfe.

¹ Nachfolgende Passagen stammen größtenteils aus Herremans J., "Mourir dans la dignité. La loi belge relative à l'euthanasie, une réponse légale", *Frontières*, vol. 24, nos 1-2, 201 1-2012, S. 76-79 (Abschnitt "Eléments fondamentaux de la loi du 28 mai 2002").

Für eine Beschreibung des Gesetzes vom 28. Mai 2002 siehe auch Bussche F. und Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 20022012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, VUB Press, 2012; Genicot G., *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2010, S. 649-674; Adams M. et Nys H., "Euthanasia in the Low Countries: Comparative Reflections on the Belgian and Dutch Euthanasia Act", in Schotsmans P. und Meulenbergs T. (éd.), *Euthanasia and Palliative Care in the Low Countries*, Leuven, Peeters, 2005, S. 5-33.

Siehe auch De euthanasie doorgelicht, Kluwer, 2003; Nys H., *Recht en bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Lannoo Campus, 2010, S. 118-132; Nys H., *De wet op de euthanasie*, Kluwer, 2004; Schamps G. et Van Overstraeten M., "La loi belge relative à l'euthanasie et ses développements", in *Loyauté, justice et vérité. Liber amicorum Henri-D. Bosly*, La Chartre, 2009, pp. 337-355; Schamps G., "La fin de vie - soins palliatifs et euthanasie - en droit belge. Situation actuelle et perspectives", *Actes du colloque Jacques Cartier, Fin de vie et mort au XXIème siècle, Revue générale de droit médical*, 2013, Nr. 48, S. 117-144.

Für einen immer noch relevanten ausführlichen Kommentar vor Verabschiedung des Gesetzes siehe Velaers J., "Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie", in *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood*, Maklu, 1 996, S. 469-574.

² Siehe Gutachten Nr. 1 vom 12. Mai 1997 des Beratenden Bioethik-Ausschusses über die Relevanz einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe, Punkt I. (siehe www.health.be/bioeth).

Obwohl die Achtung der Selbstbestimmung der menschlichen Person ein Leitgrundsatz des Gesetzes vom 28. Mai 2002 ist, muss betont werden, dass der Grundsatz der menschlichen Selbstbestimmung in diesem Fall nicht absolut ist. Es genügt nicht, dass der Patient um Sterbehilfe bittet; der Arzt muss auch zusammen mit dem Patienten zu dem Schluss kommen, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt sind.

2. Notwendige Bedingungen (Artikel 3 § 1)

Die Sterbehilfe muss von einem Arzt geleistet werden: Er oder sie darf diese Verantwortung auf keinen Fall weitergeben, zum Beispiel an eine Pflegeperson. Der Arzt muss sich vergewissern, dass folgende drei Hauptbedingungen erfüllt sind:

1. Die Bitte muss freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert worden sein und nicht durch Druck von außen zustande gekommen sein; diese Bitte muss von einem handlungsfähigen, das heißt volljährigen und urteilsfähigen Patienten ausgehen.
2. Der Patient muss sich auf eine unerträgliche körperliche oder psychische Qual berufen.
3. Der Patient muss sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage infolge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens befinden.

Erste Bedingung: auf Bitte des Patienten

Die Bitte des Patienten spielt in diesem Gesetz eine Hauptrolle: Ohne Bitte des Patienten kann keine Rede von Sterbehilfe sein. Nach diesem Gesetz kann eine Bitte, die zum Beispiel von einem Familienmitglied oder von einer anderen Person als dem Patienten ausgehen würde, nicht als Sterbehilfe gewertet werden.

Der belgische Gesetzgeber hat 2002 nicht die Möglichkeit vorgesehen, dass Minderjährige um Sterbehilfe bitten können, mit Ausnahme entmündigter Minderjähriger, einer sehr kleinen Personenkategorie. Weil das Sterbehilfegesetz auf dem Grundsatz der Selbstbestimmung des Patienten beruht, hat der Gesetzgeber angesichts des mangelnden Konsens über diesen Punkt während der Parlamentsdebatten 2002 beschlossen, sich auf die Erwachsenen zu beschränken. Es ist allerdings anzumerken, dass das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten eine andere Definition der „medizinischen“ Volljährigkeit eingeführt hat: Der minderjährige Patient, von dem angenommen werden kann, dass er zur vernünftigen Einschätzung seiner Interessen in der Lage ist, kann in der Tat eine Behandlung ablehnen, auch wenn diese Ablehnung zur Verkürzung seines Lebens führt (Artikel 12 § 2).

Das Sterbehilfegesetz betont den notwendigen freiwilligen und überlegten Charakter der Bitte des Patienten:

Artikel 3 § 1: „die Bitte [ist] freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert worden ist und nicht durch Druck von außen zustande gekommen“;

Artikel 3 § 2: „sich des anhaltenden Charakters [...] seiner Bitte vergewissern“;

Artikel 3 § 3 Nr. 1: „... den freiwilligen, überlegten und wiederholten Charakter der Bitte“.

Das Anliegen des Gesetzgebers ist eindeutig: Sterbehilfe darf auf keinen Fall bei Bitten in Frage kommen, die aus einer vorübergehenden Depression heraus oder unter Druck von äußeren Faktoren formuliert werden.

Der Patient muss auch handlungsfähig und urteilsfähig sein, wenn er seine Bitte formuliert. Die Frage nach der Handlungsfähigkeit muss nicht im streng juristischen Sinne des Konzepts, sondern nach der Fähigkeit des Patienten geprüft werden, seinen medizinischen Zustand und die

Herausforderungen, vor denen er steht, zu begreifen: Es ist nicht nur eine Frage der Qual, sondern auch und vor allem von Leben und Tod.

Wir betonen, dass das Gesetz dem Patienten das Recht gibt, um Sterbehilfe zu bitten, aber kein Recht auf Sterbehilfe einräumt

Zweite Bedingung: unerträgliche körperliche oder psychische Qual

Diese Bedingung ist äußerst subjektiv: Wer ist am besten in der Lage, den unerträglichen Charakter seiner Qual zu beurteilen, wenn nicht der Patient? Aber es wird davon ausgegangen, dass der Patient mit seinem Arzt spricht, dessen erste Aufgabe es ist, eine Antwort auf die Beschwerden seines Patienten zu finden, nachdem er ihn angehört hat.

Die Parlamentarier waren zerstritten darüber, ob das Gesetz neben den körperlichen Qualen auch die psychischen Qualen erfassen sollte. Das Gesetz hat den Knoten durchgeschlagen: Es bestimmt, dass Qual sowohl vom Standpunkt der körperlichen Qual als vom Standpunkt der psychischen Qual analysiert werden kann. Es ist in der Tat manchmal möglich, körperlichen Schmerz zu unterdrücken, während man psychischer Qual hilflos gegenübersteht: der Aussichtslosigkeit, dem Würdeverlust, dem Gefühl, jegliche Bewegungsfreiheit zu verlieren. Der Gesetzgeber hat diese letzte Hypothese berücksichtigt: die Unmöglichkeit, eine angemessene Antwort auf psychische Qual zu finden, obschon die körperliche Qual kontrolliert werden kann.

Dritte Bedingung: ein schlimmes unheilbares Leiden

Der Gesetzgeber hat keine Liste der schlimmen und unheilbaren Leiden erstellt, die Gegenstand einer Bitte um Sterbehilfe sein können. Jeder Fall ist einzigartig: Eine Person, die an einer solchen Krankheit leidet, kann den Wunsch äußern, bis zum Äußersten zu gehen, ohne zu wollen, dass ihr Leben verkürzt wird. Durch die Erstellung einer Liste könnte Druck aufgebaut werden; dies entspricht nicht dem Willen des Gesetzgebers, die Entscheidungsfreiheit eines jeden zu achten.

Das Gesetz spricht von „aussichtslosem medizinischem Zustand“. Dies kann nicht mit dem Endstadium gleichgesetzt werden. Die Debatte hierüber ist zweifellos tiefgründig gewesen. Bis zum letzten Augenblick hat man Abänderungsvorschläge eingereicht, um den Begriff „Endstadium“ in das Gesetz aufzunehmen. Andererseits werden zusätzliche Bedingungen vorgesehen, wenn der Arzt der Meinung ist, dass ein Ableben in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist (siehe unten). Das Leiden kann die Folge eines Unfalls oder einer Krankheit sein.

3. Form- und Verfahrensbedingungen (Artikel 3 § 2)

Um sicherzustellen, dass die wichtigsten Bedingungen des Gesetzes eingehalten werden, hat der Gesetzgeber eine Reihe Schritte vorgesehen: eine schriftliche Bitte, die Informationspflicht des behandelnden Arztes, die Heranziehung eines zweiten und selbst eines dritten Arztes, zusätzliche Bedingungen, wenn ein Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist, das Gespräch mit dem Pflorgeteam, eventuell ein Gespräch mit den nächsten Familienangehörigen, die Eintragung aller Vorgänge in die medizinische Akte.

Schriftliche Bitte des Patienten

Die Bitte muss schriftlich formuliert werden; wenn der Patient nicht in der Lage ist, dies selbst zu tun, muss die Bitte in Anwesenheit des Arztes von einer Drittperson verfasst werden, die kein materielles Interesse am Tod des Patienten haben darf.

Informationspflicht des behandelnden Arztes

Der Arzt, dem die Bitte um Sterbehilfe unterbreitet wird, muss den Patienten vorab über seinen Gesundheitszustand, seine Lebenserwartung, die möglichen Behandlungen und die bestehende Palliativpflege informieren. Es geht also um die Pflicht, über die Palliativpflege zu informieren, und nicht um die Pflicht, Palliativpflege in Anspruch zu nehmen. Außerdem verleiht das Gesetz über die Rechte des Patienten dem Patienten das Recht, jede Pflege zu verweigern. Dasselbe Gesetz verlangt auch eine deutliche, für den Patienten verständliche Information.

Das Sterbehilfegesetz verlangt auch, dass der Arzt selbst mehrere Gespräche mit seinem Patienten führt, um sich zu vergewissern, dass dieser bei seiner Absicht bleibt. Der Patient kann nämlich jederzeit seine Bitte zurückziehen. Und diese Bitte darf nur das Ergebnis einer Wahl sein, nachdem der Patient alle nötigen Informationen erhalten hat.

Die Rolle des beratenden Arztes

Das Eingreifen eines beratenden Arztes, der die Dinge anders sieht, ist besonders dann nützlich, wenn der behandelnde Arzt, der seinen Patienten vielleicht schon jahrelang behandelt, zu stark emotional reagiert, und zwar sobald ein schlimmes und unheilbares Leiden festgestellt wird. Der beratende Arzt muss unabhängig von der therapeutischen Beziehung sein, die zwischen dem Patienten und dem Arzt, der die Bitte um Sterbehilfe erhalten hat, entstanden ist; er muss auch auf die jeweilige Pathologie spezialisiert sein. Er muss nicht nur den ärztlichen Bericht einsehen, sondern den Patienten auch untersuchen, um einerseits den schlimmen und unheilbaren Charakter des Leidens zu überprüfen und sich andererseits vom anhaltenden, unerträglichen und nicht zu lindernden Charakter der körperlichen oder psychischen Qual zu vergewissern.

Wir erinnern jedoch daran, dass körperliche oder psychische Qual ein äußerst subjektives Element ist: Der Patient kann im Prinzip am ehesten den unerträglichen Charakter beurteilen. Aber neben diesem subjektiven Charakter gibt es die wissens- und erfahrungsbasierte Beurteilung seitens des Pflegepersonals, des behandelnden und des beratenden Arztes, die unweigerlich mit folgender Frage konfrontiert werden: Ist es nicht möglich, diese Qual zu lindern und eine Behandlung vorzuschlagen, um die Schmerzen zu bekämpfen oder um gegen die psychische Qual anzugehen?

In absehbarer Zeit nicht zu erwartendes Ableben

Es werden strengere Bedingungen gestellt, wenn der Arzt der Meinung ist, dass das Ableben nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. In diesem Fall muss ein dritter Arzt eingreifen, nämlich ein zweiter beratender Arzt. Der Gesetzgeber verfolgt mit dieser Hypothese zwei Ziele: Einerseits will er sich vor der heiklen Definition des Begriffs „Endstadium“ oder „terminaler Patient“ drücken, andererseits möchte er Zeit gewinnen und mehr Garantien bieten, wenn das Ableben noch als weit weg betrachtet werden kann. Wenn das Ableben in den kommenden Tagen, Wochen oder Monaten erwartet werden kann, kann es nach Auffassung des Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschusses (FCEC) als Ableben in absehbarer Zeit betrachtet werden³.

³ Der Föderale Kontroll- und Bewertungsausschuss (FCEC) hat eine Informationsbroschüre für die Ärzte erstellt, siehe www.health.belgium.be/euthanasie (Veröffentlichungen). Die zweijährlichen Berichte an die gesetzgebenden Kammern können auf dieser Internetseite eingesehen werden; eine Zusammenfassung finden Sie in Anhang 1 zu diesem Gutachten.

Im Falle eines nicht in absehbarer Zeit zu erwartenden Ablebens muss zwischen der schriftlichen Bitte und dem Akt der Sterbehilfe mindestens eine einmonatige Frist eingehalten werden. Ein dritter Arzt muss zu Rate gezogen werden: ein Spezialist für die jeweilige Krankheit oder ein Psychiater. Seine Aufgabe wird hauptsächlich darin bestehen, den freiwilligen Charakter der Bitte und das Vorhandensein einer nicht zu lindernden Qual zu prüfen.

Gespräch mit dem Pflorgeteam

Wenn ein Pflorgeteam vorhanden ist, muss der Arzt die Bitte des Patienten mit dem Team oder mit Mitgliedern dieses Teams besprechen und deren Meinung einholen. Das Team hat aber keinerlei Entscheidungsgewalt.

Gespräch mit den Angehörigen

Das Gesetz sieht vor, dass der Arzt die Bitte des Patienten mit den von ihm benannten Angehörigen besprechen muss, wenn der Patient dies wünscht.

Medizinische Akte

Alle Vorgänge im Zusammenhang mit dem Sterbehilfverfahren müssen in der medizinischen Akte registriert werden.

4. Vorgezogene Willenserklärung bei Sterbehilfe (Artikel 4)

Der Gesetzgeber hat sich hinsichtlich der vorgezogenen Willenserklärung, die jeder Erwachsene oder jeder entmündigte Minderjährige verfassen kann, sehr restriktiv und formalistisch gezeigt. Diese Erklärung muss von zwei Zeugen unterschrieben werden, von denen wenigstens einer kein materielles Interesse am Ableben der Person haben darf, die die Erklärung verfasst. Sie muss innerhalb von fünf Jahren vor dem Zeitpunkt verfasst werden, wo es dem Patienten unmöglich ist, seinen Willen kundzutun. Sie kann jederzeit zurückgezogen oder geändert werden.

Der Arzt darf sich auf eine solche Willenserklärung nur dann stützen, wenn sich die Person, die die Erklärung verfasst hat, nach heutigem Stand der Wissenschaft in einem unumkehrbaren Zustand von Bewusstseinsverlust befindet.

Die Person, die die Willenserklärung verfasst, kann eine oder zwei Vertrauenspersonen benennen, die ihr(e) Wortführer sein wird (werden), wenn sie sich nicht mehr ausdrücken kann. Es handelt sich also nicht um Bevollmächtigte. Genauso wie die aktuelle Bitte eines urteilsfähigen Patienten hat die vorgezogene Willenserklärung keine zwingende Kraft, und der Arzt kann sich weigern, Sterbehilfe zu leisten (siehe weiter: Gewissensfreiheit).

Der Arzt muss übrigens folgende Formbedingungen und Verfahren einhalten: Konsultierung eines zweiten Arztes, der die medizinische Akte und den Patienten untersucht, um sich über den unumkehrbaren Charakter des Bewusstseinsverlustes zu äußern, Gespräch mit dem eventuellen Pflorgeteam, Gespräch mit der eventuellen Vertrauensperson, Gespräch mit den Angehörigen, die die eventuelle Vertrauensperson benannt hat.

5. Die gesellschaftliche Kontrolle des Gesetzes: Verfahren und Zusammensetzung des Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschusses (FCEC)

Binnen vier Werktagen nach der Sterbehilfehandlung muss der Arzt dem Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschuss, im Folgenden FCEC⁴ genannt, Meldung über die Anwendung des Sterbehilfegesetzes machen.

Die erste Aufgabe des FCEC besteht darin, die gesellschaftliche Kontrolle über die Sterbehilfehandlungen zu gewährleisten. Er muss also anhand der Erklärungen prüfen, ob die Ärzte die gesetzlichen Bedingungen eingehalten haben. Die Anonymität aller Beteiligten ist a priori sichergestellt. Nur im Zweifelsfall und nach einer Abstimmung mit einfacher Mehrheit kann der FCEC beschließen, die Anonymität aufzuheben. Wenn der FCEC bei einer Abstimmung mit Zweidrittelmehrheit der Meinung ist, dass die wesentlichen Bedingungen des Gesetzes nicht eingehalten worden sind, wird die Akte dem Prokurator des Königs übergeben. Der FCEC hat ferner einen Bewertungsauftrag und erstattet dem Parlament alle zwei Jahre Bericht über die Anwendung des Gesetzes.

6. Rolle der Apotheker (Artikel 3bis)

Seit der Verabschiedung des Gesetzes im Jahre 2002 ist der ursprüngliche Text nur einziges Mal geändert worden, und zwar auf ausdrückliche Bitte der Apotheker. Durch das Gesetz vom 10. November 2005 ist ein Artikel 3bis in das Gesetz vom 28. Mai 2002 eingefügt worden, der besagt, dass der Apotheker keine Straftat begeht, wenn er Medikamente für eine Sterbehilfe abgibt. Der Arzt hat auf der Verschreibung zu vermerken, dass diese Medikamente im Rahmen einer Sterbehilfe gebraucht werden sollen. Der Apotheker überreicht dem Arzt diese Medikamente persönlich. Die Behörden müssen die notwendigen Maßnahmen treffen, damit die erforderlichen Substanzen verfügbar sind, auch in den Apotheken außerhalb des Krankenhauses.

7. Gewissensfreiheit (Artikel 14)

Das Gesetz, das auf der Achtung der Selbstbestimmung und der körperlichen Unversehrtheit der Person beruht, die um Sterbehilfe bittet, hat dieselbe Achtung für den Arzt und für jede andere Person vorgesehen, die auf irgendeine Weise in ein Sterbehilfeverfahren eingreift.

Artikel 14 des Gesetzes besagt, dass kein Arzt verpflichtet ist, Sterbehilfe zu leisten, und dass niemand verpflichtet ist, sich an der Leistung von Sterbehilfe zu beteiligen. Wenn der zu Rat gezogene Arzt es aus einem persönlichen Grund wegen Nichtübereinstimmung mit seiner Überzeugung oder aus gleich welchem anderen Grund ablehnt, Sterbehilfe zu leisten, muss er seinen Patienten oder die eventuelle Vertrauensperson rechtzeitig davon in Kenntnis setzen und dabei die Gründe für seine Ablehnung angeben. Und auf Anfrage des Patienten oder der Vertrauensperson muss er einem anderen, vom Patienten oder von der Vertrauensperson angegebenen Arzt die medizinische Akte übermitteln.

8. Natürlicher Tod

Die Person, die infolge einer gesetzmäßigen Sterbehilfe verstirbt, wird als eine eines natürlichen Todes gestorbene Person betrachtet, unter anderem was die Lebensversicherungsverträge betrifft. Gleiches gilt für die Sterbeurkunden.

⁴ Der FCEC besteht aus 16 Mitgliedern: 8 Ärzten, 4 Juristen und 4 Mitgliedern aus Gruppen, die mit der Problematik von Patienten mit unheilbarer Krankheit zu tun haben. Das Sprachgleichgewicht muss gewahrt werden, genauso wie die pluralistische Zusammensetzung; der FCEC besteht also auch Mitgliedern, die nicht unbedingter Verfechter der Entkriminalisierung der Sterbehilfe sind.

Die Ausschussmitglieder hielten es für interessant, eine Zusammenfassung der (1) amtlichen Zahlen der seit dem 22. September 2002 (Datum des Inkrafttretens des Gesetzes) abgegebenen Erklärungen (Anhang 1) und (2) der Referenzen einiger Studien zur Sterbehilfepraxis und zur Anwendung des Sterbehilfegesetzes (Anhang 4) zu geben.

II. Ethische und juristische Betrachtungen

A. Zur ethischen Haltung der Pflegeeinrichtungen gegenüber dem Lebensende und der Sterbehilfe im Sinne des Gesetzes

Kann eine Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Altenheim) in ihren Mauern die Anwendung von Sterbehilfe (nach der Definition des Gesetzes vom 28. Mai 2002) verbieten oder in ihren Vorschriften Bedingungen zu den im Gesetz genannten Bedingungen hinzufügen?

Die gesetzliche Grundlage für die Problematik, die dieses Gutachten behandelt, liefert die Gewissensfrage, die Artikel 14 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 vorsieht. Diese Bestimmung hat folgenden Wortlaut:

„Die Bitte und die vorgezogene Willenserklärung, wie sie in den Artikeln 3 und 4 des vorliegenden Gesetzes vorgesehen sind, haben keinen zwingenden Charakter.

Ein Arzt kann nicht gezwungen werden, Sterbehilfe zu leisten.

Auch eine andere Person kann nicht gezwungen werden, sich an der Leistung von Sterbehilfe zu beteiligen.

Wenn der zu Rat gezogene Arzt es ablehnt, Sterbehilfe zu leisten, muss er den Patienten oder die eventuelle Vertrauensperson rechtzeitig davon in Kenntnis setzen und dabei die Gründe für seine Ablehnung angeben. Beruht die ablehnende Haltung auf einem medizinischen Grund, muss dieser Grund in der medizinischen Akte des Patienten aufgezeichnet werden.

Ein Arzt, der es ablehnt, einer Bitte um Sterbehilfe nachzukommen, ist verpflichtet, auf Anfrage des Patienten oder der Vertrauensperson dem vom Patienten oder von der Vertrauensperson angegebenen Arzt die medizinische Akte des Patienten zu übermitteln.“

Dieser Text gibt Anlass zu mehreren Kommentaren. Erstens ist es selbstverständlich, dass weder die aktuelle Bitte noch die vorgezogene Willenserklärung zwingenden Charakter haben dürfen. Das Gesetz schafft kein *Recht auf Sterbehilfe*, und generell kann ein Patient den Arzt nicht zwingen, Handlungen zu verrichten, die entweder in seinem Fall medizinisch nicht angezeigt wären (therapeutische Freiheit) oder die gegen seine persönliche Überzeugung verstoßen würden, wenn es um Handlungen mit starker ethischer Konnotation geht.

Das Gesetz bestätigt dies, indem es bestimmt, dass kein Arzt verpflichtet ist, Sterbehilfe zu leisten, und dass keine andere Person gezwungen werden kann, sich daran zu beteiligen⁵. Es geht um die formelle Erklärung, dass die bedingte Entkriminalisierung von Sterbehilfe an die Zuerkennung einer Gewissensfrage an den Arzt und an die anderen Pflegepersonen gekoppelt ist, die es ihnen ermöglicht, ihren eigenen moralischen oder religiösen Überzeugungen Vorrang vor der gesetzlichen Duldung zu geben. Weil der Arzt es ablehnen kann, Sterbehilfe zu leisten, darf er a fortiori die Bitte von zusätzlichen (medizinischen) Bedingungen – im Vergleich zu den gesetzlich festgelegten Bedingungen (cf. Artikel 3 § 2, erster Satz) - abhängig machen, insofern diese Bedingungen nicht auf Ausreden hinauslaufen und der Kranke rechtzeitig davon in Kenntnis gesetzt wird.

Das Gesetz regelt die Folgen der Tatsache, dass sich der zu Rate gezogene Arzt auf die Gewissensfrage beruft, die er anwenden kann⁶. Es bestimmt zuerst, dass der Arzt, der es ablehnt,

⁵ Die "anderen Personen" sind hauptsächlich Pflegepersonen und Apotheker. Siehe Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 201 2, S. 208-21 2, n° 383389.

⁶ Siehe Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 201 2, S. 208-21 2, n° 383389.

Sterbehilfe zu leisten, den Patienten oder die eventuelle Vertrauensperson *rechtzeitig* darüber informieren muss, mit Angabe der Gründe. Wenn seine Ablehnung medizinisch begründet ist, muss der Grund in die medizinische Akte des Patienten eingetragen, insofern er Auswirkungen auf den weiteren Verfahrensablauf haben kann. Das Gesetz bestimmt ferner, dass der Arzt, der einer Bitte um Sterbehilfe nicht stattgibt, die medizinische Akte auf Ersuchen des Patienten oder der Vertrauensperson dem von ihm oder von der Vertrauensperson benannten Arzt übermitteln muss.

Es scheint also wichtig, besser zu definieren, was der Gesetzgeber dem Arzt als zeitlich festgelegte Pflicht auferlegt, nämlich den Patienten rechtzeitig zu informieren.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass ein Patient, der mit einer ablehnenden Haltung eines Arztes konfrontiert wird, egal ob diese von der Einrichtung vorgegeben wird, der er angehört, oder nicht, in dem Augenblick, wo er die Bitte um Sterbehilfe effektiv an den Arzt richtet und wo er in seinem körperlichen Zustand nicht mehr in der Lage ist, nach einem anderen Dienstleister oder einer anderen Einrichtung zu suchen, nicht rechtzeitig informiert ist. Der Patient muss zu einem Zeitpunkt informiert werden, wo er noch die Entscheidungsfreiheit hat.

Wenn der Patient verspätet über die Ablehnung des Arztes oder die Verlängerung des Verfahrens informiert wird, könnte er sowohl den Arzt als die Pflegeeinrichtung für den dadurch erlittenen Schaden haftbar machen.⁷ Dieser Schaden wird vielleicht eine materielle Komponente besitzen (zum Beispiel steigende Kosten für weitere Behandlungen), aber vor allem eine moralische Komponente: Der Patient, der um Sterbehilfe bittet und fest davon überzeugt ist, dass er die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, aber an den strengeren Bedingungen der Pflegeeinrichtung scheitert, könnte sich verraten fühlen.

Diese Informationspflicht beruht auf der Selbstbestimmung des Patienten, auf seinem Recht auf Information und auf seinem Recht der freien Wahl des Dienstleisters: Sie gilt sowohl für den Arzt wie für die Einrichtung.

Wenn eine Einrichtung eine Marschroute festlegt, die keine Sterbehilfe zulässt oder diese erheblich einschränkt, ist sie grundsätzlich verpflichtet, dem Patienten dies bei seiner Einlieferung mitzuteilen, sicher in Situationen, wo dies relevant ist. Der Patient, der erst nach seiner Einlieferung mit dieser Haltung konfrontiert wird, die ihn de facto daran hindert, Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen, oder das entsprechende Verfahren erheblich erschwert, wird dadurch ungerecht behandelt und geschädigt: Dafür ist dann das Krankenhaus verantwortlich.

Bezüglich der Möglichkeit einer Einrichtung, eine mehr oder weniger eindeutige und transparente Marschroute bei der Sterbehilfe festzulegen, stehen sich zwei Standpunkte gegenüber.

⁷ Siehe auch Tack S. et Balthazar T., "Wettelijk kader voor instellingsbeleid in België" in *Palliatieve zorg en euthanasie in België. Evaluatie van de praktijk en de wetten*, Melc Consortium, Brussel, ASP 2011, S. 79.

A.1. Erster Standpunkt: Argumente gegen eine Sterbehilfepolitik der Pflegeeinrichtungen

a. Ziel und Inhalt des Gesetzes vom 28. Mai 2002

Dieses Gesetz zwingt niemanden, um Sterbehilfe zu bitten, die Handlung zu vollziehen oder sich daran zu beteiligen. Es schafft einen Freiraum, den der Arzt und der Kranke gemeinsam in der Intimität ihres Zwiegesprächs (unter Berücksichtigung der Ansichten des Teams und der Angehörigen und mit der unverzichtbaren Hilfe des beratenden Arztes) erkunden müssen, um – wie das Gesetz sagt (Art. 3 § 2 Nr. 1) – zu „der Überzeugung zu kommen, [...] dass es für die Lage, in der sich [der Patient] befindet, keine andere vernünftige Lösung gibt und dass die Bitte seitens des Patienten auf völlig freiwilliger Basis beruht.“

Diesem demokratisch verabschiedeten und folglich für alle verbindlichen Text – er verkörpert das in unserem Land geltende positive Recht – ging eine tiefgründige, hochwertige Debatte voraus. Zwei Jahre ununterbrochene Parlamentsarbeit, vor allem im Senat (Anhörungen, Umfragen, Konsultationen, Überlegungen und Abänderungsvorschläge; Parlamentsdokumente, Senat, Sitzungsperioden 1999-2000 und 2000-2001, Nr. 2-244) haben die Gewissen wachgerüttelt und Licht in eine Grauzone gebracht. In einer Materie, die von der strikten Anwendung des Strafrechts beherrscht war, hat der belgische Gesetzgeber einen innovativen, strukturierenden und zwingenden Rahmen geschaffen. Die belgische Freigabe der Sterbehilfe wurzelt in einer Kultur des politischen Pragmatismus und relativ großer Toleranz gegenüber bioethischen Fragen. Die teilweise, bedingte Entkriminalisierung der Sterbehilfe wird einem doppelten Interesse gerecht: dem des Patienten, dessen Selbstbestimmungsrecht anerkannt wird, und dem der Ärzteschaft, die gestärkt wird durch die Umwandlung einer vorher strafbaren Handlung in eine medizinische Handlung. Damit wird unterstrichen, dass die Handlung von einem Arzt vollzogen wird.

Diese Handlung, eine Antwort auf die Bitte eines leidenden Patienten, ihn bei seinem selbstgewählten Lebensende auf ruhige und humane Weise zu begleiten, setzt eines individuellen Patient-Arzt-Verhältnis voraus – eventuell mit der Hilfe von Dritten – und ist Gegenstand einer effektiven gesellschaftlichen Kontrolle, die angesichts der Schwere der Handlung legitim ist. Sie bleibt trotzdem eine medizinische Handlung, das Ergebnis der freien Begegnung zwischen Vertrauen und Gewissen, um ein berühmtes Zitat zu gebrauchen⁸, und entspricht dem Bedürfnis des Kranken, das durch seinen medizinischen Zustand und durch den Vorrang seiner Entscheidungsfreiheit diktiert wird.⁹

Das Gesetz vom 28. Mai 2002 ist im Wesentlichen ein Text aus dem Strafrecht; als solcher richtet er sich an eine deutlich identifizierte natürliche Person, in casu den Arzt, der mit der Bitte des Kranken konfrontiert wird. Das Gesetz sagt, dass „der Arzt, der Sterbehilfe leistet, [...] keine Straftat begeht“, wenn er angesichts einer aktuellen Bitte (Art. 3 § 1) oder einer vorgezogenen Willenserklärung (Art. 4 § 2) die vorgeschriebenen Bedingungen und Vorgehensweisen beachtet. Es ist von grundsätzlicher Bedeutung, sich diesen Punkt vor Augen zu halten, um eine kohärente Antwort auf die Frage nach der Rolle der Pflegeeinrichtungen zu geben, an die sich der Gesetzgeber nicht hat richten wollen. Wir erinnern daran, dass das Gesetz das Strafgesetzbuch bewusst nicht geändert hat – aus einem hauptsächlich symbolischen Grund – und dass die Anregung, sich an den Notzustand zu halten – der eine Beurteilung der vorhandenen Werte durch

⁸ Portes L, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1964, S. 159 et 168 : "Tout acte médical n'est, ne peut être et ne doit être qu'une confiance qui rejoint librement une conscience" (Aussage des Autors, damals Vorsitzender der französischen Ärztekammer, auf einer Konferenz im Jahre 1950).

⁹ In diesem Sinne, Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, *I ntersentia*, 2012, S. 204-207, n° 378-380.

den Richter voraussetzt, Fall für Fall – genauso ausdrücklich verworfen wurde; Gleiches gilt für den Vorschlag, die Bitte des Kranken vorab von einem „Expertenkollegium“ prüfen zu lassen. Es geht hier um politische und philosophische Entscheidungen, die durch den Text wiedergegeben werden und deshalb heute in Kraft sind.

Der belgische Gesetzgeber hat zur Klärung einer scharfen Debatte beitragen wollen, indem er der Einzelperson mehr Zugriff auf die Weise gibt, wie sie ihr Leben beendet. Gleichzeitig ging er auf ein echtes gesellschaftliches Bedürfnis ein, das aus der paradoxen Situation entsteht, dass der Fortschritt der Medizin es ermöglicht, das Leben zu verlängern, ohne immer dessen Qualität garantieren zu können. Diese letzte Forderung ist größtenteils subjektiver Art; deshalb ist kaum eine andere Lösung denkbar, als auf den Willen der Person einzugehen, deren Lebensende schwierig ist. Das moderne Medizinrecht konnte bei dieser Debatte über das Lebensende keine Richtung einschlagen, die der Haltung widersprach, die es im Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten verteidigt hatte.

Die gesetzliche Definition der Sterbehilfe („von einer Drittperson ausgeführte Handlung, durch die dem Leben einer Person auf deren Bitte hin vorsätzlich ein Ende gesetzt wird.“, Art. 2 des Gesetzes), präzise, deutlich und logisch, übernimmt die Definition, auf die sich der Beratende Bioethik-Ausschuss bereits in seinem ersten Gutachten¹⁰ geeinigt hatte. Es wird sofort präzisiert, dass die Drittperson nur ein Arzt sein kann, dem die Durchführung der Sterbehilfe gesetzlich vorbehalten ist, was dazu beiträgt, sie als medizinische Handlung zu qualifizieren. Der Arzt wird also den Tod des anderen auf dessen Bitte hin vorsätzlich herbeiführen; im Gegensatz zu anderen Haltungen, die man am Lebensende einnehmen kann, impliziert Sterbehilfe eine absichtliche Handlung. Man darf Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung nicht als Antonyme verstehen, wenn die Selbsttötung in einem medikalisierten Umfeld und mit denselben Garantien stattfindet. Beihilfe zur Selbsttötung wird von der heutigen Gesetzgebung nicht formell erfasst. In der Praxis werden Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung denselben Sorgfältigkeitsregeln unterworfen wie Sterbehilfe und vom FCEC als solche registriert. Man könnte sagen, dass Beihilfe zur Selbsttötung dasselbe moralische Gewicht hat wie Sterbehilfe (auch hier steht der Arzt dem Patienten bis zu seinem Tod bei), mit dem Unterschied, dass der Arzt dem Patienten die Mittel zur Verfügung stellt und selbst nicht eingreift.

Extrem wichtig ist es auch zu unterscheiden zwischen Sterbehilfe, in dieser Bedeutung, und verwandten Begriffen wie Behandlungsverweigerung, Abbruch (oder Nichteinleiten) einer medizinisch nutzlosen Behandlung oder anhaltende tiefe Sedierung des Patienten. Was die Palliativpflege betrifft, erinnern wir daran, dass ein sehr breiter Konsens besteht über die Akzeptanz der Schmerzunterdrückung und – parallel dazu – der Bewusstseinsunterdrückung mit Hilfe von Narkotika, selbst dann, wenn vorauszusehen ist, dass das Leben dadurch verkürzt wird, insofern keine Absicht besteht, es zu beenden¹¹. Es geht hier auch um eine gesetzliche und

¹⁰ In seinem ersten Gutachten vom 12. Mai 1997 über die Relevanz einer gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe (Belgischer Beratender Bioethik-Ausschuss, Gutachten 1996-2000, Garant, 2001, S. 11) kam der Ausschuss zu dem Schluss, dass es vier Standpunkte über die Zweckmäßigkeit einer gesetzlichen Regelung gab, ohne sich für einen von ihnen zu entscheiden; siehe auch die späteren Gutachten Nr. 9 vom 22. Februar 1999 über das lebensbeendende Handeln bei einwilligungsunfähigen Personen und Nr. 41 vom 16. April 2007 über die Einwilligung nach Aufklärung und DNR-Kodes.

¹¹ Artikel 2 Nr. 2 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten definiert „Gesundheitspflege“ als „Dienste, die von einer Berufsfachkraft zur Förderung, Feststellung, Wahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des Gesundheitszustands eines Patienten[, zur Veränderung seines Aussehens aus hauptsächlich ästhetischen Gründen oder aber zur Begleitung Sterbender] geleistet werden“ und Artikel 11 bis besagt: „Jeder soll von den Berufsfachkräften im Gesundheitswesen möglichst angepasste Pflege zur Schmerzverhütung, Schmerzaufmerksamkeit, Schmerzeinschätzung, -betrachtung, -behandlung und -linderung erhalten“. Das dritte große Gesetz, das

standesrechtliche Pflicht des Arztes. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten beinhaltet, dass er effektiv die Möglichkeit haben muss zu entscheiden, ob er sich in Behandlung gibt oder nicht. Wenn er keine Anstrengungen mehr unternehmen möchte, auch nicht die Anstrengungen, die eine Palliativpflege voraussetzt, ist es nicht gerechtfertigt, sie ihm aufzuzwingen.¹² Der Föderale Kontroll- und Bewertungsausschuss hat sich übrigens in diesem Sinne geäußert.¹³ Schließlich unterstreicht die „fast gleichzeitige“ Verabschiedung der Gesetze vom 28. Mai 2002 und 14. Juni 2002 „den Willen des Gesetzgebers, diese beiden Möglichkeiten auf dem belgischen Grundgebiet anzubieten.“¹⁴

Das Sterbehilfegesetz erlaubt dem Arzt, zusätzliche, ihm angemessen erscheinende Bedingungen¹⁵ an die Bitte oder den Entscheidungsprozess zu knüpfen, was bestätigt, dass es für ihn um eine Freiheit, einen individuellen Spielraum geht. Diese Möglichkeit entspringt (a fortiori) der Gewissensfrage, die das Gesetz ihm einräumt. Sie ist – nach dem Wortlaut des Gesetzes selbst – mit der Person des Arztes verknüpft. Wenn der Arzt zusätzliche Bedingungen auferlegen will, muss er „sich dem Patienten gegenüber in seiner persönlichen Haltung transparent zeigen und vor allem die medizinische Betreuung gewährleisten“, das heißt „wenn der Grund für die Ablehnung von Sterbehilfe medizinischer Art ist, muss dies in der medizinischen Akte vermerkt werden – wegen des Gewichts, die die Meinung des Arztes später haben könnte“¹⁶.

Folglich ist es für Ausschussmitglieder, die diesen Standpunkt vertreten, undenkbar, dass eine Einrichtung Sterbehilfe ohne weiteres radikal verbietet, sei es, dass sie die Handlung in ihren Mauern verbietet, sei es, dass sie den von ihr beschäftigten Ärzten und Personalmitgliedern verbietet, Sterbehilfe oder Beihilfe zur Sterbehilfe zu leisten, oder den Kranken untersagt, Sterbehilfe zur Sprache zu bringen oder eine Bitte um Sterbehilfe einzureichen. Unter „Einrichtung“ verstehen wir entweder das Krankenhaus, das Alten- und Pflegeheim oder das Altenheim, das einen Patienten beherbergt, der die strikten Bedingungen des Gesetzes vom 28. Mai 2002 erfüllt. Wie bereits hervorgehoben, schafft dieses Gesetz kein Recht auf Sterbehilfe, sondern einen Gesprächsraum, in dessen Rahmen der verurteilte und leidende Kranke seine Bitte formulieren kann – eine Bitte, die von der Ärzteschaft und vom Pflorgeteam in Absprache mit der Familie gehört und analysiert werden können muss. Sterbehilfe ist nur eine der zahlreichen Optionen am Lebensende, die statistisch gesehen marginal bleibt¹⁷. Die beispielhafte Besonderheit der

2002 verabschiedet wurde (Gesetz vom 14. Juni 2002 über die Palliativpflege) stärkt in dieser Hinsicht den rechtlichen Rahmen.

¹² Über die sowohl theoretisch als praktisch notwendige Unterscheidung zwischen der Logik der Sterbehilfe und der Logik der Palliativpflege, siehe Damas F., *La mort choisie. Comprendre l'euthanasie et ses enjeux*, éditions Mardaga, collection Santé en Soi, 2013, S. 117-126. Siehe unter anderem auch die "Schlussfolgerungen" von Distelmans W., *Euthanasie et soins palliatifs : le modèle belge. Pour le droit à une fin de vie digne*, Le Bord de l'Eau / La Mulette, 2012, S. 219-224.

¹³ In der "Informationsbroschüre für Ärzte", die den Bewertungsberichten des FCEC beiliegt, ist zu lesen, dass der FCEC der Meinung ist, dass man hinsichtlich der Frage, ob die Qual gelindert werden kann oder nicht, das Recht des Patienten berücksichtigen muss, eine Schmerzbehandlung oder selbst Palliativpflege abzulehnen, z.B. wenn die Behandlung mit Nebenwirkungen oder Verabreichungen verbunden sein sollte, die er als unerträglich betrachtet.

¹⁴ Delfosse M.-L., "Euthanasie et intégrité. Enjeux de la loi belge et relation médecin-patient: une réflexion éthique", *Frontières*, 2012, vol. 24, n° 1-2, S. 105-112, *in casu* S. 111.

¹⁵ Artikel 3 § 2 des Gesetzes : « Der Arzt muss, unbeschadet ergänzender Bedingungen, die er an seinen Eingriff knüpfen möchte, vorher und in allen Fällen [...]. Siehe diesbezüglich Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, *op. cit.*, S. 168-171, Nr. 303-305.

¹⁶ Leleu Y.-H. et Genicot G., "L'euthanasie en Belgique et aux Pays-Bas. Variations sur le thème de l'autodétermination", *op. cit.*, S. 30-31, Nr. 31; in die gleiche Richtung, Vansweevelt T., "De euthanasiewet: de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?", *T. Gez.*, 2003, S. 255.

¹⁷ Über die « Entscheidungen zur Lebensbeendigung (inklusive Sterbehilfe) » siehe unter anderem Distelmans W., *Euthanasie et soins palliatifs: le modèle belge. Pour le droit à une fin de vie digne*, Le Bord de l'Eau / La Mulette, 2012, S. 155-165. Über die Tatsache, dass das Gesetz vom 28. Mai 2002 kein Recht auf Sterbehilfe einführt, sondern das Recht, sie zu beantragen, ohne ihre Durchführung verlangen zu können,

Sterbehilfe ist, dass sie, zusammen mit der Beihilfe zur Selbsttötung, die einzige „medizinische Entscheidung zur Lebensbeendigung“ ist, bei der der Kranke – und nicht der Arzt – die Initiative hat: Sie ist gleichzusetzen mit bewusster Konfrontation mit dem Tod, „mit offenen Augen“ und beinhaltet für den Arzt eine vorsätzliche Handlung, die für ihn natürlich nicht harmlos ist¹⁸. In dieser Hinsicht unterscheidet sich Sterbehilfe zum Beispiel deutlich von terminaler Sedierung¹⁹.

Die Marschroute einer Einrichtung kann darin bestehen, dem medizinischen Personal möglichst eindringlich von der Sterbehilfeleistung abzuraten, manchmal unter Androhung direkter oder indirekter Sanktionen oder durch Klauseln in den Arbeitsverträgen, die vorschreiben, dass Ärzte und Pflegepersonal sich entsprechend den weltanschaulichen Grundsätzen der Einrichtung zu verhalten haben, oder durch Zensieren der Bitten der Kranken oder Einführung von Bedingungen oder „Filtern“, die das Gesetz nicht vorsieht, zum Beispiel eine vorherige Aufnahme in eine Palliativpflegeabteilung, die das Gesetz nicht verlangt²⁰. Studien zeigen, dass manche Einrichtungen, die zusätzliche Bedingungen zu den gesetzlichen Auflagen vorschreiben, oft in Form von schriftlichen Richtlinien, die Patienten und ihre Familie bei der Aufnahme nicht (systematisch) darüber informieren. Obschon die dort tätigen Ärzte oft über diese Richtlinien Bescheid wissen, werden die Patienten und ihr Umfeld in Unwissenheit gelassen. Diese erfahren erst davon in dem Augenblick, wo eine Bitte um Sterbehilfe spontan geäußert wird. Vorausgesetzt, eine solche Politik wäre erlaubt, ist es auf jeden Fall unannehmbar, dass sie der Öffentlichkeit nicht mitgeteilt wird; bei der Aufnahme in das Krankenhaus oder das Altenheim (und/oder das Alten- und Pflegeheim) müsste vollständige Transparenz herrschen, um die Rechte des Patienten voll und ganz zu wahren²¹.

Verschiedene Argumente stützen diesen Standpunkt.

b. Die Gewissensfrage im (Bio)medizinrecht

siehe Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 2012, S. 207-208, Nr. 381; Schamps G. et Van Overstraeten M., "La loi relative à l'euthanasie et ses développements", in *Liber amicorum Henri-D. Bosly*, La Chartre, 2009, S. 345.

¹⁸ Eine philosophische Analyse der Begriffe „(kritische) Pflege, Integrität des Patienten und des Arztes, Verfügbarkeit und existenzielle Kohärenz“ finden Sie bei Delfosse M.-L., "Euthanasie et intégrité. Enjeux de la loi belge et relation médecin-patient: une réflexion éthique", *Frontières*, 2012, vol. 24, Nr. 1-2, S. 105-112. Der Autor kommt zu folgendem Schluss: "Der Arzt kann, genauso wie die Angehörigen, nur dem Wort des Kranken vertrauen, der trotz seiner Angst vor dem Tod, diesen im Namen einer starken, frei entstandenen innerlichen Überzeugung verlangt. Die Achtung steigt in diesem Fall über die Achtung vor dem körperlichen Leben hinaus und wandelt sich um in Achtung vor diesem unergründlichen Geheimnis, dass der andere ist, der selbst Teil seiner Integrität ist. Unter bestimmten Bedingungen verleiht das Gesetz dieser moralischen Anforderung eine noch deutlichere zwingende Kraft, weil es sie zur sozialen Norm erhebt" (S. 111).

¹⁹ Siehe diesbezüglich unter anderem Raus K., Sterckx S. et Mortier F., "Continuous Deep Sedation at the End of Life and the 'Natural Death' Hypothesis" *Bioethics*, 2012, 26(6):329-36; Sterckx S., Raus K. et Mortier F., *Continuous Sedation at the End of Life. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge, 2013.

²⁰ Wir reden hier von der "Marschroute der Einrichtungen" und nicht von der „Gewissensfrage der Einrichtungen“. Dieser Begriff („politique institutionnelle“ im Französischen) scheint angemessener, weil die Konfrontation des eigenen Gewissens mit dem Gesetz keine institutionelle, sondern eine individuelle Prerogative ist, was einhellig anerkannt zu sein scheint (siehe weiter unten). Eine genaue Beschreibung dieser Marschroute finden Sie unter anderem bei Mortier F., "Ethische aspecten van euthanasie en de toepassing van de wet", in Bussche F. et Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 2002-2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, VUB Press, 2012, S. 76-79; Tack S. (2009), "Legal aspects of end-of-life decision policies in healthcare institutions", *Med. & Law* 28(4):725-738. Ein Team um J. Lemiengre hat die Sterbehilfepolitik in den flämischen Pflegeeinrichtungen analysiert: siehe unter anderem Lemiengre J. et al.

²¹ Mortier F., op. cit., S. 78.

Dass es eine zum individuellen Recht erhobene Gewissensfrage gibt, ist absolut denkbar. Obschon die philosophische Neutralität des Rechts Toleranz und Wohlwollen gegenüber den leidenden Kranken gebietet, verlangt sie auch, dass professionellen Pflegedienstleistern keine Gewalt angetan wird, indem man sie zwingt, eine Handlung zu vollziehen, die gegen ihr Gewissen verstößt. Denn es ist immer unter Hinweis auf das individuelle Gewissen, dass diese Möglichkeit, keine Handlung zu vollziehen, die man ablehnt (oder sich daran zu beteiligen), vorgestellt wird. Es leuchtet sofort ein, dass es schwierig ist, die Marschroute einer Einrichtung auf dieselbe Weise zu erklären: „Eine Person hat ein Gewissen, aber eine Einrichtung nicht“²².

Bei den Debatten im Parlament vor Verabschiedung des Gesetzes vom 28. Mai 2002 wurden mehrere Abänderungsvorschläge eingereicht, um die in Artikel 14 vorgesehene Gewissensfrage auf die Pflegeeinrichtungen auszuweiten; sie wurden allesamt verworfen. Während dieser Debatten schien kein politischer Wille in diese Richtung zu bestehen, was beweist, dass Artikel 14 des Gesetzes in dem hier dargelegten Sinn ausgelegt werden muss. Die späteren parlamentarischen Diskussionen nach Verabschiedung des Gesetzes bestätigen diesen Standpunkt²³.

Sylvie Tack, die sich speziell mit dieser Frage befasst hat²⁴, insbesondere hinsichtlich der Rechte des Menschen, wie sie auf europäischer Ebene gewahrt werden²⁵, findet ebenfalls, dass die Marschroute einer Einrichtung nur dann etwas wert ist, wenn sie dem fundamentalen Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht im Weg steht, ausreichend transparent ist und vernünftige Alternativen enthält, zum Beispiel die Verlegung des Kranken in ein anderes Krankenhaus. Schließlich gibt es zahlreiche Argumente, auf deren Grundlage behauptet werden kann, „dass ein den Ärzten von der Einrichtung a priori auferlegtes Verbot, Sterbehilfe zu leisten, gegen ihre berufliche Autonomie verstößt. Nach dieser Argumentation dürfen Pflegeeinrichtungen Ärzten für die Durchführung dieser Handlungen keine Beschränkungen auferlegen, sind vertragliche Absprachen hierüber nichtig und haben Ärzte de facto das Recht, Sterbehilfe innerhalb des gesetzlichen Rahmens zu leisten“²⁶.

Der Begriff „Gewissen“ ist juristisch wenig analysiert worden²⁷. Studien über die Gewissensfrage sind genauso dünn gesät²⁸. Die Gewissensfreiheit verweist auf den moralischen Pluralismus und

²² Bussche F. et Distelmans W., "Waarheen? Naar een netwerk voor een 'waardig levenseinde" in Bussche F. et Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 2002-2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, VUB Press, 2012, S. 344. Diese Autoren halten ein flammendes Plädoyer (S. 344-346) gegen restriktive Marschrouten von Einrichtungen, die die Autonomie des Patienten nicht achten.

²³ Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *Rev. dr. santé*, 2012-2013, S. 14-17. Der Autor kommentiert anschließend die verschiedenen "lehrmäßigen Auslegungen" von Artikel Absatz 3 des Gesetzes, unter anderem die von Tom Goffin (S. 17-19). Siehe auch Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 2012, S. 21-6, n° 398.

²⁴ Siehe unter anderem Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *op. cit.*, S. 22. (auch in Kurzform veröffentlicht in Bussche F. et Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 2002-2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, *op. cit.*, S. 125-149). Der Titel der von Sylvie Tack am 28. September 2012 an der Uni Gent verteidigten Doktorarbeit lautet *Het ethisch beleid in zorginstellingen: een juridische analyse met focus op levenseindezorg* (siehe diesbezüglich auch Backx P., "Les hôpitaux n'ont pas le droit d'interdire l'euthanasie", *Le Journal du Médecin*, 9 novembre 2012, S. 31). Siehe auch oben Tack S. (2009), "Legal aspects of end-of-life decision policies in healthcare institutions", *Med. & Law* 28(4), S. 725-738.

²⁵ Tack S. (2011), "Can hospitals prohibit euthanasia? An analysis from a European human rights perspective", *Med & Law* 30(2), S. 295-306.

²⁶ Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *op. cit.*, S. 22.

²⁷ Außer in der bemerkenswerten Doktorarbeit von Dominique Lazlo-Fenouillet, *La conscience*, Paris, L.G.D.J., *Bibliothèque de droit privé*, 1993, t. 235, 550 S.

²⁸ Siehe z.B. Montero E., "La loi contre la conscience : réflexions autour de l'objection de conscience", in *Jérusalem, Athènes, Rome. Liber amicorum Xavier Dijon*, Bruylant, 2012, S. 163-198; Rousset G., "La clause de conscience dans le domaine de la santé, une notion à la croisée des chemins", in Fortier V. und Violla F. (dir.), *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières,

auf die Grundsätze von Neutralität und Laizität²⁹. Sie ist integraler Bestandteil des positiven Rechts, das das Gewissen „in seiner moralischen Bedeutung“ begreift. Es geht nicht um das Gewissen im Sinne der unmittelbaren Kenntnis des innerlichen Seelenzustandes oder der äußeren Dinge, noch um die Möglichkeit, die der Mensch hat, um zu erfahren, dass er besteht, denkt oder Gefühle hat. Es ist keine spekulative Kenntnis noch eine Fähigkeit, sondern das Begreifen selbst in seiner Funktion als Führer beim Handeln. (...) Das moralische Gewissen ist das Werturteil, das durch die praktische Bewertung der Person, ob eine konkrete Tat gut oder schlecht ist, entsteht. Mit anderen Worten; das Gewissen betrachtet nicht, was im Allgemeinen gut oder schlecht ist, sondern beurteilt im Besonderen, hier und jetzt, die Tat, die geplant wird, dabei ist, ausgeführt zu werden, oder bereits vollzogen wurde³⁰.

Im positiven (Bio)medizinrecht gibt es die Gewissensfrage bei den Taten, die (1) vom Patienten erbeten werden – zu unterscheiden vom klassischen Schema, bei dem er dem zustimmt, was die Dienstleister ihm vorschlagen – und die (2) ethisch schwer wiegen: Sterbehilfe, aber auch Schwangerschaftsabbruch und medizinisch begleitete Fortpflanzung (und Forschung an Embryonen). Der Umstand, dass das Gesetz – dessen Anwendung eigentlich viel allgemeiner ist – diese Klausel ausdrücklich vorsieht für Eingriffe, bei denen die Initiative vom Patienten, und nicht vom Arzt ausgeht, ist natürlich kein Zufall. Die notwendige Folge ist, dass der Hinweis auf „eine Tat, die juristisch einforderbar wäre“, oder auf „eine rechtliche Pflicht“ hier von den Texten selbst widerlegt wird. Der Arzt ist zu keiner einzigen der vorgenannten Taten „verpflichtet“. Die Gesetze, die sie erlauben und ihre Tragweite abstecken, schaffen kein „Einforderungsrecht“, das die Patienten gegen die Ärzteschaft geltend machen können³¹. Kurzum, das Argument, demzufolge die Gewissensfrage nur bei Vorhandensein einer Pflichttat, der man sich entziehen dürfe, sinnvoll sein würde, ist hier nicht relevant³².

Vergleich der Gesetze über die Sterbehilfe, den Schwangerschaftsabbruch und die medizinisch begleitete Fortpflanzung von dieser Warte aus

Wenn die Gewissensfrage ausdrücklich formuliert wird, ist sie je nach Text verschieden. Artikel 350 Absatz 2 Nr. 6 des Strafgesetzbuches, der durch das Gesetz vom 3. April 1990 über den Schwangerschaftsabbruch eingefügt wurde, besagt: „Kein Arzt, Pfleger oder Pflegerin, kein Mitglied des paramedizinischen Personals kann zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden. Ein Arzt, der sich weigert, einen solchen Eingriff durchzuführen, ist verpflichtet, die Frau bei ihrem ersten Besuch über seine Weigerung zu informieren“. Diese Formulierung verweist eindeutig auf eine individuelle Stellungnahme des betreffenden Dienstleisters. Was den Schwangerschaftsabbruch betrifft, könnte man übrigens

2013, S. 289-317; Hiez D., "La clause de conscience ou la conscience source du droit?", in *Libres propos sur les sources du droit. Mélanges en l'honneur de Philippe Jestaz*, Paris, Dalloz, 2006, S. 209-224.

²⁹ Eine allgemeine Übersicht über die rechtliche Verpflichtung zum vernünftigen Kompromiss, die Auswirkungen der religiösen Überzeugungen und den Status der Gewissensüberzeugungen und deren Gegenüberstellung mit den Grundsätzen von Neutralität und Laizität und mit ihren Modalitäten und Anwendungen, unter anderem in der Öffentlichkeit, siehe *Maclure J. et Taylor C., Laïcité & liberté de conscience*, Paris, La Découverte, 2010.

³⁰ Montero E., *op. cit.*, S. 163-165.

³¹ Diese Feststellung liegt angesichts Artikel 14 Absatz 1 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 auf der Hand für die Sterbehilfe, gilt aber auch für die medizinisch begleitete Fortpflanzung im Rahmen des Gesetzes vom 6. Juli 2007. Die Behauptung muss für den Schwangerschaftsabbruch nuanciert werden, zumindest während der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft, wo es um eine Prerogative geht, die im Wesentlichen im Ermessen der schwangeren Frau liegt, die nicht gebeten wird, einen Zustand der Ausweglosigkeit zu rechtfertigen, der übrigens kaum objektivierbar ist (siehe Genicot G., *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2010, S. 546-553).

³² In diesem Sinne, mit Betonung des Nutzens, den die Gewissensfrage hier behält, Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 2012, S. 208, n° 382.

meinen, dass es in unserer Gesellschaft nicht mehr annehmbar wäre, dass die Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, als solche nicht garantiert wäre. Hervorzuheben ist übrigens, dass das Konstrukt der bedingten Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in vielerlei Hinsicht als technisches Modell für die Entkriminalisierung der Sterbehilfe gedient hat³³.

Bei der medizinisch begleiteten Fortpflanzung verhält es sich anders. Artikel 5 des Gesetzes vom 6. Juli 2007 ist diesbezüglich sehr explizit:

„Fertilitätszentren sorgen in Zusammenhang mit der Zugänglichkeit der Behandlung für ein Höchstmaß an Transparenz; es steht ihnen frei, in Bezug auf die an sie gerichteten Anträge die Gewissensfrage zu stellen.

Fertilitätszentren müssen den oder die Antragsteller binnen einem Monat nach der Entscheidung des zu Rate gezogenen Arztes über ihre Weigerung, dem Antrag Folge zu leisten, informieren.

Diese Weigerung erfolgt schriftlich und umfasst obligatorischerweise:

- 1. entweder die medizinischen Gründe für die Weigerung,*
- 2. oder die in Absatz 1 des vorliegenden Artikels erwähnte Berufung auf die Gewissensfrage,*
- 3. oder, wenn der oder die Antragsteller es gewünscht haben, die Adresse eines anderen Fertilitätszentrums, an das sie sich wenden können“.*

In diesem Text – der einzige, in dem das Gesetz den Begriff „Gewissensfrage“ als solcher verwendet, zumindest im (bio)medizinischen Bereich – sehen wir sofort, dass die Klausel auf die Fertilitätszentren als solche verweist. Dies gibt den Zentren die Möglichkeit, eine hauseigene Vorgehensweise zu entwickeln, die transparent ist und das angehende Elternpaar achtet, darüber hinaus aber das Produkt der Einrichtung und nicht nur eines einzelnen Arztes sein kann. Dies darf nicht als Anerkennung des Begriffs „institutionelles Gewissen“ ausgelegt werden, sondern eher als eine sprachliche Vereinfachung, die so zu verstehen ist, dass das angehende Elternpaar im Rahmen dieses Gesetzes in der Tat mit dem Fertilitätszentrum selbst eine Vereinbarung schließt, sowohl am Anfang des Prozesses der medizinisch begleiteten Fortpflanzung als für die Übertragung von Embryonen oder die Besamung mit Eizellen (Art. 7, 13 und 42 des Gesetzes vom 6. Juli 2007). Wie dem auch sei, die Schlussfolgerung ist eindeutig: Wenn der Gesetzgeber einer Gesundheitseinrichtung das Recht zuerkennt, sich auf die „Gewissensfrage“ zu berufen, tut er das ausdrücklich. Er hat es im Gesetz vom 28. Mai 2002 über Sterbehilfe nicht getan; daher „muss man in Artikel 14 Absatz 3 (dieses Gesetzes) keine Dinge herauslesen, die nicht drinstehen. Die Gesundheitseinrichtungen können folglich aus dem Sterbehilfegesetz kein Recht auf Gewissensgründe ableiten“³⁴.

c. Die rechtlich anerkannte und garantierte therapeutische Freiheit

In Belgien ist die therapeutische Freiheit des Arztes anerkannt. Laut Artikel 11 Absatz 1 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe³⁵ können den Dienstleistern – in erster Linie natürlich den Ärzten – keine

³³ Genicot G., op. cit., S. 650.

³⁴ Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *Rev. dr. santé*, 2012-2013, S. 19.

³⁵ Ein nummerierter K.E. hat Gesetzeskraft; er darf nur per Gesetz abgeändert oder aufgehoben werden.

Einschränkungen bei der Wahl der anzuwendenden Mittel auferlegt werden, weder bei der Diagnose noch bei der Einleitung und Durchführung der Behandlung³⁶.

Der Anwendungsbereich dieser Bestimmung betrifft die berufliche Qualifikation der Personen, also der Dienstleister, und nicht die Handlungen, die sie vollziehen. Sie haben in ihrem Beruf nicht nur die Denkfreiheit (d.h. die Freiheit, medizinische Überlegungen zum Fall ihres Patienten anzustellen), sondern sind vor allem bei den anzuwendenden Mitteln nicht eingeschränkt, weder bei der Diagnose noch bei der Durchführung der Behandlung; das Ziel ist, dem Patienten die bestmögliche Versorgung zu garantieren³⁷.

Dieses Recht wird standesrechtlich durch Artikel 36 des ärztlichen Ethikkodexes bekräftigt, der lautet: „Der Arzt verfügt über die diagnostische und therapeutische Freiheit“.

Diese dem Arzt zuerkannte Freiheit ermöglicht es ihm – fordert ihn aber auch dazu auf -, seinen Patienten die bestmögliche Versorgung zu gewähren, denn in Artikel 3 des ärztlichen Ethikkodexes heißt es: „Die Ausübung der Medizin ist eine eminent humanitäre Aufgabe; der Arzt wacht unter allen Umständen über die Gesundheit des Einzelnen und der Gemeinschaft. Um diese Aufgabe zu erfüllen, muss der Arzt, egal welche medizinische Disziplin er praktiziert, absolut kompetent sein und immer die menschliche Person achten“.

Das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten bekräftigt diese Pflicht des Arztes, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten (Artikel 5). Der Arzt, der seinem Patienten - unter Androhung von Haftbarkeit - Rechenschaft geben muss, kann von seinem Arbeitgeber (dem Krankenhaus) also nicht gezwungen werden, eine Haltung einzunehmen, die gegen diese Pflicht verstößt³⁸.

Man kann sich übrigens fragen, ob das Krankenhaus in diesem Fall nicht persönlich haftbar gemacht werden kann, nicht nur dem Arzt gegenüber, sondern auch dem Patienten gegenüber, dem der Zugang – in diesem Fall zum Sterbehilfverfahren – zu Unrecht eingeschränkt oder verweigert worden wäre³⁹.

Dieser wichtige Grundsatz wird auch im koordinierten Gesetz vom 14. Juli 1994 über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung (im sogenannten LIKIV-Gesetz) wiederholt, dessen Artikel 73 § 1 besagt, dass „der Arzt (...) nach seinem Gewissen und in vollständiger Freiheit [bestimmt], welche Pflege er den Patienten leistet“.

Die Beachtung dieses Grundsatzes ist auch Pflicht, weil jede Klausel einer Vereinbarung oder Vorschrift, die ihm widersprechen würde, nichtig ist. Artikel 12 des K.E. Nr. 78 lautet: „Die von den Dienstleistern [...] geschlossenen Vereinbarungen, die deren Entscheidungsfreiheit im Sinne von Artikel 11 verletzen, werden als ungeschrieben betrachtet“. Diese Freiheit des Arztes bindet auch seinen Arbeitgeber, das Krankenhaus, in Anwendung des am 10. Juli 2008 koordinierten Gesetzes über Krankenhäuser und andere Fürsorgeeinrichtungen; laut Artikel 144 § 1 dieses Gesetzes „(...) darf die Hausordnung keine Bestimmungen enthalten, die die berufliche Autonomie

³⁶ Siehe Goffin T., *De professionele autonomie van de arts, Die Keure, 2011, Nr. 276 eff.*; Genicot G., *Droit médical et biomédical, Larcier, 2010, S. 380 eff., not. S. 385*; Nys H. und Goffin T., "Recente ontwikkelingen met betrekking tot de autonomie van arts en patiënt", in *Medisch recht*, Nys H. und Callens S. (éd.), Die Keure, Themis, 2011, vol. 63, S. 41 eff.

³⁷ Leurquin X. und Kaiser M., "La liberté diagnostique et thérapeutique : un principe juridique à soigner...", in *Liber amicorum Michel Melchior*, Anthemis, 2010, S. 819.

³⁸ Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie ? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *Rev. dr. santé*, 2012-2013, not. S. 10, Nr. 16.

³⁹ Leurquin X. und Kaiser M., op. cit., S. 912.

des einzelnen Krankenhausarztes bei der Diagnose oder der Anwendung einer Behandlung einschränkt“.

Diese Einhaltungspflicht wird nochmals in den Artikeln 169 und 174 des ärztlichen Ethikkodexes wiederholt.

Schließlich kann nicht nur das Krankenhaus, sondern auch die Ärztekammer dieses individuelle Recht des Arztes nicht beschneiden. Die französische Rechtsprechung hat dies beim freiwilligen Schwangerschaftsabbruch verdeutlicht: Ein Abteilungsleiter kann seine Gewissensfrage geltend machen, kann aber nicht dieselbe Haltung von seinen Kollegen verlangen: Das wäre ein Verstoß gegen ihre berufliche Autonomie⁴⁰.

Obige Bestimmungen sind auf alle medizinischen Handlungen am Lebensende anwendbar: Einleitung einer schmerzlindernden lebensverkürzenden Behandlung, dauernde starke Sedierung, Sterbehilfe. Eine Pflegeeinrichtung kann dem Arzt also diesbezüglich keine Einschränkungen auferlegen, da es um Optionen geht, die zu seiner therapeutischen Freiheit gehören⁴¹. Sie kann auch nicht vorab eine Stellungnahme des Ethikrates des Krankenhauses über eine mögliche Behandlung am Lebensende verlangen; diese Stellungnahme, die sowieso nicht bindend ist, kann wohl auf Initiative des Arztes angefragt werden. Da das Gesetz vom 28. Mai 2002 diesbezüglich keine Abweichung enthält, muss man sich an den Grundsatz von Artikel 11 des Königlichen Erlasses Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe halten, der das Recht des Arztes auf therapeutische Freiheit bei allen medizinischen Handlungen bekräftigt, inklusive Sterbehilfe. Und dies umso mehr, als das Gesetz vom 28. Mai 2002 keine einzige Bestimmung über die Einrichtungen enthält - der Text ist nicht für sie bestimmt - und keine einzige gesetzliche Norm den Einrichtungen erlaubt, Sterbehilfe zu verbieten oder an Bedingungen zu knüpfen⁴². Die Anerkennung dieser therapeutischen Freiheit bei der Sterbehilfe wird durch zwei Sorten von Argumenten bestritten: Einerseits sei Sterbehilfe keine medizinische Behandlung, folglich sei die therapeutische Freiheit nicht auf sie anwendbar; andererseits würden die in Artikel 11 des K.E. Nr. 78 verwendeten Termini, die auf Artikel 2 § 1 Absatz 2 desselben Erlasses verweisen, zusammen Sterbehilfe ausschließen.

Die Autoren, die diese Meinung vertreten, bezeichnen Sterbehilfe als eine medizinische Handlung *sui generis* oder *in extenso*⁴³. Für sie hat diese Handlung sowieso kein therapeutisches Ziel oder ist keine Therapie, und so wie sie im Gesetz vom 28. Mai 2002 geregelt ist, stellt sie eine Handlung für sich dar.

⁴⁰ Siehe die von Haouli N., "La clause de conscience des professionnels de santé : étude comparée des jurisprudences constitutionnelles américaines et françaises", in *Santé, Religion et Laïcité* Nr. 13, Les Etudes Hospitalières, septembre 2011, S. 280-281 zitierte Rechtsprechung.

⁴¹ Delbeke E., *op. cit.*, S. 545, Nr. 981. Siehe die Ausführungen von Tom Goffin, unter anderem bei seiner Anhörung im verkleinerten Ausschuss. Wenn man Sterbehilfe als medizinische Behandlung betrachtet - was in den Augen der Mitglieder, die den hier vorgetragenen Standpunkt verteidigen, zweifellos der Fall ist -, ergibt sich aus dieser Haltung, dass Pflegeeinrichtungen diesbezüglich keine Richtlinien aufzwingen dürfen, weil sie dadurch die therapeutische Freiheit der Ärzte beschneiden würden.

⁴² Tack S., "Recht op (uitvoering van) euthanasie? Instellingsbeleid en de professionele autonomie van de arts", *Rev. dr. santé*, 2012-2013, S. 19. Nach Analyse der Legitimität der möglichen Rechtfertigungen der Einrichtungen für eine Einschränkung der beruflichen Autonomie der Ärzte (S. 10-14) schlussfolgert der Autor, dass ein absolutes Sterbehilfeverbot zumindest den Grundsatz der beruflichen Autonomie verletzt und folglich nicht zulässig ist.

⁴³ Nys H., "Euthanasie en therapeutische vrijheid", *Acta Hosp.*, 2002-2, S. 58-60 ; Nys H., "Euthanasie is geen medische handeling", *Acta Hosp.*, 1999-4, S. 71-72 ; Goffin T., *De professionele autonomie van de arts*, Die Keure, 2011, S. 27 *eff.*, insbesondere Nr. 81 und 203.

Dieser Standpunkt wird angefochten, insbesondere mit dem Argument, dass die gesetzgeberische Option des Gesetzgebers (Ausfertigung eines getrennten Gesetzes, das die Bedingungen für die Entkriminalisierung dieser Handlung festlegt) nicht neu und nicht innovativ ist. Sie wurde bereits gezogen, um andere medizinische Handlungen zu beurteilen, die ebenfalls gesellschaftliche Entscheidungen beinhalteten, zum Beispiel im Gesetz vom 3. April 1990 über den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch, im Gesetz vom 13. Juni 1986 über die Entnahme und Transplantation von Organen, im Gesetz vom 6. Juli 2007 über die medizinisch begleitete Fortpflanzung und im Gesetz vom 7. Mai 2004 über Experimente am Menschen. Es ist zumindest eine Handlung, die zur Medizin gehört, sodass die Anerkennung der therapeutischen Freiheit des Arztes gesichert ist⁴⁴.

Andere Argumente stützen ebenfalls die Bezeichnung der Sterbehilfe als medizinische Handlung: Das Gesetz erlaubt allein dem Arzt diese – entkriminalisierte – Handlung; diese Handlung ist auch während der parlamentarischen Beratungen als solche gewertet worden und kann als eine auf Bitte des Patienten angewandte Behandlung betrachtet werden. Schließlich übernimmt der Arzt die Verantwortung dafür unter denselben rechtlichen Bedingungen wie für alle anderen Handlungen, die er vollzieht⁴⁵.

Die Sterbehilfehandlung kann übrigens nicht auf die bloße Ausführung der tödlichen Handlung reduziert werden: Ihr muss eine Arztdiagnose vorausgehen, unter anderem über den medizinischen Zustand des Patienten, d.h. eine Bewertung seines Gesundheitszustands, für die nur ein Arzt zuständig ist. Der Arzt muss übrigens all seine Schritte in der Akte des Patienten dokumentieren.

Schließlich ist die Wahl der in den Artikeln 11 und 2 § 1 des K.E. Nr. 78 verwendeten Begriffe nicht ausschlaggebend: Dieser K.E. verwendet den Begriff „Mittel“ ganz allein, was nicht unvereinbar ist mit dem Sterbehilfverfahren; außerdem ist der ebenfalls verwendete Begriff „Behandlung“ viel älter als das Sterbehilfegesetz und darf nicht neu interpretiert werden. Ferner hat der Gesetzgeber Artikel 11 seit 2002 nicht abgeändert, um Sterbehilfe vom Anwendungsbereich des K.E. auszuschließen, obwohl er dies hätte tun können.

Wie dem auch sei, Sterbehilfe deckt sich mindestens de facto mit dem, was normalerweise als „medizinisches Handeln“ betrachtet wird. Der Nationale Rat der Ärztekammer hat übrigens in einem wichtigen, begründeten Gutachten vom 22. März 2003 (Gutachten über Palliativpflege, Sterbehilfe und andere medizinische Entscheidungen bezüglich des Lebensendes) eine Reihe Empfehlungen ausgesprochen⁴⁶.

Einige Einrichtungen führen schließlich als Argument für die Verweigerung der therapeutischen Freiheit des Arztes an, dass sie nicht verpflichtet sind, Sterbehilfe in ihr Pflegeangebot aufzunehmen⁴⁷. Sie berufen sich auf die Tatsache, dass es keine Anerkennungsnorm für Sterbehilfe gibt. Dieser Standpunkt, der in dem Sinne richtig ist, dass der Patient laut Gesetz vom 28. Mai 2002 kein Recht auf Sterbehilfe einfordern kann, berücksichtigt zu Unrecht nicht die gesetzliche Anerkennung der Sterbehilfe. Diese kann sowohl in einem Krankenhaus als in einem Altenheim geleistet werden und kann dort nicht verboten werden⁴⁸.

⁴⁴ Goffin T., *op. cit.*, Nr. 70 und 87.

⁴⁵ Delbeke E., *op. cit.*, S. 265-288, Nr. 479-518 ; Genicot, G., *Droit médical et biomédical*, Larcier, 2010, S. 672.

⁴⁶ Nachzulesen unter <http://www.ordomedic.be/nl/adviezen>.

⁴⁷ Goffin T., *op. cit.* Nr. 83 eff und Nr. 95 eff

⁴⁸ Vansweevelt T., "De euthanasie : de ultieme bevestiging van het zelfbeschikkingsrecht of een gecontroleerde keuzevrijheid?", *Rev. dr. santé*, 2003, S. 268 eff.; Tack S., *op. cit.*, Nr. 53; Goffin T., *op. cit.*, Nr. 116, der diesen auch von J. Ter Heerdt vertretenen Standpunkt kritisiert.

Selbst wenn sich die Einrichtung auf eine besondere philosophische Strömung beruft (sogenannte Tendenzrichtung, Hinweis auf die Antidiskriminierungsgesetzgebung), kann sie einen Arzt nicht sanktionieren (zum Beispiel indem sie ihn entlässt), der von seinem Recht auf therapeutische Freiheit Gebrauch gemacht hat. Er darf nicht als illoyal gegenüber seiner Einrichtung betrachtet werden, da es um eine Handlung geht, die nach den gesetzlichen Bedingungen vollzogen wird und übrigens durch das Berufsgeheimnis gedeckt ist. Die Einrichtung darf ihre Anschauung nicht als Grund benutzen, um die gesetzlichen Rechte des Patienten und des Arztes zu missachten; letztendlich ist es das Gewissen des Arztes, das ihn bei der Wahl der Behandlung seiner Patienten leiten muss.

Der Gesetzgeber hat also auf Gleichgewicht gesetzt: Er hat die Dynamik der Partnerschaft zwischen Patient und Arzt unter Achtung der Lebensentscheidungen des Patienten und des Gewissens des Arztes aufrechterhalten.

Wenn jemand (eine Einrichtung, ein Kollege, ein Dritter) einen Arzt zur Durchführung dieser Handlung zwingen wollte, kann der Arzt von seiner Gewissensfrage Gebrauch machen. Sollte man ihm diese Handlung verweigern wollen, dann kann er sich auf seine therapeutische Freiheit berufen.

Wenn erlaubt wird, dass sich eine Einrichtung – und außerdem ein Arbeitgeber – in diese Beziehung einmischt, droht die anerkannte Autonomie der Pflegebeziehung zwischen Arzt und Patient ernsthaft aus dem Gleichgewicht zu geraten, mit allen möglichen Gefahren von Entgleisungen. Es würde einer Einrichtung die Möglichkeit geben, ihren Ärzten vorzuschreiben, wie sie ihre Patienten zu versorgen haben, zum Beispiel aus wirtschaftlichen Gründen.

Zu dieser Schlussfolgerung kommt auch Evelien Delbeke, die meint, eine Einrichtung könne einem Arzt nicht verbieten, Sterbehilfe zu leisten, wenn die gesetzlich vorgesehenen materiellen und verfahrensrechtlichen Bedingungen erfüllt seien: Obschon der gesellschaftliche Rahmen, in dem der Arzt nach der traditionellen Sorgfaltsnorm handeln muss, besonders normativ ist und obschon Sterbehilfe viel strengeren Normen unterliegt als andere Behandlungen, bleibt sie eine medizinische Handlung, sodass ihre Durchführung den Ärzten vorbehalten bleibt, die als einzige in der Lage sind zu beurteilen, ob die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt sind. Sterbehilfe fällt also unter die therapeutische Freiheit des Arztes, die gesetzlich geschützt ist. Dies beinhaltet, dass dem Arzt hier keine restriktiven Richtlinien aufgezwungen werden können und dass er in keiner Weise wegen einer gesetzmäßig gerechtfertigten Entscheidung zur Lebensbeendigung bestraft werden kann. Diese Grundsätze gelten übrigens für alle medizinischen Entscheidungen am Lebensende⁴⁹

d. Die therapeutische Freiheit als ethische Bedingung

Das Sterbehilfverfahren wird vom Patient-Arzt-Verhältnis („colloque singulier“) beherrscht; der Umstand, dass andere Personen zu Rate gezogen werden können oder müssen, als Erstes ein zweiter Arzt, ändert nichts am rein zwischenpersönlichen Charakter des Sterbehilfverfahrens. Es ist der Arzt, der sich vergewissern muss, dass die Bitte des Kranken freiwillig, überlegt und wiederholt formuliert wird und dass sie nicht durch Druck von außen zustande gekommen ist; der Arzt muss feststellen, dass der medizinische Zustand des Patienten aussichtslos und die

⁴⁹ Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 2012, S. 204–207, Nr. 378–380, und S. 216–217, Nr. 398. Eine Zusammenfassung finden Sie bei Delbeke E., "Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde", *Rev. dr. santé*, 2011–2012, S. 345–355.

körperliche oder psychische Qual andauernd, unerträglich und nicht zu lindern ist; der Arzt muss den Patienten über seinen Gesundheitszustand und seine Lebenserwartung informieren, zusammen mit ihm seine Bitte um Sterbehilfe besprechen und die noch verbleibenden Therapiemöglichkeiten und die Möglichkeiten, die die Palliativpflege bietet, sowie die jeweiligen Folgen besprechen; der Arzt muss sich des anhaltenden Charakters der körperlichen oder psychischen Qual des Patienten und der Wiederholung seiner Bitte vergewissern. Kurzum, der Arzt wird gebeten,“ mit dem Patienten mehrere Gespräche [zu führen], die unter Beachtung der Entwicklung des Gesundheitszustands des Patienten über einen annehmbaren Zeitraum verteilt sind“, um „mit dem Patienten zu der Überzeugung kommen, dass es für die Lage, in der Letzterer sich befindet, keine andere vernünftige Lösung gibt und dass die Bitte seitens des Patienten auf völlig freiwilliger Basis beruht“ (Art. § 2 Nr. 1 und 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2002).

Die Vorgehensweise der Einrichtungen, von der hier die Rede ist, bedroht die Freiheit (wenn nicht das Recht), über das eigene Leben zu verfügen. Diese Freiheit ist vergleichbar mit der Meinungsfreiheit, deren fundamentale Bedeutung in unserem demokratischen und pluralistischen Rechtssystem durch - nationale und internationale - Bestimmungen bekräftigt wird, die sie garantieren und gegen alle Formen von institutioneller Entfremdung durch gleich welchen eingesetzten Gewaltenträger beschützen.

Die Möglichkeit für den Arzt, dem Willen des Patienten, der ein Ende seiner Schmerzen herbeisehnt, indem seinem Leben ein Ende bereitet wird, eine Gewissensfrage entgegenzuhalten, stellt theoretisch eine Bedrohung des effektiven Rechts eines jeden dar, über sein eigenes Leben zu verfügen. Theoretisch, weil diese Bedrohung erst dann absolut sein würde, wenn sich alle Ärzte auf eine solche Klausel berufen würden. Einen solchen Ablauf kann man sich in der Praxis nicht vorstellen, es sei denn, der Staat verbietet jedem Arzt, seinen freien Willen zu gebrauchen, und wendet alle Mittel an, um den Widerstand dagegen zu brechen. Die Möglichkeit, dass die gesamte Ärzteschaft die Gewissensfrage in Anspruch nimmt - die übrigens einer „institutionellen Gewissensfrage“ gleichgesetzt werden könnte - ist äußerst problematisch aus ethischer Sicht; man könnte sogar sagen, dass sie vollständig im Widerspruch zur Ethik steht. Bereits aus diesem Blickwinkel könnte man den Arzt, der Sterbehilfe ablehnt und sich gleichzeitig weigert, den Patienten an einen Kollegen zu verweisen - aus Angst, dieser könnte sich verständnisvoller zeigen - als einen Menschen betrachten, der sich nach einer Gesellschaft sehnt, die ideologisch monolithisch, undemokratisch und unethisch ist. Dieser Standpunkt beruht natürlich auf einer Definition der Ethik als kollektive Reflexivität, verursacht durch die Konfrontation mit moralischen Dilemmas oder mit einer praktischen Ausweglosigkeit (um die Worte von Ricoeur⁵⁰ zu benutzen); eine Reflexivität, die potentiell - dieses Wort ist wichtig, denn ein Konsens kann natürlich mehr oder weniger sofort erreicht werden - zu gegensätzlichen Standpunkten über die Situation führen könnte. Die Ethik setzt diese unüberwindbare Möglichkeit der grundsätzlichen Uneinigkeit voraus.

Die medizinische Beziehung ist ein Ort der Ethik, ein Raum für eine potentielle Konfliktsituation zwischen zwei Gewissen, dem des Patienten und dem des Arztes. Wenn man mit der individuellen Gewissensfrage einverstanden sein kann, dann ist es hauptsächlich, weil nichts vorher feststeht und dem Recht des Patienten also theoretisch „irgendwo“ Genüge geleistet werden kann. Die Entscheidung des Arztes entspringt im Prinzip seinem Willen, die Gründe des Patienten zu verstehen und sie mit seinen eigenen Gründen zu konfrontieren, der Bilanz aus seiner Gewichtung der verschiedenen Gründe, die zur Debatte stehen. Wir haben es hier wirklich mit einer ethischen Frage zu tun. Es kann sein, dass der Arzt sein ursprüngliches Urteil am Ende dieser Debatte revidiert; ein vom verkleinerten Ausschuss angehörter Arzt hat über den von ihm zurückgelegten

⁵⁰ Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Ed. du Seuil, Paris, 1 990, S 201.

Weg berichtet. Kein einziger Arzt würde wahrscheinlich eine solche Auffassung seines Berufs und seiner so verstandenen Beziehung zum Patienten verleugnen.

Ein prohibitives Vorgehen der Einrichtungen sperrt sich gegen diese Auffassung. Der Arzt, der damit konfrontiert wird, verliert seine therapeutische Freiheit, die medizinische Beziehung ihren ethischen Charakter und ihre anthropologische Grundlage – das Vertrauen –, und der Patient die Chance, bei einem Gesprächspartner Gehör zu finden, mit dem er auf bedeutungsvolle Weise und im Vertrauen den Sinn und die Beherrschung seines Schicksals aufbauen will.

Grundsätzlich ist der Gedanke, dass gleich welche Einrichtung einem Arzt, mit dem sie sich nicht einig würde, mit einer Verweigerung aus Gewissensgründen belegen könnte, an und für sich ziemlich beunruhigend. Dies läuft darauf hinaus, den Arzt in eine Position zu bringen, die absolut im Widerspruch zu dem hier oben beschriebenen Schema steht, ihn zu unterwerfen, was schwer mit dem Begriff „Gewissen“ an sich zu vereinbaren ist. Die Parallele zur Meinungsfreiheit scheint hier ziemlich deutlich. Eine medizinische Beziehung, die von der Vorgehensweise der Einrichtungen dominiert wird, ist und kann nicht länger ein Ort der Ethik sein: Die Reflexivität, die Debatte, die Konzertierung ist nicht mehr da. Die Beziehung kann nur noch Einrichtungsverkehr sein; der Standpunkt des Patienten zählt nicht mehr, die Macht des Arztes – oder besser gesagt der Einrichtung, deren Instrument er nur noch ist – setzt sich widerstandslos durch. Dies könnte die Bemühungen um das Zustandekommen einer partizipativen Demokratie – mit den Pflegedienstleistern und den Patienten – in den Pflegeeinrichtungen untergraben. Deutlich ist ferner, dass es in einem solchen Modell für den Patienten keinen Sinn macht, seine Gründe mit den Gründen zu konfrontieren, die das Gewissen ausmachen, das er vor sich hat und um dessen Mitgefühl er bittet. Und in dem Fall ist sein Recht nicht länger garantiert, denn mit dem Ende der Möglichkeit, eine ethische Diskussion zu führen, taucht das Gespenst einer unnachgiebigen Verpflichtung auf. Anders formuliert, wenn eine „institutionelle Gewissensfrage“ das Sagen bekommt, müsste man die individuelle Klausel sofort in Frage stellen, denn diese ist nur annehmbar, wenn die andere abgelehnt wird.

Einige sind der Auffassung, dass man die medizinische Beziehung nicht länger auf das Patient-Arzt-Verhältnis beschränken kann. Wenn die therapeutische Entscheidung nicht auf dieser Ebene, sondern auf kollektiver Ebene getroffen wird, muss man ihres Erachtens genauso verfahren mit der Antwort auf eine Bitte um Sterbehilfe; in letzter Instanz wäre dann die institutionelle Ebene annehmbar, weil sie sich vom Wesen her nicht von gleich welcher anderen Form von Kollektivität unterscheidet.

Diese Argumentation beruht auf einer schwerwiegenden Verwechslung – mit moralischen Folgen – zwischen „Einrichtung“ und „ethischer Kollektivität“. Unter den sozialen und technischen Bedingungen, unter denen sie stattfindet, ist die Krankenhausmedizin zweifellos kollektiv, genauso wie die ethische Reflexion. Die Praxis kommt meistens durch kollektive Fragestellungen zustande und zeugt von der Kraft der ethischen Kultur in den Pflegeeinrichtungen. In letzter Instanz behalten jedoch die Ärzte ihre Denk- und Handlungsfreiheit und ihre volle, umfassende Verantwortung. Und wenn es vorkommt, dass verschiedene, unter anderem wirtschaftliche Gründe dieser Autonomie und dieser Verantwortung im Wege stehen, beklagen sie sich meistens darüber, gerade im Namen dieser Grundsätze. Die hier oben beschriebene ethische Logik bezüglich der medizinischen Beziehung, in ihrer theoretischen Auffassung als „Patient-Arzt-Verhältnis“, ist folglich völlig übertragbar auf ein ethisches Kollektiv, das nie die Rolle des einzelnen Arztes einnimmt in der Beziehung, die dieser letztendlich mit dem Patienten knüpft, vor allem in Angelegenheiten wie denjenigen, um die es hier geht. Es ist dieses Argument, auf dem der beratende Charakter sämtlicher Ethikräte in den Krankenhäusern beruht. Bei der Gründung dieser Räte, die man als institutionelle Kollektive beschreiben kann, wurde vereinbart,

dass sie nur den Auftrag hatten, unverbindliche Gutachten abzugeben, und dass der einzelne Dienstleister voll und ganz verantwortlich bleibt für die Ausübung der täglichen klinischen Praxis.

Als Einrichtung kann ein Krankenhaus wegen seiner vorschreibenden Macht als Arbeitgeber nicht mit einem ethischen Kollektiv gleichgesetzt werden, sonst würden die Rollen vertauscht. Der Arzt entscheidet persönlich, ob er die Handlung schließlich vollzieht oder nicht. Zusammenschlüsse wie Gesundheitseinrichtungen gelten ohne weiteres als Schmelztiegel, wo Fragen aufgeworfen oder ethische Diskussionen geführt werden, aber es wird nicht von ihnen erwartet, dass sie selbst ethische Normen aufstellen, die die Ausübung gesetzlich verbriefter Rechte erschweren oder sogar lähmen. Außerdem verweist der Begriff „Gewissen“ an sich auf persönliche Abwägung und auf intime Werte, per Definition also auf eine natürliche Person – und nicht auf eine Einrichtung. Wesentlich ist, dass die Ärzte nicht von einer Einrichtungskultur abhängig gemacht werden, die keinerlei standesrechtlichen und rechtlichen Regeln unterliegt (insbesondere hinsichtlich der medizinischen Verantwortung) und die folglich die moralische Intuition des Arztes ausblenden kann. Die Ärzte müssen die Legitimität ihrer Entscheidungen, die ihre therapeutische Freiheit ermöglicht, im Rahmen der Regeln ihres Berufs verteidigen können, denn diese Freiheit ist die Garantie des Vertrauensvertrags, der sie an ihre Patienten bindet.

e. Eine Überweisungspflicht?

Erinnern wir uns: Das Gesetz will die Folgen der Tatsache regeln, dass sich der zu Rate gezogene Arzt auf die Gewissensfrage beruft, die ihm zusteht⁵¹. Es besagt zuerst, dass der Arzt, der Sterbehilfe ablehnt, den Patienten oder die eventuelle Vertrauensperson rechtzeitig darüber informieren muss, mit Angabe der Gründe. Wenn seine Ablehnung einen medizinischen Grund hat, muss dieser in die medizinische Akte des Patienten eingetragen werden, insofern sie Auswirkungen auf den weiteren Verfahrensablauf haben kann. Das Gesetz bestimmt ferner, dass der Arzt, der einer Bitte um Sterbehilfe nicht stattgibt, die medizinische Akte des Patienten auf Bitte des Patienten oder der Vertrauensperson an den vom Patienten oder von der Vertrauensperson benannten Arzt mitteilen muss. Der Patient oder sein Umfeld muss sich also auf die Suche nach einem anderen Arzt machen, der bereit ist, auf seine Bitte einzugehen, und gemeinsam mit ihm den Weg zurückzulegen. Für einen schon stark geschwächten Patienten und für seine geprüfte Familie ist dies ein schwieriger Schritt.

Eine Erweiterung von Artikel 14 wäre wünschenswert, damit sich der Patient besser Gehör verschaffen und seine Versorgung optimiert werden kann. Der Arzt, der sich auf die Gewissensfrage beruft, müsste verpflichtet werden, den Patienten an einen Kollegen zu überweisen, ohne zu warten, bis dieser ihm vom Patienten benannt wird. Diese ziemlich breit unterstützte Entwicklung ist seit kurzem Gegenstand zweier Gesetzesvorschläge. Mit dem ersten Vorschlag⁵² soll der letzte Absatz von Artikel 14 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 durch folgenden Wortlaut ersetzt werden: „Wenn der zu Rate gezogene Arzt es aus einem nichtmedizinischen Grund ablehnt, der Bitte um Sterbehilfe stattzugeben, oder wenn der Arzt diesbezüglich ethische Bedenken hat, teilt der Sozialdienst der Einrichtung dem Patienten oder der eventuellen Vertrauensperson mit, welcher Arzt innerhalb der Einrichtung und gegebenenfalls welcher Arzt außerhalb der Einrichtung der Bitte oder der Willenserklärung stattgegeben wird. Der Arzt, der es ablehnt, einer Bitte um Sterbehilfe stattzugeben, leitet die medizinische Akte weiter an den im

⁵¹ Siehe Delbeke E., *Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde*, Intersentia, 2012, S. 208-212, Nr. 383389.

⁵² Gesetzesvorschlag zur Abänderung des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe, Einfügen einer Überweisungspflicht, Parlamentsdokumente, Senat, 2011/2012, 5. Oktober 2012, Nr. 5-1798/1.

vorigen Absatz genannten Arzt“. Ein anderer Vorschlag⁵³ möchte Artikel 14 unverändert lassen, ihm aber einen Absatz hinzufügen, der lautet: „Wenn der Patient oder seine Vertrauensperson keinen Arzt benannt hat, muss der Arzt, der es ablehnt, einer Bitte um Sterbehilfe stattzugeben, die medizinische Akte an einen anderen Arzt weiterleiten, damit die weitere Versorgung gewährleistet werden kann“.

Es ist hier nicht der Ort, diese Vorschläge zu kommentieren. Wir können jedoch anmerken, dass die Verpflichtung zur Überweisung des Patienten in den Augen der Mitglieder, die den hier dargelegten Standpunkt verteidigen, verabschiedet und im Gesetz verankert werden muss. Sie ist übrigens voll und ganz mit der Gewissensfrage kompatibel, von der jeder einzelne Arzt Gebrauch machen können muss, und beruft sich auf das bekannte Prinzip der Fortführung der Gesundheitsversorgung. Wir erinnern daran, dass Artikel 5 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten verlangt, dass dieser seitens des gesamten Pflegepersonals Recht hat „auf Qualitätsleistungen, die seinen Bedürfnissen entsprechen, unter Wahrung seiner Menschenwürde und Selbstbestimmung und ohne dass irgendwelche Unterschiede gemacht werden“ und dass Artikel 8 § 1 des K.E. Nr. 78 vom 10. November 1967 über die Ausübung der Gesundheitspflegeberufe besagt, dass die Fachkräfte [...] eine begonnene Behandlung nicht wissentlich und ohne rechtmäßigen Grund ihrerseits unterbrechen [dürfen], wenn sie nicht vorher alle Vorkehrungen getroffen haben, um die Fortführung der medizinischen Pflege durch einen anderen Arzt zu gewährleisten, der dieselbe gesetzliche Qualifikation hat. Die Fortführung der Pflege umfasst die Palliativpflege und die Schmerzbehandlung des Patienten“.

Die Verpflichtung, den Kranken in Not an einen Kollegen zu überweisen, der bereit ist, seine Bitte in Betracht zu ziehen und ihr stattzugeben, wenn die gesetzlichen Bedingungen erfüllt sind, könnte den Ruf nach der Schaffung von „Lebensendkliniken“ verstummen lassen – eine Anregung, die gewisse Vorbehalte hervorruft (siehe hier unten II.B). Adäquat formuliert, könnte sie die Klippe der „moralischen Komplizenschaft“ vermeiden, mit der ein Arzt konfrontiert würde, der – nach seinem Gewissen - die Idee der Sterbehilfe ablehnen würde, aber gesetzlich verpflichtet wäre, den Kranken an einen seiner Kollegen zu überweisen, von dem er weiß, dass er nicht dieselben Bedenken hat und dass er die Handlung vollziehen wird, insofern die gesetzlichen Bedingungen erfüllt sind. Im Übrigen hat die Idee der „moralischen Komplizenschaft“, was das Proportionalitätsprinzip betrifft, wenig Gewicht gegenüber einem Kranken in Not. Die erste Besorgnis müsste sein, ihn zu beruhigen und ihn aufzurichten - durch die echte Bereitschaft, sich seine Bitte um Sterbehilfe wirklich anzuhören.

Eine solche Überweisungspflicht, die sicherlich wünschenswert ist, muss auf jeden Fall mit der nötigen Vorsicht gehandhabt werden, weil mit der Sterbehilfe sichergestellt werden soll, dass die Person, die um Sterbehilfe bittet, die Gelegenheit bekommt, in Frieden zu sterben. Die Überweisungspflicht muss dieser Zielsetzung gerecht werden.

⁵³ Parlamentsdokumente, Senat, 2011-2012, 9. Mai 2012, Nr. -1611/1. Siehe auch ähnliche Gesetzesvorschläge jüngerer Datums.

f. Art und Bedeutung einer Sterbehilfebitt und der Umgang damit

Für viele privilegierte Beobachter des Gesetzes vom 28. Mai 2002, seiner Entstehung und seiner Anwendung sind einrichtungsspezifische Vorgehensweisen bei Pflegeeinrichtungen unvorstellbar, während die individuelle Gewissensfrage für jeden von uns selbstverständlich ist⁵⁴. Grundlage des Gesetzes vom 28. Mai 2002 ist die Verfügung über den Körper, die sich durch das Selbstbestimmungsprinzip äußert, das in unserem Recht fest verankert ist⁵⁵. Die Gewissensfrage, die dem Arzt zuerkannt wird, ergibt sich daraus: Was ist in einem Land, das sich die Neutralität des Rechts gegenüber individuellen moralischen Auffassungen auf die Fahne geschrieben hat, normaler, als den potentiellen Adressaten eines Textes ausdrücklich zu erlauben, sich diesem zu entziehen, wenn er sich nicht mit ihren Überzeugungen deckt? Die individuelle Freiheit scheint also gewahrt zu sein, da keine einzige ethische Strömung rechtlich zwingend ist⁵⁶. Verfechter und Gegner des Gesetzes freuen sich über diesen Punkt.

g. Schlussfolgerung aus dem ersten Standpunkt

⁵⁴ Dies erklärt sich durch die Besorgnis, „den prächtigen Freiheitsraum“ nicht zu schwächen, den das Gesetz vom 28. Mai 2002 in unserem Land geöffnet hat und dessen „wesentliche Grundsätze nicht „zurückgeschraubt werden können“, den „dies würde eine Beleidigung für die Frauen und Männer sein, die sich für diesen Tod entschieden haben, für die Angehörigen, die ihn bis zum letzten Atemzug begleitet haben, sowie für die Ärzte und die Pflegeteam, die diesen letzten Akt der Menschlichkeit auf sich genommen haben“. „Dass dieses Gesetz niemand verpflichtet, um Sterbehilfe zu bitten oder sich daran zu beteiligen (...) scheint nicht wichtig zu sein in den Augen derjenigen, die sich noch immer dagegen wehren und anscheinend „zu einer Epoche zurückkehren möchten, in der denjenigen eine besondere Ethik aufgezwungen wurde, mit der sie nicht einverstanden waren und in der ein Arzt, der sich bereit erklärte, auf eine Bitte um Sterbehilfe einzugehen und diesen letzten Akt der Brüderlichkeit zu vollziehen, wegen Mordes verfolgt zu werden drohte“. Es muss bekräftigt werden, dass „der Patient-Arzt-Dialog, befreit vom Tabu der Sterbehilfe, an Klarheit und Authentizität gewonnen hat. Insofern sich die Pflegedienstleister natürlich nicht taub stellen, wenn ein Patient eine Sterbensbitte formuliert“ und „eine Gesellschaft, die Sterbehilfe ermöglicht und begleitet, die Bande stärkt, die sie schöner macht, und an Größe gewinnt, indem sie –ohne etwas aufzuzwingen –Respekt und Freiheit fördert. (Kollektiv, „Loi sur l'euthanasie: heureux anniversaire!“, La Libre, 16-17 juin 2012, p. 60-61, Übersetzung aus dem Französischen).

In seinem Buch *La mort choisie. Comprendre l'euthanasie et ses enjeux* schreibt François Damas, Rettungsarzt, zum Gesetz vom 28. Mai 2002 und zur Begleitung am Lebensende: „Sterbehilfe ist (...) ein vorbereitetes, ein programmiertes, aber auch ein geteiltes Ereignis. Darin liegt der große Unterschied zu klassischen Selbsttötungen, die in sich in der Einsamkeit und notwendigerweise im Verborgenen abspielen. Nach einer Sterbehilfe bleibt das Trennungstrauma für die Hinterbliebenen sehr groß. Aber der Gedanke ist richtig, dass die Qualität des Abschieds die Trauerarbeit zweifellos erleichtert.

Diese Zusammenkünfte mit der Familie, mit Freunden, mit dem Pflegepersonal waren vor dem Gesetz undenkbar. Der Tod wird jetzt eine geteilte Erfahrung. Man kann darüber sprechen, seine Gefühle zeigen, Gedanken austauschen über etwas, das man gemeinsam erlebt hat. Der Tod wird zu einem Thema, das nicht mehr tabu ist. Faktisch hatten Ärzte und Krankenhäuser dieses Thema beschlagnahmt, ohne es bewusst vertuschen zu wollen. Die Rückgabe der Autonomie an die Patienten gibt ihnen also die Möglichkeit, wieder Herr über ihren Tod zu sein. (...) Eine bedeutende kulturelle Entwicklung ist dank des Gesetzes möglich geworden, das den Tod aus seiner Isolierung herausgeholt hat“. (Damas F., *La mort choisie. Comprendre l'euthanasie et ses enjeux*, éditions Mardaga, collection Santé en soi, 2013, S. 110-111).

⁵⁵ Der Europäische Gerichtshof der Menschenrechte versteht dies genauso in seinem wichtigen Entscheid Haas v. Schweiz vom 20. Januar 2011, in dem steht (§ 51), dass „das Recht des Einzelnen zu entscheiden, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt sein Leben enden soll, vorausgesetzt, er ist in der Lage, hierüber frei zu entscheiden und entsprechend zu handeln, einer der Aspekte des Rechts auf Achtung vor seinem Privatleben im Sinne von Artikel 8 der Vereinbarung ist. » Diese lobenswerte Aussage geht in die Richtung des bemerkenswerten Entscheids Pretty v. Vereinigtes Königreich vom 29. April 2002, demzufolge (§§ 61 bis 67) „der Begriff persönliche Autonomie ein wichtiges Prinzip widerspiegelt, das die Auslegung der Garantien aus Artikel 8 des Vertrags stützt“; dieses Prinzip kann so verstanden werden, dass „ein Recht besteht, Entscheidungen bezüglich seines eigenen Körpers zu treffen“. Der Gerichtshof hat diese Grundsätze in seinem Entscheid Koch v. Deutschland vom 19. Juli 2012 wiederholt.

⁵⁶ Genicot G., "Tour d'horizon de quelques acquis et enjeux actuels du droit médical et biomédical", in *Nouveaux dialogues en droit médical*, Genicot G. (dir.), Anthemis, 2012, S. 57, Nr. 39.

Das Gesetz vom 28. Mai 2002 schafft kein Recht auf Sterbehilfe, sondern das Recht, dass das Thema angesprochen wird, wenn der Patient dies wünscht. Das Gesetz will eine Kultur der Transparenz und Aufrichtigkeit schaffen, die Ausflüchte vermeidet und den Patienten im Zentrum des Geschehens stellt. In der Praxis ist das leider noch lange nicht systematisch der Fall: Es bedarf noch vieler Anstrengungen, um eine „andere Kultur“ des Lebensendes bei den Pflegedienstleistern, aber auch bei den Patienten zu verbreiten. Bestimmte Netzwerke wie LEIF und EOL leisten in dieser Hinsicht bereits ausgezeichnete Arbeit. Durch die Verabschiedung der drei „großen Gesetze“ im Jahre 2002 (Sterbehilfe, Palliativpflege, Recht des Patienten) hat unser Land den Begriffen „Autonomie“, „Freiheit“, „Respekt“ und „Würde“ ihre echte Tragweite gegeben. Unser Recht war so weise, der Toleranz, dem Humanismus, dem Vertrauen und der Achtung des Privatlebens Vorrang zu geben vor diversen abstrakten Formen von Moral, die per Definition relativ sind, weil nicht alle sie teilen. Es hat der Einzelperson eine wesentliche Prerogative zurückgegeben: die Wiederaneignung ihrer selbst und die Verfügung über ihr Schicksal als freier und verantwortungsvoller Mensch, vom Anfang bis zum Ende. Gleichzeitig hat es sorgfältig den rechtlichen Rahmen und die Voraussetzungen für die Formulierung schwerwiegender medizinischen Entscheidungen geschaffen. Das große Verdienst dieser Gesetzestexte ist, dies begriffen, bekräftigt und systematisiert zu haben.

Kann aber an diesem stabilen Sockel nicht gerüttelt werden? In diesem Kontext ist die Neigung mancher Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Altenheime, Alten- und Pflegeheime), die Anwendung von Sterbehilfe in ihren Räumen systematisch abzulehnen oder zusätzliche Bedingungen zu schaffen, die im Sterbehilfegesetz nicht vorgesehen sind und die das Gesetz über die Rechte des Patienten nicht erlaubt, beunruhigend. Diese Praxis verstößt gegen die berufliche Autonomie der Ärzte beim Vollzug medizinischer Handlungen. Sie verstößt gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das in unserer Rechtsordnung fest verankert ist und im Mittelpunkt aller ethischen Betrachtungen steht. Darum ist die Einführung eines „Palliativfilters“ unvereinbar mit dem Gesetz vom 28. Mai 2002 – das diesen Filter bewusst nicht vorschreibt –, aber auch und vor allem mit dem absoluten Recht des Patienten, jedwede Behandlung, auch eine Palliativbehandlung, abzulehnen; dieses Recht ist gekoppelt an das Recht, dass seine Bitte um Sterbehilfe wirklich gehört und nach den gesetzlich vorgesehenen Kriterien geprüft wird. Solche Verhaltensweisen beschneiden die therapeutische Freiheit der Ärzte und trüben das Vertrauensverhältnis zwischen ihnen und den Kranken, das jedoch am Lebensende besonders wichtig ist. Sie führen zu peinlichen, menschlich inakzeptablen Situationen: im besten Fall zur Überweisung des Patienten in eine andere Einrichtung, wo man besser zuhören wird, wenn das möglich ist; im schlechtesten Fall wird seine Bitte einfach nicht gehört und ignoriert, was im Widerspruch zu dem steht, was der Gesetzgeber 2002 gewollt hat.

In einer Demokratie ist es kaum vorstellbar, dass eine Partei (Pflegeeinrichtung) einer anderen Partei verbietet, in ihren Beziehungen zu einer Drittpartei (dem Patienten) die gesetzlich gegebenen Möglichkeiten zu nutzen, und dadurch verhindert, dass Letztere eine gesetzlich verbrieft Prerogative ausübt. Es ist den Gesundheitseinrichtungen nicht erlaubt, „in ihrem Hoheitsbereich“ eine Barriere gegen die Anwendung eines Gesetzes zu errichten; und die eventuelle Überweisung des Kranken an eine andere Einrichtung, insofern dies überhaupt möglich ist, darf wegen der Unannehmlichkeiten und des Stresses, die sie mit sich bringt, nicht als akzeptable Lösung betrachtet werden.

Die Gewissensfrage, die jedem Arzt oder Beteiligten zuerkannt wird, ist angesichts der ernsten, moralisch schwerwiegenden Handlung eine Selbstverständlichkeit. Aber derjenige, für den diese Klausel bestimmt ist, ist der Arzt, nicht die Einrichtung: Nur eine natürliche Person hat ein Gewissen, und die Ausweitung von Artikel 14 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 zugunsten der Einrichtungen hat der Gesetzgeber bewusst ausgeschlossen. Die therapeutische Ausrichtung

muss frei zwischen Patient und Arzt beschlossen werden können, losgelöst von institutionellen Diktaten. Das Gesetz vom 28. Mai 2002 ist volens volens Bestandteil unserer Rechtsordnung: Jeder ist individuell frei, dafür oder dagegen zu sein, aber diese Barrieren gegen die Anwendung eines demokratisch zustande gekommenen Gesetzes sind im Falle der Einrichtungen schockierend, weil sie anderen (Kranken und Fachkräften aus der Gesundheitsfürsorge) eine moralische Option auferlegen, die zweifellos respektabel ist, aber nicht von allen geteilt wird. Eine gesetzliche Handlung zu vollziehen, kann bedeuten, dass man die Überzeugungen eines anderen verletzt (auf einer abstrakten Ebene, da sich die Gegner niemals persönlich daran beteiligen müssen, wenn sie diese ablehnen); die Handlung verbieten, bedeutet, unmittelbar in die Rechte und Freiheiten eines anderen einzugreifen, sich also als Zensor und sogar als Gesetzgeber „im Nachhinein“ aufzuführen.

Es wäre zu wünschen, dass der Gesetzgeber hier – wie bei anderen Fragen, die das Gesetz vom 28. Mai 2002 nicht beantwortet – nachbessert und seine Absichten verdeutlicht. Dies würde dem Wunsch des Europäischen Gerichtshof der Menschenrechte entgegenkommen, „die Gesundheitsdienste so zu organisieren, dass die effektive Ausübung der Gewissensfreiheit der Fachkräfte aus der Gesundheitsfürsorge in einem beruflichen Kontext die Patienten nicht daran hindert, Zugang zu Diensten zu haben, auf die sie laut Gesetz Anrecht haben“⁵⁷.

Weil die ethischen Optionen eines jeden Dienstleisters zu wahren sind, ist es in der Tat wesentlich, dass die Bitte des Kranken auf jeden Fall gehört wird und dass sein Recht, eine vom Gesetz ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit zu nutzen, insofern er die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt, nicht mit Füßen getreten wird⁵⁸. Die Frage ist bedeutsam und die Schwierigkeit in der Praxis real. Wenn man hinnehmen würde, dass eine Pflegeeinrichtung durch „einrichtungsspezifische Richtlinien“ Sterbehilfe verbietet oder den gesetzlichen Auflagen zusätzliche Vorschriften oder Vertragsklauseln hinzufügt, obschon die Situation den geforderten Kriterien entspricht, würde dies entweder die Erkenntnis beinhalten, dass eine Rechtsperson ein Gewissen hat⁵⁹ - was erstaunlich wäre - oder dass ein gesetzlich anerkanntes und bekräftigtes Recht auf der Grundlage einer Pflegeeinrichtungspolitik und nicht auf der Grundlage eines persönlichen Standpunktes zur Makulatur werden könnte, was zumindest beunruhigend ist. Zur Erinnerung: Es geht nicht um das Recht des Kranken, der an den Qualen eines Zustands leidet, der unerträgliche und nicht zu lindernde Schmerzen verursacht, euthanasiert zu werden, sondern darum, dass ihm dort, wo er sich aufhält oder gepflegt wird, wirklich aufmerksam, mit Empathie und in aller Ruhe, zugehört wird, um zu prüfen, ob die vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt sind, und zusammen nach dem besten – oder dem am wenigsten schlechten – Ausgang zu suchen.

Die Mitglieder, die diese Auffassung vertreten, erinnern schließlich daran, dass Artikel 23 der Verfassung im Namen der menschlichen Würde das Recht auf Schutz der Gesundheit und auf

⁵⁷ *Europäischer Gerichtshof der Menschenrechte, R.R. vs. Polen vom 26. Mai 2011, § 206, freie Übersetzung (Ursprungstext: "For the Court, States are obliged to organise the health services system in such a way as to ensure that an effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context does not prevent patients from obtaining access to services to which they are entitled under the applicable legislation")*.

⁵⁸ In der Praxis bleibt es jedoch schwierig, "zur Mitwirkung bereite Ärzte" zu finden. Über die Gründe dieses bedauernswerten Zustandes, siehe Distelmans W., *Euthanasie et soins palliatifs : le modèle belge. Pour le droit à une fin wevie digne*, Le Bord de l'Eau / La Muette, 2012, S. 171-174

⁵⁹ Vergleiche die Meinung von Professor Nys, der die Möglichkeit einer Pflegeeinrichtungspolitik aus dem Grund zu akzeptieren scheint, dass ein Krankenhaus oder ein Altenheim eine „Rechtsperson“ ist (Nys H., *Recht en bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Lannoo Campus, 2010, S. 123), obschon in Artikel 14 des Gesetzes die Wörter "keine andere Person" sofort hinter "kein Arzt" stehen und wie der Begriff „Beteiligung“ zwangsläufig auf eine Rechtsperson verweisen (in diesem Sinne, Dierickx A., "Als sterven 'leven' is... Is helpen sterven dan 'doden'? Ein Kommentar zum Gesetz vom 28. Mai 2002 über die Sterbehilfe ", *T. Strafr.*, 2003/2, S. 33).

medizinische Hilfe bekräftigt. Konkret besagt Artikel 5 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 über die Rechte des Patienten, dass dieser „ein Recht darauf hat, dass die Berufsfachkraft unter Wahrung seiner Menschenwürde und Selbstbestimmung und ohne dass irgendwelche Unterschiede gemacht werden, ihm gegenüber Qualitätsleistungen erbringt, die seinen Bedürfnissen entsprechen“. Läuft man, indem man eine undurchsichtige Pflegeeinrichtungspolitik bei der medizinischen Pflege am Lebensende akzeptiert, nicht Gefahr, die Bitte des Patienten willkürlich zu beantworten und somit eine ungleiche Behandlung beim Zugang zu den gesetzlich gegebenen Möglichkeiten in Kauf zu nehmen? Dies wirft zweifellos Fragen zur sozialen Gerechtigkeit auf, einem der ethischen Paradigmen, die die optimale Organisation der Gesundheitsfürsorge regeln müssen⁶⁰. Dies ist umso mehr der Fall, als es hier um besonders geschwächte Patienten geht, die sich meistens im Endstadium einer Krankheit befinden, die große Qualen mit sich bringt, und die folglich nicht mehr die Zeit und die Energie haben, sich auf einen kräftezehrenden Streit mit dem Krankenhaus und den Dienstleistern einzulassen. Zusätzliche Kriterien, die einige Einrichtungen zu Unrecht aufzwingen, führen in der Praxis dazu, dass die (gesetzliche) Bitte um Sterbehilfe ignoriert wird, und gehen manchmal mit „palliativer Hartnäckigkeit“ einher. Dies verstärkt die soziale Ungleichheit beim Zugang zur Gesundheitsfürsorge: Es besteht keine echte Gleichheit am Lebensende, und die Bitten zahlreicher Patienten stoßen auf eine Mauer des Unverständnisses. Es ist also so, dass das Argument des Schutzes der schwachen Patienten zum Bumerang wird, da ihre Bitten am wenigsten gehört werden⁶¹.

A.2. Zweiter Standpunkt: Argumente für eine Sterbehilfepolitik der Pflegeeinrichtungen

a. Ethik, Gesetz und Gewissen

Das Gesetz von 2002 ist eine Entkriminalisierung der Sterbehilfe, d.h. eine Abweichung, eine Ausnahme – unter sehr strengen Bedingungen – zum Verbot der Tötung. Das Sterbehilfegesetz hat rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen, unter denen ein Arzt in dem Fall keine Straftat begeht, vorausgesetzt, er beachtet eine Reihe von Vorsichtsmaßnahmen. Dieser rechtliche Rahmen schafft aber kein Recht auf Sterbehilfe, auch dann nicht wenn alle Bedingungen erfüllt sind. Eine begründete aktuelle Bitte ist rechtlich nicht bindend. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Sterbehilfebitte und die Handlungen des Arztes, der dieser Bitte stattgibt oder nicht stattgibt, von den Gesundheitsleistungen, auf die jeder Patient Anrecht hat⁶². Niemand kann daher eine Einrichtung verpflichten, in ihren Räumlichkeiten Sterbehilfe zu leisten⁶³.

Dieses Gesetz ist keine Legalisierung oder Verpflichtung, nicht mal eine Einladung zur Sterbehilfe. Die Mitglieder hoffen, dass es so wenig wie möglich angewandt wird. Sie sind der Meinung, dass nichts eine Einrichtung daran hindert, zusätzliche ethische Vorsichtsmaßnahmen zu den gesetzlichen Auflagen vorzuschreiben, vor allem für eine Handlung, die für einen Arzt so außergewöhnlich ist und all dem widerspricht, was man ihm eingebläut hat: das Leben eines Patienten zu beenden. Die Tatsache, dass das Gesetz keine ethische Vorgehensweise der

⁶⁰ Siehe zu diesem Begriff Dupuis M., "La justice : une valeur-phare ? Quelques considérations personnelles", in Pinsart M.-G. und Schotsmans P. (éd.), *Les 15 ans du Comité consultatif de Bioéthique. Bilans & perspectives*, Racine / Lannoo Campus, 2012, S. 179-203.

⁶¹ Mortier F., "Ethische aspecten van euthanasie en de toepassing van de wet", in Bussche F. et Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 2002-2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, VUB Press, 2012, S. 78-79

⁶² Nys H., *De Standaard* vom 28. März 2008, zitiert auf www.paulschotsmans.be (> opinies > bijdragen tot het euthanasiedebat). Siehe auch Nys H., *Recht en bio-ethiek. Wegwijs voor mensen in de gezondheidszorg*, Lannoo Campus, 2010, S. 122-123.

⁶³ "Nicht jeder Wissensgrund ist akzeptabel, aber kein einziger Wissensgrund darf ausgeschlossen werden, nur weil er im Gesetz nicht vorgesehen ist". (Wissensgründe zugunsten der Berufsfachkräfte aus dem Gesundheitswesen, Broschüre des Europäischen Bioethik-Institutes, 2011, S. 25).

Einrichtungen vorgesehen hat, bedeutet nicht, dass es eine solche nicht geben darf⁶⁴. Das Gesetz ist eine Schutzmaßnahme, um aktionistische oder unüberlegte Sterbehilfe zu vermeiden, nicht um zur Sterbehilfe zu ermutigen. Es fasst ziemlich gut zusammen, was vor der Verabschiedung des Gesetzes ein „Notzustand“ bedeutete, nämlich eine Situation, in der eine Ausnahme zur Regel (hier dem Verbot zu töten) aus einem höheren ethischen Grund erlaubt ist: wegen der Autonomie des Patienten, seiner Schmerzen und der Verpflichtung, ihm zu helfen.

Für einige Mitglieder, die diesen Standpunkt vertreten, hat Ethik Vorrang vor dem Gesetz. Ethik ist die Suche nach dem Guten. Ethik entsteht nicht a posteriori, sondern a priori. Gesetze hingegen sind die Bestätigung der Sitten (ethos, mores). Sie spiegeln die Mindestethik einer Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt ihrer Geschichte wider. Sie dienen dazu, die Autonomie der schwächsten Mitglieder einer Gesellschaft gegen die „unmoralischen“ Handlungen der Stärksten zu schützen. In einer Demokratie sind Gesetze auch der Ausdruck des Konsens einer Mehrheit. Was ethisch ist, ist nicht notwendigerweise legal. Und umgekehrt, was legal ist, ist nicht unbedingt ethisch. Die ethische Reflexion kann nicht durch die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften ersetzt werden. Für diese Mitglieder bildet dieser Unterschied zwischen Ethik und Gesetz die Grundlage für die im Gesetz vorgesehene Gewissensfrage. Auf diese Gewissensfrage kann sich also jeder Arzt oder jede Gruppe von Dienstleistern berufen, so wie dies auch der Fall ist für das Gesetz von 2007 über die medizinisch begleitete Fortpflanzung. Bei Bereichen, die eng mit dem Leben, der Liebe oder dem Tod verknüpft sind, ist es gut, der ethischen Reflexion Raum zu geben, über die gesetzlichen Vorschriften hinaus.

b. Gute medizinische Praxis, Pflegekultur und Ethik der Einrichtungen

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die geleistete Pflege zu rechtfertigen, eine Vorgehensweise an den Tag zu legen, die auf Qualität ausgerichtet ist, und eine Qualitätskontrolle anzustreben. Zahlreiche Einrichtungen bemühen sich um eine Zulassung durch internationale Organisationen. Für diese Zulassung ist unter anderem für Eingriffe eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise erforderlich, die über ausführliche Verfahren umgesetzt wird. In Bereichen wie der Onkologie, der Transplantation, der In-vitro-Fertilisation und vielen anderen wird mit internationalen Richtlinien gearbeitet, die in eine vor Ort anwendbare Vorgehensweise umgesetzt werden. Eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise wird daher nicht als Zwangsrahmen empfunden, der den Ärzten von oben auferlegt wird, sondern eher als eine Organisationskultur, dank deren sich Ärzte bei schwierigen Entscheidungen auf andere Pflegedienstleister, auf Ethikräte, auf praktische Vorgehensweisen und auf „evidence-based medicine“ zurückgreifen können mit dem alleinigen Ziel, die bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Es kann nicht Ziel der einrichtungsspezifischen Vorgehensweise sein, die therapeutische Freiheit zu beschneiden: Sie soll im Gegenteil das Bemühen um eine umfassende, qualitativ hochwertige Versorgung unterstützen.

Weil die ethische Entscheidungsfindung bei Sterbehilfebitten so komplex ist, müssen die gesetzlichen Bestimmungen für Patienten, die um Sterbehilfe bitten, in konkrete Maßnahmen zur Organisation der Versorgung umgesetzt werden. Die Ausarbeitung einer – schriftlich

⁶⁴ *Entschließung der Parlamentarischen Versammlung des Europarates vom 7. Oktober 2010: „Das Recht auf Gewissensgründe bei der medizinischen Versorgung“; Kein Krankenhaus, keine Einrichtung oder Person darf unter Druck gesetzt, haftbar gemacht oder Diskriminierungen gleich welcher Art ausgesetzt werden wegen seiner/ihrer Weigerung, einen Schwangerschaftsabbruch, eine eingeleitete Fehlgeburt oder Sterbehilfe durchzuführen, aufzunehmen oder sich daran zu beteiligen oder sich ihr zu unterziehen, noch wegen seiner Weigerung, einen Eingriff zu vollziehen, um den Tod eines Fetus oder eines menschlichen Embryos herbeizuführen, aus welchen Gründen auch immer“.*

festgehaltenen - ethischen Vorgehensweise der Einrichtungen ist eine Möglichkeit, diese Verantwortung zu konkretisieren⁶⁵. Eine schriftliche ethische Vorgehensweise der Einrichtungen wird in schriftlichen Vereinbarungen (Verfahren, Richtlinien, Zukunftsvisionen, usw.) festgehalten, die von den Einrichtungen gutgeheißen werden und dazu dienen sollen, das Pflegepersonal bei einer ethischen Entscheidungsfindung zu begleiten. Diese Vorgehensweise legt die oft nach kollektiver Beratung von der Direktion bestimmten Aufgaben dar; sie beruht auf den Normen, Werten und Überzeugungen, die in der Einrichtung leben. Eine Aufgabenbeschreibung unterstreicht die philosophischen, moralischen und religiösen Grundsätze einer Einrichtung. Diese Grundsätze werden implizit oder explizit von den Mitarbeitern angenommen, die einen Vertrag mit der Einrichtung unterschreiben; sie bilden die vom Kollektiv der Arbeitnehmer ausgestaltete Unternehmenskultur.

Eine Gesundheitsfürsorge, die korrekt und vollkommen ethisch funktioniert, hat ein breites Augenmerk für Qualitätspflege und möchte Pflegeleistungen erbringen, die mit der menschlichen Würde ihrer Patienten, Bewohner und Kunden übereinstimmen. Wichtig ist, dass jeder diese Auffassung kennt, dass sie deutlich und transparent ist, durch Konzertierung zustande gekommen ist und den Pflegedienstleistern bei ethischen Fragen hilft.

Die versorgungsethische Vision äußert sich in allen Aktivitäten der Organisation. Die Art und Weise, wie Krankenhäuser nach neuen Mitarbeitern auf dem Arbeitsmarkt suchen, spiegelt oft treffend die Werte wider, mit denen sich das Krankenhaus identifiziert. Manche Krankenhäuser geben die erforderlichen Qualifikationen genau an, während andere nur ihre Sicht der Pflege beschreiben.

Ethischer Verflachung können Einrichtungen entgegenwirken, wenn sie an ihrer Identität feilen und ihr Personal auf sorgfältig ausgesuchte ethische Werte ein schwören. Dadurch wird die Einrichtung zum Projekt aller Dienstleister, getragen von einem Kollektiv, einer Gemeinschaft, die sich mit den vorgetragenen Werten identifiziert. Auf diese Weise erhält die Einrichtung eine moralische Identität⁶⁶.

Die ethische Ausrichtung einer Einrichtung kann sich in ihren Texten äußern, aber auch durch dynamische Abläufe, die im Ethikrat oder durch regelmäßige multidisziplinäre Konzertierung stattfinden. Ein aufrichtiger ethischer Reflexionsprozess ist sowohl ein Entwicklungs- als ein Konzertierungsprozess, in den die Mitarbeiter so viel wie möglich eingebunden werden. Es liegt auf der Hand, dass ein Arzt seinen Beruf im Krankenhaus nicht als Einzelperson ausübt, sondern Teil des Pflegeteams ist. Das bedeutet dann auch, dass die Handlungen des Arztes Auswirkungen auf den Ruf und die Arbeitsweise des Teams als Ganzes und ipso facto des Krankenhauses haben.

Daher ist es Aufgabe der allgemeinen und der medizinischen Leitung, des medizinischen Rates, des Ethikrates und des Verwaltungsrates, die Rahmenbedingungen für die Entwicklung einer ethisch inspirierten Pflegekultur zu schaffen.

Diese Rahmenbedingungen lauten:

⁶⁵ Beispiele einer schriftlich festgehaltenen ethischen Vorgehensweise von Einrichtungen finden Sie in Anhang 3.

⁶⁶ Herranz G. et Thomas H., "Das Krankenhaus als moralisches Subjekt", "L'hôpital en tant que sujet moral" in Burre A., Kettern B. (éd.), *Katholisches Krankenhaus heute? Zur Zukunft der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft (De l'avenir des hôpitaux avec statut d'asbl)*, Paderborn, Bonifatius, 1994, S. 58-80.

1. eine deutliche, von Werten getragene Aufgabe und Vision definieren (innerhalb eines horizontalen und vertikalen Konzertierungsprozesses);
2. offene, transparente Konzertierung möglich machen und fördern;
3. die Diskussion ethischer Fragen durch Fortbildungen, Nachdenkabende, Gesprächsrunden, etc. fördern.

Dies bedeutet also, dass man über einen Konzertierungs- und Dialogprozess eine einrichtungsspezifische Haltung der Pflegeeinrichtungen in puncto Sterbehilfe entwickeln wird, die (1) mehr als eine Kopie des Gesetzes ist (kein Legalismus); (2) mehr als ein rein klinisches Verfahren für die Pflegepraxis ist (kein Prozeduralismus), (3) mehr als eine Aufzählung von Werten ist (kein Moralismus). Die einrichtungsspezifische Haltung vereint Gesetz, Pflegepraxis und Ethik.

Diese einrichtungsspezifische Haltung kann hinsichtlich des Lebensendes bedeuten, dass man bestimmte Dinge unterlässt (z.B. „Sterbehilfe auf einfache Bitte“), und dass man bestimmte zusätzliche Sorgfältigkeitsauflagen anwendet (z.B. Palliativpflege, multidisziplinäre Konzertierung oder Konzertierung mit dem Ethikrat).

Die Frage, ob eine Einrichtung Sterbehilfe anbieten muss, unterscheidet sich grundsätzlich von der Frage, ob sie Sterbehilfe ablehnen oder diese auf eine oder andere Weise einschränken kann. Die Frage, ob eine Einrichtung Sterbehilfe als Verfahren anbieten muss, hat etwas zu tun mit dem Begriff des „Mindestangebotes“. Jedes Krankenhaus bietet Gesundheitsdienstleistungen an, aber Sterbehilfe gehört nicht zum Mindestangebot, das für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen erforderlich ist. Auch das Sterbehilfegesetz selbst verpflichtet die Einrichtungen nicht zum Leisten von Sterbehilfe. Eine Sanktion ist nicht möglich, wenn das Krankenhaus keinen Vorrat an Sterbehilfemittel anlegt. Sterbehilfe ist auch kein gesetzlicher Bestandteil der Palliativpflege oder der Qualitätspflege. Man kann höchstens sagen, dass Dienste, die regelmäßig mit dem Lebensende von Patienten konfrontiert werden, wissen müssen, wie sie mit Bitten um Sterbehilfe umgehen müssen. Es besteht aber kein Konsens darüber, ob Sterbehilfe Bestandteil einer guten Palliativpflege sein muss. Die Frage, ob Einrichtungen Sterbehilfe anbieten müssen, hängt auch mit der Frage zusammen, ob Sterbehilfe eine medizinische Handlung ist. Falls diese Frage negativ beantwortet wird, besteht sicher keine Pflicht, Sterbehilfe anzubieten. Wird diese Frage positiv beantwortet, so müsste Sterbehilfe wohl Bestandteil der gesetzlichen Aufgabe des Krankenhauses sein.

Für eine Reihe von Handlungen mit ethischer Konnotation, die den Anfang und das Ende des Lebens betreffen, ist es daher notwendig, dass die Einrichtung eine deutliche versorgungsethische Politik entwickelt⁶⁷. So schreiben die Richtlinien zahlreicher katholischer Einrichtungen zum Beispiel vor, dass Bitten um Sterbehilfe auch von einem Facharzt oder einem Fachteam für Palliativpflege geprüft werden. Dieses sogenannte „palliative Filterverfahren“ ist nach Gesprächen mit zahlreichen Pflegedienstleistern und Entscheidungsträgern entstanden. Ziel dieses palliativen Filterverfahrens ist, möglichst viele Sterbehilfebitten ausfindig zu machen, die keine sind.⁶⁸

Caritas Vlaanderen hat eine solche Richtlinie entwickelt, die 2004 veröffentlicht worden ist.⁶⁹ Mit der Ausarbeitung der Richtlinie wurde beim Einreichen des Gesetzentwurfs begonnen, der zum Sterbehilfegesetz geführt hat. Diese Richtlinie sieht mehr Sorgfaltskriterien vor als das Gesetz, unter anderem was die Aufmerksamkeit für den Patienten und die Angehörigen betrifft. Sie betont die Förderung einer Palliativpflegekultur und die Früherkennung von Situationen, in denen eine

⁶⁷ Herranz G. et Thomas H., *op. cit.*

⁶⁸ *Palliatieve zorg en euthanasie in België. Evaluatie van praktijk en wetten*, MELC Consortium, ASP, 2011, S. 71.

⁶⁹ Gastmans C., Van Neste F., Schotsmans P. "Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline", *Journal of Medical Ethics*, 2004, Apr, 30(2), S. 212-7.

Bitte um Sterbehilfe zu erwarten sein könnte. Dabei muss unbedingt auf ein Palliativteam zurückgegriffen werden, weil die Pflege niemals rein medizinisch, sondern auch psychologisch, zwischenmenschlich, existenziell und geistig ist. Wenn deutlich wird, dass die Schmerzen eines Patienten mit der klassischen palliativen Symptombekämpfung nicht gelindert werden können, kann man palliative Sedierung in Erwägung ziehen. Der Patient wird also über die für ihn verfügbaren Palliativpflegemöglichkeiten informiert. Man geht davon aus, dass eine Reihe Sterbehilfebitten durch die palliative Filterprozedur verschwinden werden, weil davon ausgegangen wird, dass sich der Arzt in einer Situation befinden kann, in der Sterbehilfe für den Patienten unter diesen Umständen die einzig mögliche Lösung sein könnte, wenn die Bitte trotz Anwendung dieses Filters bestehen bliebe. Der Palliativfilter wird als „Präventivmaßnahme“ betrachtet.⁷⁰ Dabei hat der Arzt nicht nur die gesetzlichen Vorsichtsmaßnahmen einzuhalten, er muss auch mit mehreren Mitgliedern des Pflegeteams und mit den Angehörigen über die Sterbehilfebite sprechen. Die Entscheidung, Sterbehilfe zu leisten, ist in diesem Kontext als gemeinsame Entscheidung des Patienten, des Arztes, der Familie und des Palliativpflegeteams zu betrachten.

c. Menschliche Solidarität als Unterstützung der Autonomie des Patienten

Für einige Mitglieder unter den Verfechtern dieses zweiten Standpunkts ist dieser vorsichtige ethische Ansatz angezeigt, umso mehr als er in sehr großen Vorbehalten zur Sterbehilfehandlung selbst wurzelt. Wie Xavier Dijon erläutert, „setzt das Recht notwendigerweise die Beziehung zum anderen voraus: Das Recht ist auch grundsätzlich dazu da, diese Beziehung zu regeln. (...) Wie kann man sich, ohne sich selbst zu widersprechen, auf die Beziehung (ein Menschenrecht) berufen, um sich das Recht anzueignen, das Leben und somit auch die Beziehung zu beenden?“⁷¹ Laut Xavier Dijon „wird die Demokratie, wenn sie sich nur auf den natürlichen Zustand der gleichen und freien Willensäußerungen stützt, es dem Gesetzgeber für positives Recht allein überlassen, die notwendigen Abwägungen zwischen Freiheit und Gleichheit anzustellen, mit der Gefahr möglicher Verletzungen der Würde oder der Identität der Personen“⁷². Sämtliche Religionen werfen diese Frage der Beziehung zum Mitmenschen auf.

Die Analyse von Michela MARZANO sieht so aus: „Die Bitte zu sterben ist Ausdruck eines Schmerzes, der sich nicht anders äußern kann. In jeder Bitte dieser Art steckt ein Teil Zweifel, Unergründlichkeit, Ambivalenz, Zweideutigkeit. (...) Bei diesen Personen schwanken der Wunsch zu leben und der Wunsch zu sterben hin und her (...), abhängig von der Qualität der Pflege, der Betreuung oder der Verfügbarkeit der Familien. Vielleicht hat Françoise DOLTO deshalb gesagt: „Die Bitte um den Tod und das Eingehen auf diese Bitte ist Ausdruck einer fehlgeschlagenen Kommunikation“⁷³.

d. Wie denken diese Mitglieder über die Überweisungspflicht?

Wenn ein Arzt meint, wegen moralischer Bedenken nicht auf eine Sterbehilfebite eingehen zu können, hat er drei Pflichten: Der Arzt muss seinen Patienten deutlich und rechtzeitig über seine Ablehnung informieren, ihm seine Beweggründe erläutern und laut Gesetz über die Rechte des Patienten die Akte an einen Kollegen weiterleiten, wenn der Patient ihn darum bittet. Die Frage stellt sich aber, ob auch eine Überweisungspflicht besteht, wenn der Arzt meint, auf die Sterbehilfebite nicht eingehen zu können.

⁷⁰ Gastmans C. et al., 2004, *op. cit.*

⁷¹ Dijon X., *La raison du corps*, Bruxelles, Bruylant, 2012, S. 197.

⁷² Dijon X., S. J., Séminaire de droit naturel : Dignité, identité, laïcité, au Palais de Justice de Bruxelles ; séance 2 du 30 avril 2013 : "L'égalité menace-t-elle l'identité?", S. 23.

⁷³ Marzano M., *L'éthique appliquée*, PUF, coll. "Que sais-je ?"Nr. 3823, 2. Ausg., 2010, S. 56.

Überweisungen gehören bei Handlungen, die nicht zum Fachgebiet des überweisenden Arztes liegen, zur alltäglichen Praxis. Der Arzt muss sich ja der Grenzen seines Könnens bewusst sein und - falls nötig - die Hilfe eines qualifizierten Kollegen in Anspruch nehmen. Die Artikel 140 bis 145 des ärztlichen Ethikkodexes betonen, dass gute kollegiale Beziehungen eine enge Zusammenarbeit voraussetzen. Artikel 97 dieses Kodexes besagt: „Wenn der Arzt keine ausreichenden Kenntnisse über den Beistand beim nahenden Lebensende besitzt, kann er die nötigen Ratschläge einholen und/oder einen kompetenten Kollegen zu Rate ziehen“. Dies beinhaltet jedoch bei einer Sterbehilfebittung nicht notwendigerweise eine Überweisungspflicht.

Wenn ein Arzt beschließt, keine Sterbehilfe zu leisten, können dafür verschiedene Gründe angeführt werden: die berufliche Überzeugung, dass der Gesundheitszustand des Patienten nicht den medizinischen und gesetzlichen Bedingungen für eine Sterbehilfe entspricht, die eigenen Gewissensbedenken des Arztes oder die Vorgehensweise der Einrichtung, in der der Arzt arbeitet. Immer stellt sich die Frage, welche Haltung der Arzt unter diesen Umständen einnehmen soll, insbesondere ob er verpflichtet ist oder nicht, den Patienten an einen Kollegen zu überweisen. Er hat drei Möglichkeiten: Er leistet Sterbehilfe trotz seiner Bedenken; er leistet keine Sterbehilfe, überweist den Patienten aber an einen Kollegen, der sie möglicherweise leisten wird, oder er leistet keine Sterbehilfe und überweist den Patienten auch nicht an einen Kollegen.

Die Mitglieder, die eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise befürworten, sind sich in puncto Überweisungspflicht uneinig. Einige finden, dass ein Arzt, der Sterbehilfe aus persönlichen Gewissensgründen ablehnt, trotzdem die Pflicht hat, den Patienten an einen Kollegen zu überweisen, der dazu wohl bereit ist. Andere Mitglieder meinen hingegen, dass ein Arzt, der selber moralische Bedenken gegen Sterbehilfe hat oder diese in einer bestimmten Situation unangemessen findet, wahrscheinlich zur letzten Möglichkeit greifen wird: Er leistet keine Sterbehilfe und ist auch nicht geneigt, den Patienten zu überweisen. Die Überweisung ist übrigens nur sinnvoll, wenn an einen Arztkollegen überwiesen wird, von dem der überweisende Arzt vermutet, dass er bereit sein wird, Sterbehilfe zu leisten. Den Arzt zur Überweisung zu verpflichten, stünde im Widerspruch zu dem Recht, Beihilfe zur Sterbehilfe abzulehnen. Die Überweisung beinhaltet ja auch, dass sich der überweisende Arzt mindestens moralisch mitverantwortlich für die Sterbehilfe fühlen wird, die der Kollege leistet, an den er seinen Patienten überwiesen hat. Wenn die Ablehnung auf Gewissensbedenken des Arztes oder auf Bedenken im Zusammenhang mit der Vorgehensweise der Einrichtung beruht, in der der Arzt arbeitet, stellt sich die Frage, ob der Arzt das eigene Gewissen oder diese Vorgehensweise über den Wunsch des hilfebedürftigen Patienten stellen darf. Diese Frage muss bejahend beantwortet werden, weil jedem Arzt (und jedem anderen Pflegedienstleister) das Recht zuerkannt wurde, Beihilfe zur Sterbehilfe abzulehnen. Den Arzt trotz seiner Bedenken zu verpflichten, seinen Patienten an einen Arzt zu überweisen, der diese Bedenken nicht teilt, würde bedeuten, dass dieser Arzt trotzdem implizit gezwungen wird, sich an einer Sterbehilfe zu beteiligen. Er behält nur das Recht, es abzulehnen, die Handlungen selbst zu vollziehen. Eine Überweisungspflicht wäre somit gesetzwidrig.

Ferner können Argumente zugunsten einer Überweisungspflicht wie folgt widerlegt werden. Ein erstes Argument zugunsten der Überweisungspflicht fußt auf der schwachen Position, in der sich der bittende Patient befindet. Der Patient leidet erheblich, unerträglich in seinen Augen, ist oft im Endstadium der Krankheit und in vielen Fällen stark geschwächt. Der Patient ist in hohem Maße vom behandelnden Arzt abhängig: Der Arzt entscheidet in Absprache mit dem Patienten, welche Handlungen vollzogen werden und welche nicht. Der Patient selbst hat nur begrenzte und nichtmedizinische Kenntnisse seines eigenen Gesundheitszustandes. Im Gegensatz zum Arzt, der überweisen kann, weiß der Patient meistens nicht, welcher andere Arzt seiner Bitte um Sterbehilfe stattgeben würde, und er ist nicht in der Lage, das selbst herauszufinden.

Manchmal wird in diesem Zusammenhang auch auf die standesrechtliche Pflicht des Arztes verwiesen, die Fortführung der Pflege zu gewährleisten, indem er den Patienten an einen Arztkollegen überweist, der der Sterbehilfebittung wohl stattgeben will (K.E. Nr. 78 und ärztlicher Ethikkodex). Doch dieses Argument überzeugt nicht: Die Behandlungsbeziehung endet ja nicht, wenn der Arzt es ablehnt, Sterbehilfe zu leisten. Der Arzt kann auf andere Weise die Fortführung der Pflege sicherstellen: Überweisung an Palliativpflegeeinrichtungen, Schmerzlinderung, ...

Ein zweites Argument zugunsten der Überweisung des Patienten stützt sich auf das Patient-Arzt-Verhältnis. Dessen Bedeutung darf bei der Sterbehilfe nicht überschätzt werden. In der Praxis wird das Patient-Arzt-Verhältnis auf die übrigen Dienstleister und die konsultierten Ärzte ausgeweitet.

Es besteht keine einzige gesetzliche Verpflichtung oder Vorschrift hinsichtlich der Überweisungspflicht. Das Sterbehilfegesetz verpflichtet den ablehnenden Arzt nur, den Patienten darüber zu informieren, verpflichtet ihn aber nicht, den Patienten zu überweisen. Genauso wenig besteht ein Recht auf Sterbehilfe für Patienten, sodass kein Patient Sterbehilfe erzwingen kann.

Die Ausschussmitglieder, die meinen, es bestehe keine Überweisungspflicht, betonen, dass der Arzt, der einer Bitte um Sterbehilfe seines Patienten nicht stattgibt, wohl eine Reihe anderer Verpflichtungen gegenüber dem Patienten einzuhalten hat. Erstens müssen natürlich die Rechte des Patienten gewahrt werden. Also hat der Patient unter anderem „ein Recht darauf, dass die Berufsfachkraft unter Wahrung seiner Menschenwürde und Selbstbestimmung und ohne dass irgendwelche Unterschiede gemacht werden, ihm gegenüber Qualitätsleistungen erbringt, die seinen Bedürfnissen entsprechen“ (Artikel 5 des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten). Ferner haben alle Ärzte und insbesondere der ablehnende Arzt dem Patienten gegenüber eine Informationspflicht. Der Arzt ist gesetzlich verpflichtet, dem Patienten seine Ablehnung deutlich und rechtzeitig kundzutun (Art. 14 des Sterbehilfegesetzes und Artikel 7 des Gesetzes über die Rechte des Patienten). Insofern der Patient dazu noch in der Lage ist, kann er sich dann an einen anderen Arzt oder eine andere Pflegeeinrichtung wenden. Wenn der Patient beschließt, sich an einen anderen Arzt zu wenden, der seiner Bitte um Sterbehilfe wohl stattgeben würde, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, die medizinische Akte an den neuen Arzt weiterzuleiten (Artikel 14 des Sterbehilfegesetzes).

e. Schlussfolgerung aus dem zweiten Standpunkt

Das Gesetz vom 28. Mai 2002 schafft kein Recht auf Sterbehilfe. Das Gesetz kann weder eine Person noch eine Gruppe von Personen oder eine Einrichtung verpflichten, Sterbehilfe zu leisten oder leisten zu lassen. Mehr noch, zusätzliche ethische Behutsamkeit steht nicht im Widerspruch zum Gesetz. Sie ist willkommen, um die Banalisierung der außergewöhnlichen Handlung, die Sterbehilfe ist, zu vermeiden. Einige Mitglieder, die diesen zweiten Standpunkt verteidigen, meinen, der Palliativfilter werde ausreichen, um die Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen, ohne auf Sterbehilfe zurückgreifen zu müssen, während andere der Auffassung sind, Palliativpflege sei ein notwendiger Filter, nach dem jedoch in bestimmten, sehr spezifischen Fällen Sterbehilfe folgen könne.

Die Ausarbeitung einer ethischen Sichtweise ist für jede Pflegeeinrichtung unentbehrlich. Eine Pflegeeinrichtung ist mehr als ein Gebäude, in dem gepflegt wird. Die Menschen, die dort arbeiten, versorgen ihre Mitmenschen zu einem Zeitpunkt, wo sie geschwächt sind und mit Schmerzen sowie mit dem Tod konfrontiert werden. Diese Arbeitnehmer müssen zusammen überlegen, wie sie eine qualitativ hochwertige Pflegekultur entwickeln können, die auf der Achtung ihrer Patienten, ihrer Verletzlichkeit und ihrer Autonomie beruht. Dieser Einsatz muss sowohl der Bitte

des Patienten als den Sorgfältigkeits- und Menschlichkeitskriterien sowie der notwendigen Transparenz ihrer praktischen Anwendung entsprechen.

Für einige Mitglieder, die diesen zweiten Standpunkt verteidigen, besteht eine Überweisungspflicht; für andere Mitglieder ist die Überweisungspflicht nicht anwendbar und beschränkt sich der Grundsatz der Fortführung der Pflege in diesem Kontext auf die Weiterleitung der medizinischen Akte.

Sterbehilfe zu leisten, ist eine Gewissensfrage, keine Frage von Kompetenz. Sie ist keine geläufige, gewöhnliche Handlung, die nur eine bestimmte technische Fertigkeit erfordert, sondern im Gegenteil eine außergewöhnliche, ernsthafte Handlung, die gegen ein fundamentales Verbot unserer Zivilisation verstößt. Einen Arzt zu verpflichten, einen Patienten zu überweisen, weil er negativ auf dessen Bitte um Sterbehilfe antwortet, wäre – nach Meinung dieser Mitglieder – eine Verletzung des Gewissens dieses Arztes und würde ihn zwingen, sich an einer Handlung zu beteiligen, die nicht seiner Überzeugung entspricht.

Die Verletzlichkeit des Patienten beurteilen die Verfechter dieses zweiten Standpunkts unterschiedlich. Einige Mitglieder meinen, der Patient habe wegen seiner körperlichen und/oder moralischen Schwäche, in der er sich am Ende seines Lebens befinde, nicht mehr die Kraft, einen anderen Ort oder einen anderen Pflegedienstleister zu finden, der positiv auf seine Bitte um Sterbehilfe antworten werde. Seine Verletzlichkeit rechtfertige also eine Überweisungspflicht seitens des Arztes, der ihn über seine Gewissensbedenken gegen Sterbehilfe informiert habe.

Andere meinen, die Rolle des Arztes bestehe darin, auf die Not des Patienten einzugehen und sie hingebungsvoll und kompetent zu lindern. Wenn es andere Mittel gebe, um die Schmerzen des Patienten zu lindern und seiner eigenen Überzeugung treu zu bleiben, dürfe der Arzt diese nicht verschmähen, obschon ein Gesetz bestehe, das Sterbehilfe entkriminalisiere. Die gesetzlich definierte Sterbehilfe sei nicht das einzige Mittel, um würdig zu sterben. Im Gegenteil, zu schnell auf die Bitte des Patienten einzugehen, erscheine wenig respektvoll für die äußerste Verletzlichkeit, in der er sich befinde, vor allem am Ende seines Lebens.

Die Mitglieder, denen zufolge die Überweisung des Patienten für den Arzt keine Verpflichtung ist, denken, dass dies noch weniger der Fall ist für eine Einrichtung. Aber auf allen Ebenen müssten Informationen ausgetauscht werden, und zwar rechtzeitig: zwischen dem Patienten und dem Arzt, im Rahmen des Patient-Arzt-Verhältnisses, zwischen ihnen und dem Umfeld, zwischen all diesen Akteuren und dem Pflegeteam und auch - in einem breiteren Rahmen - zwischen der gesunden Öffentlichkeit und den Einrichtungen. Diese müssten ihre Pflegepolitik transparent und ausführlich erläutern und angeben, wie sie mit der Begleitung am Lebensende umgehen.

Andere Mitglieder, die einen nuancierteren Standpunkt zur Vorgehensweise der Pflegeeinrichtungen vertreten, betonen vor allem die Notwendigkeit, innerhalb der Pflegeeinrichtungen eine ethische Pflegekultur aufzubauen. Über die Ausarbeitung eines ethisch unterlegten Stufenplans könne man alles tun, um eine Palliativpflegekultur aufzubauen, aber gleichzeitig akzeptieren, dass Sterbehilfe mit der notwendigen Sorgfalt geleistet werde, wenn der Patient bei seiner Bitte um Sterbehilfe bleibe.

Ein Patient, der eine Bitte um Sterbehilfe äußere, müsse mit Empathie angehört und fachkundig gepflegt werden.

B. Apropos „Lebensendekliniken“, Sonderabteilungen innerhalb oder außerhalb von Einrichtungen

Muss man Spezialkliniken oder Spezialabteilungen schaffen (deren einziges Ziel es wäre, Patienten am Ende ihres Lebens zu begleiten], deren Aufgabe es sein würde, jedem Patienten, der die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, den Zugang zu einem medizinischen Umfeld zu ermöglichen, das das Prinzip der Sterbehilfe ideologisch nicht verwirft?

Diese Frage ist bereits teilweise in Teil II.A beantwortet worden, wo die Verfechter beider Standpunkte ihre Argumente für oder gegen die Überweisungspflicht dargelegt haben. Über sie wird derzeit diskutiert⁷⁴. Sie betrifft nicht nur die Sterbehilfe, die nur eine der Möglichkeiten am Lebensende ist und nur in einer Minderheit der Sterbefälle (1 bis 2 % der Sterbefälle, nach verschiedenen Studien, von denen keine einzige die genauen Zahlen oder Prozentsätze der Anzahl Sterbehilfefälle in Belgien verlässlich belegen kann) angewandt wird⁷⁵. Schmerzlinderung mit möglicherweise lebensverkürzenden Folgen, Abbruch oder Nichteinleitung medizinisch sinnloser Behandlungen, Zurückfahren von Behandlungen, Verzicht auf Reanimation, Palliativpflege inklusive palliativer Sedierung sind weitere Entscheidungen am Lebensende, die in diesem spezifischen Rahmen getroffen werden könnten.

Die Debatte um die praktische Anwendung des Sterbehilfegesetzes wird in zahlreichen Einrichtungen geführt; im Zuge der gesellschaftlichen Entwicklung hat sich die Mentalität langsam geändert. Das Sterbehilfegesetz hat die Diskussion um aktive Lebensbeendigung möglich gemacht, und die jährlich steigende Anzahl Meldungen zeigt, dass Sterbehilfe sowohl zuhause als in den Pflegeeinrichtungen effektiv geleistet wird. Das Verfahren und die Vorsichtsmaßnahmen,

⁷⁴ Siehe Delbeke E., Juridische aspecten van zorgverlening aan het levenseinde, *Intersentia*, 2012, S. 21 8-222, Nr. 399405, der schlussfolgert, dass eine solche Option kaum rein rechtliche Bedenken aufwirft, aber wegen ihrer potentiellen Folgen aus gesellschaftlicher Sicht wenig wünschenswert ist. Die Situation in den Niederlanden (Vorschlag der "Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde") hat Petra de Jong bei ihrer Anhörung im verkleinerten Ausschuss beschrieben (siehe Anhang 2); siehe auch de Jong P., "Levenseindekliniek is noodzaak in Nederland", in Bussche F. und Distelmans W. (éd.), *Een goede dood. 2002-2012: tien jaar 'controversiële' euthanasiewet?*, VUB Press, 2012, S. 311-317; den Hartogh G.A., "Levenseindekliniek binnen de grenzen van de wet?", *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2011 (35) 212-216; Soumois F., "Une clinique de l'euthanasie en Belgique?", *Le Soir*, 3-4. November 2012.

⁷⁵ Diese Prozentsätze stammen erstens aus dem fünften Bericht des Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschusses (FCEC), der den Zeitraum 2010-2011 abdeckt und aus dem hervorgeht, dass die Anzahl Sterbefälle durch Sterbehilfe, die dem Ausschuss für diesen Zeitraum gemeldet worden sind, durchschnittlich 1% aller Sterbefälle in Belgien ausmacht (siehe Anhang 1). Es liegt allerdings auf der Hand, dass der FCEC nur die Sterbehilfefälle kennt, die ihm mitgeteilt werden, was die Frage offenlässt, wie viele Sterbehilfebehandlungen vollzogen, aber nicht gemeldet werden. Mehrere Veröffentlichungen gehen auf Erhebungen des Consortium MELC zurück, das medikalisierte Sterbefälle in Flandern stichprobenweise untersucht hat. Laut Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Mortier F. und Deliens L., "Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported cases", *BMJ* 2010 (341):c51 74, doi:10.1136/bmj.c51 74) ergaben diese Erhebungen, die 2007 anhand von Totenscheinen in Flandern durchgeführt wurden, einen Prozentsatz von 1,9%. Dazu wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe von Menschen genommen, die zwischen dem 1. Juni 2007 und dem 30. November 2007 gestorben waren. Sämtliche Sterbefälle dieses Zeitraums wurden nach der auf dem Totenschein angegebenen Todesursache in vier Schichten zusammengefasst: Schicht 1 betraf Sterbefälle, bei denen Sterbehilfe die unmittelbare Todesursache war; Schicht 2 betraf Sterbefälle, bei denen medizinische Hilfe beim Sterben wahrscheinlich war; Schicht 3 betraf Sterbefälle, bei denen medizinische Hilfe beim Sterben möglich war und Schicht 4 betraf Sterbefälle, bei denen medizinische Hilfe beim Sterben unwahrscheinlich war. Anschließend wurden aus Schicht 1 alle Sterbefälle in die Stichprobe aufgenommen, aus Schicht zwei die Hälfte, aus Schicht 3 ein Viertel und aus Schicht 4 12,5%. Die Angaben wurden hinterher gewichtet, um diese unverhältnismäßige Schichtung zu korrigieren. Die Ärzte, die die Totenscheine für die in die Stichprobe aufgenommenen Sterbefälle ausgestellt hatten, erhielten einen Fragebogen über den Entscheidungsprozess am Lebensende. 58,4% von ihnen haben darauf geantwortet. Diese Erhebungen ergaben u.a., dass Sterbehilfe 2007 in Flandern Auswirkungen auf schätzungsweise 1,9% der Sterbefälle gehabt hat, dass etwa die Hälfte der geschätzten Sterbehilfefälle dem Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschuss gemeldet wurde und dass Ärzte, die eine Lebensende-Entscheidung als Sterbehilfe betrachteten diese in 93,1% der Fälle dem vorgenannten Ausschuss meldeten. Zur Information, eine 1998 durchgeführte ähnliche Sterbefallerhebung ergab in Flandern eine geschätzte Sterbehilfe-Auswirkung von 1,1%.

die das Gesetz vorsieht, scheinen ein brauchbarer Rahmen zu sein, wie die Analyse der Meldungen zeigt. Trotz der Entwicklung einer einrichtungsspezifischen Vorgehensweise und der Unterstützung durch LEIF/EOL-Ärzte⁷⁶ und andere Initiativen⁷⁷ bleiben Patienten und Pflegedienstleister mit Fragen konfrontiert. Einige Ausschussmitglieder meinen, dass sich manche Einrichtungen weigern, über Sterbehilfe zu diskutieren, oder derart strenge zusätzliche Bedingungen vorschreiben, dass Sterbehilfe unmöglich scheint. Aber es gibt auch Einrichtungen, die offen für Sterbehilfebitten sind, diesen aber nicht stattgeben, sondern systematisch auf Einrichtungen verweisen, in denen das Verfahren wohl angewandt wird. Einige Pflegedienstleister fühlen sich unter Druck gesetzt, Handlungen zu vollziehen, die ihnen moralische Probleme bereiten.

Auch aus diesen Gründen ist in Belgien eine Debatte über die Notwendigkeit sogenannter Lebensendekliniken (also keine Sterbehilfekliniken) entstanden. Die Initiative zu diesen Kliniken kommt von der „Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensende“ (NVVE). Die Lebensendekliniken bieten heute den Patienten Hilfe an, deren Sterbehilfebitten nicht positiv beschieden wird, obschon sie den Kriterien des niederländischen Gesetzes genügt.

Diese Debatte geht über den Fall der Sterbehilfe hinaus. 2002 sind zusammen mit dem Sterbehilfegesetz zwei weitere Gesetze in Kraft getreten, die auch die Rechte und Möglichkeiten am Lebensende bestimmen, nämlich das Gesetz vom 14. Juni 2002 über die Palliativpflege und das Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten. Wichtig ist, Sterbehilfe in den Gesamtkontext der Lebensende-Entscheidungen einzuordnen, die zur Förderung guter medizinischer Praxis eine zusätzliche Ausbildung der Fachkräfte in den verschiedenen Disziplinen voraussetzen.

Man kann sich dabei fragen, ob nicht mehr Aufklärung der Bevölkerung notwendig ist. Die Information der Bevölkerung ist wichtig, weil in der Gesellschaft eine schrittweise Entwicklung stattgefunden hat: Die Menschen nehmen Schmerzen anders wahr und sind weniger bereit zu leiden; parallel dazu ist der Wunsch nach mehr Kontrolle (manchmal selbst nach der Illusion einer Kontrolle) gestiegen. Für einige Ausschussmitglieder besteht aus diesem Grund auch die Gefahr, dass der Sachverhalt „Erfüllung der Sterbehilfebedingungen“ nicht mehr so strikt ausgelegt wird. Die Einschätzung der Schmerzen ist Sache des Patienten selbst, aber für den Arzt, an den die Sterbehilfebitten herangetragen wird, ist es wichtig, selbst nachempfinden zu können, wie ernst die Schmerzen sind. Dies geschieht in einem individuellen Gespräch, das im Französischen auch als „colloque singulier“ (Patient-Arzt-Verhältnis) bezeichnet wird. Hier kommt es zu einer

⁷⁶ Siehe www.leif.be: (LevensEinde InformatieForum/Forum d'information Fin de vie) ist Anfang 2003 auf Initiative der VoG Recht op Waardig Sterven (Recht auf würdiges Sterben) (www.leif.be) gegründet worden. Anlass waren die Gesetze über die Rechte der Patienten, über Palliativpflege und über Sterbehilfe, die 2002 in Kraft getreten sind. LEIF ist als offenes Forum für Pflegedienstleister, Patienten und ihre Familien gegründet worden, denn es hat sich schnell gezeigt, dass nur wenige von ihnen mit dem Inhalt dieser Gesetze vertraut waren. LEIF organisiert die Ausbildung der LEIF-Ärzte, LEIF-Krankenpfleger/innen sowie andere Pflegedienstleistungen und bietet Telefonhilfe zum Thema Lebensende an ('LEIFlijn'). Siehe www.admd.be/medecins.html (Übersetzung): „Das Forum EOL“ ist im November 2003 mit logistischer Unterstützung der ADMD in der Französischen Gemeinschaft ins Leben gerufen. Es zählt derzeit etwa hundert Ärzte, die sich besonders für die Thematik Lebensende interessieren und eine kurze, aber gezielte Ausbildung in dieser Frage erhalten haben. [...] Die Ärzte des „Forum EOL“ stehen ihren Kollegen zur Verfügung und garantieren eine Sprechstunde mit einem unabhängigen Arzt, der gut Bescheid weiß über die Problematik, über die Netzwerke für Palliativpflege, die es in der Region gibt, und über die Bedingungen und Verfahren, die im Falle einer Sterbehilfebitten einzuhalten sind. Man erwartet von den EOL-Ärzten, dass sie Sterbehilfe als absolut wertige, ethische Option für das Lebensende betrachten.“

⁷⁷ ULteam, ein interdisziplinäres Team (Palliativarzt, Psychiater, Psychologe, soziale(r) und psychiatrische(r) Betreuer(in), philosophische(r) Begleiter(in), Onkologe, Jurist, LEIF-Arzt, Kinderarzt, ...), das sich für Patienten (und ihre Familie) mit Fragen zum Lebensende beschäftigt (www.ulteam.be).

Wechselwirkung zwischen Arzt und Patient, die von einer unverkennbaren zwischenmenschlichen Subjektivität gekennzeichnet ist.

Jüngere Erhebungen haben gezeigt, dass etwa die Hälfte der aktuellen Bitten um Sterbehilfe honoriert wird.⁷⁸ Es ist nicht bekannt, warum das Verfahren in einer Reihe von Sterbehilfebitten nicht fortgesetzt wird. Die Ursachen sind vielleicht bei den Besonderheiten der Patienten, Ärzte und möglicherweise auch der Einrichtungen zu suchen. In zahlreichen Einrichtungen werden nämlich sogenannte Palliativfilter eingesetzt. Dies kann bedeuten, dass alle Möglichkeiten, die die Palliativpflege bietet, erst ausgeschöpft werden, ehe auf die Sterbehilfebitten des Patienten eingegangen wird. Die Erhebung, die zu diesen Schlussfolgerungen geführt hat, beruht auf einem Fragebogen, der 3006 Ärzten ausgehändigt wurde, die möglicherweise Patienten im Endstadium begleitet haben. Nur Ärzte, die ihr Fachstudium vor mindestens 12 Monaten abgeschlossen hatten und auf einer Liste mit Fachärzten standen, die möglicherweise Sterbehilfebitten erhielten, wurden befragt. Die Antwortquote betrug 36%, und von dieser Gruppe hatten 48% bereits eine Sterbehilfebitten erhalten. Ein Arzt kann es aus verschiedenen Gründen ablehnen, der Bitte des Patienten stattzugeben. Ein Arzt kann unter anderem aus moralischen Gründen ablehnen. Van Wesemael et al haben gezeigt, dass Ärzte, die in der Palliativpflege arbeiten, öfter mit Sterbehilfebitten konfrontiert werden. Die Anzahl Bitten, die die Ärzte erhielten, hing nicht von ihren moralischen oder religiösen Überzeugungen ab, aber Ärzte, die ihre religiösen Überzeugungen nicht erwähnten (nicht äußerten?) waren viel eher geneigt, einer Sterbehilfebitten stattzugeben.

Der Arzt kann Sterbehilfe auch aus beruflichen Gründen ablehnen. Der Patient, der die gesetzlichen Bedingungen nicht erfüllt, kann sowieso keine Sterbehilfe bekommen. Depression oder verminderte Handlungsfähigkeit des Patienten sind für viele Ärzte ausschlaggebende Argumente, eine Sterbehilfebitten abzulehnen. Außerdem stellten zu Rate gezogene Ärzte, die eine Sterbehilfebitten abgeschlagen hatten, in der oben erwähnten Erhebung fest, dass die Schmerzen nicht als unerträglich betrachtet werden konnten. Bei einem Viertel der Patienten griffen die Ärzte auf mögliche Alternativen aus der Palliativpflege zurück, und bei einem Drittel beurteilten sie die Situation als aussichtslos. Bei 10% der Patienten, deren Bitte abgeschlagen wurde, wurde die Bitte als nicht wohlüberlegt betrachtet.

Einige Ausschussmitglieder bedauern, dass einige Krankenhäuser in der Praxis ein kompliziertes, langwieriges Untersuchungs- und Nachdenkverfahren aufbauen und der Familie das auch so kommunizieren, sodass man sich schnell damit abfindet, dass der Patient seinem Leiden erliegen wird oder dass die palliative Lösung einem Sterbehilfeverfahren vorgezogen wird. Sowieso ist die Schwelle für die Wertung einer Sterbehilfebitten als gerechtfertigt unter Ärzten verschieden, und auch bei der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen, die zu erfüllen sind, gibt es Unterschiede.

Unter diesen Bedingungen sind einige Ausschussmitglieder gegen die Errichtung von Spezialpflegeeinrichtungen oder Spezialpflegediensten in bestehenden Einrichtungen, die sich mit den Sterbehilfebitten von Patienten befassen sollen, deren Bitte abgelehnt wurde, obwohl sie die gesetzlichen Entkriminalisierungsbedingungen erfüllen. Folgende Argumente werden angeführt:

1. Diese Haltung würde zu einer formalen und ethischen Banalisierung der Sterbehilfe führen. Diese muss das geringere Übel bleiben, eine Antwort auf eine außergewöhnliche Situation, und kein übliches Verhalten. Bei jeder Sterbehilfe ist zu hoffen, dass ein Weg im Sinne dieses besonderen Patienten mit seinem Umfeld und seinem Arzt zurückgelegt wird. Umgekehrt würde

⁷⁸ *Ursprüngliche Formulierung: "good medical practice".*

das Ausfüllen einer Prüfliste, die den gesetzlichen Kriterien entspricht, eine sehr minimalisierende Auslegung des Gesetzes bedeuten.

2. Die Zuschüsse für die Errichtung dieser Kliniken könnten nutzbringend für die Verbesserung der Pflege am Lebensende verwendet werden, was nach Auffassung einiger Mitglieder de facto zu einem Rückgang der Sterbehilfebitten führen würde.

Die Lebensendekliniken könnten – allein durch ihr Bestehen – Druck auf die schwächsten und/oder weniger bemittelten Personen unserer Gesellschaft ausüben, eine Sterbehilfebitte einzureichen. Für einige Autoren droht mit einem „Recht auf Sterbehilfe(bitte)“, zu viel Druck auf sozialschwache Bevölkerungsgruppen (Senioren, Demenzkranke) ausgeübt zu werden: Daraus würde dann eine „Pflicht zu sterben“⁷⁹. Die Unerträglichkeit der Erkrankung, an der der Patient leidet, hängt diesen Autoren zufolge von seinen persönlichen Werten ab. Die Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerks und die individuellen Unterschiede beim Erleben ein und derselben Situation durch verschiedene Personen spielen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung einer Sterbehilfebitte. Angst vor Abhängigkeit und die Unerträglichkeit des Lebens in einer Einrichtung für demente Senioren können die Sterbehilfebitte beeinflussen, wenn besagte Person viel Wert auf Unabhängigkeit und Selbstbestimmung legen.⁸⁰

3. Das Bestehen dieser Abteilungen würde den Ärzten, die dort nicht arbeiten, Gelegenheit geben, das Problem (und den Patienten) unter den Teppich zu kehren, statt mit diesem im Rahmen des Patient-Arzt-Verhältnisses über das zu sprechen, was er möchte, was möglich ist und was wahrscheinlich nicht das Beste für ihn sein würde. Man würde in diesen Einrichtungen eine Art Sterbehilfe auf einfache Bitte leisten – und nicht am Ende eines Nachdenkprozesses. Dies würde gegen den Geist verstoßen, der das Gesetz vom 28. Mai 2002 inspiriert hat und der in der gesamten Ärzteschaft eine Kultur des Zuhörens und der empathischen Begleitung am Lebensende hat einführen wollen und diese Aufgabe nicht einem kleinen Ärztekreis hat „vorbehalten“ wollen, deren Haupttätigkeit dies sein würde.

4. Für einige Mitglieder besteht die Gefahr, dass aus den Lebensendekliniken – gleichviel ob man Sterbehilfe nun als medizinische Handlung betrachtet oder nicht – praktisch eine Medizin „auf Abruf“ werden könnte, statt einer Medizin, die von der Sorge des Arztes um seinen Patienten geleitet wird. Dies ist unvereinbar mit dem ärztlichen Ethikkodex und dem ärztlichen Standesrecht, sowohl hinsichtlich der Behandlungen und der Diagnoseuntersuchungen als der ärztlichen Atteste gleich welcher Art.

5. Unsere Gesellschaft steuert auf eine „Klassifizierung“ ihrer Mitglieder zu: Es gibt Lebensendekliniken, Aufnahmezentren für Drogensüchtige, Aufnahmezentren für Obdachlose, Alten- und Pflegeheime, geschlossene Einrichtungen für minderjährige Straftäter, für Geisteskranke, usw.⁸¹ Unsere westlichen Gesellschaften haben in den letzten Jahrzehnten den Tabucharacter des Todes unterstrichen.⁸² Ein auf „Sterbehilfe spezialisierter Ort“ würde diese Tendenz, den Tod auszublenden, nur noch befeuern.

⁷⁹ Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen B., Deliens L., "Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey", *Journal of Pain and Symptom Management*, Elsevier, February 10, 2011.

⁸⁰ Gastmans C., Van Laere L., "De plicht tot zorgen", *De Standaard*, 26 mars 2008, S. 1-3.

⁸¹ Gastmans C., Van Laere L., *op. cit.*

⁸² *Die neue Ordnung der westlichen Welt hat während des Zweiten Weltkrieges einen Höhepunkt erreicht. Für mich steht fest, dass z.B. die Konzentrationslager keine neue Erfindung und kein Zufall sind (...). Ihnen vorausgegangen sind mehrere Jahrhunderte, in denen es Lepradörfer an entlegenen Orten oder auf verlassenem Inseln gab – Dörfer, in die man im Mittelalter Cholerakranke schickte, damit sie dort sterben, Indianerreservate in Nordamerika, ...* (Pierre A., *Toxicomanie, entre justice et médecine*, 2002, S. 22).

6. Die von einigen Mitgliedern angeführten Argumente hängen jedoch von ihrer Antwort auf die erste Frage über die Legitimität des einrichtungsspezifischen Vorgehensweise ab:

- Die Ausschussmitglieder, die eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise ablehnen, sind der Meinung, dass diese Vorgehensweise auf keinen Fall akzeptabel ist. Sie können sich keine Einrichtung oder Abteilung vorstellen, die von der Sache her oder per Definition in eine einzige Richtung gehen würde und die Gewissensfrage der Dienstleister leugnen würde.⁸³
- Für die Mitglieder, die nicht gegen eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise sind, ist Sterbehilfe keine Behandlung, sondern das Ende aller Behandlungen und des Lebens des Patienten. Man richtet keine Abteilungen ein, damit sie sich um andere Dinge als um die Versorgung von Patienten kümmern, sei es „cure“ oder „care“. Andere wiederum finden, dass Lebensendekliniken gegen das Gesetz verstoßen würden, da das Gesetz keine Zustimmung, sondern eine Entkriminalisierung beinhaltet.

7. Wer wird bereit sein, in diesen Abteilungen zu arbeiten? Hervorzuheben ist hier die (verständliche) extreme Abneigung der Pflegedienstleister, dem Leben ihrer Patienten ein Ende zu bereiten. Sterbehilfe empfinden die Pflegedienstleister als eine ungewöhnliche, außerordentlich ernste Handlung, die ihr Denken und ihre Gefühle auf den Kopf stellen.

Andere Ausschussmitglieder sind nicht formell gegen die grundsätzliche Schaffung von Auffangstrukturen, die auf die Pflege am Lebensende und insbesondere auf die Begleitung am Lebensende spezialisiert wären. Diese Mitglieder vergleichen diese Strukturen z.B. mit Familienplanungsstellen, in denen seit dem Gesetz vom 3. April 1990, das den Schwangerschaftsabbruch entkriminalisiert, freiwillige Schwangerschaftsabbrüche unter medizinischer und psychologischer Betreuung Bestandteil der Dienste sind, die Frauen in Not angeboten werden. Diese Mitglieder meinen, dass die belgische Gesellschaft nicht länger hinnimmt, dass die gesetzlichen Möglichkeiten nicht angeboten werden.

Einige Ausschussmitglieder meinen, es sei sinnvoll, die Schaffung mobiler Teams, die Sterbehilfe leisten, auch für Belgien vorzuschlagen – nach dem niederländischen Beispiel. Der Begriff „Klinik“ müsse verdeutlicht werden; es seien nämlich keine Kliniken (im Sinne eines ortsfesten Gebäudes), sondern eher Hilfstams, die die Ärzte, die Sterbehilfe leisteten, unterstützten und begleiteten. Diese Teams hätten dafür zu sorgen, dass die Bitte um Sterbehilfe auf optimale Weise aufgenommen werde. In den Krankenhäusern oder auch bei den Hausärzten sei die gewünschte Fachkenntnis nicht immer gegeben oder auf einen kleinen Personenkreis beschränkt.

⁸³ Ariès Ph., *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Seuil, Points Histoire, 1977.

III. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

A. Übereinstimmungen

A.1. Die Achtung des Patienten

Der Patient muss weiter eine zentrale Rolle in der Diskussion spielen. Die ethischen Betrachtungen müssen sich um ihn drehen, unter Achtung seiner Menschlichkeit und Verletzbarkeit, im Rahmen der qualitativ hochwertigen Pflege, auf die er Anrecht hat. Er muss seine Entscheidungsfreiheit bei seiner medizinischen Begleitung behalten.

Jeder Arzt und jedes Mitglied des Pflorgeteams hat die Pflicht, die Patienten, die sich ihnen am Ende ihres Lebens anvertrauen - Stichwort: Rückführung der Therapie, Palliativpflege, Pflegeverweigerung, Bitte um Sterbehilfe - aufmerksam, professionell und mitfühlend zuzuhören und ihnen deutliche, ehrliche und verständliche Antworten zu geben.

Hierfür ist Information von entscheidender Bedeutung. Sie muss bei der multidisziplinären Konzertierung zwischen dem Arzt und seinen Patienten sowie zwischen diesen beiden und dem Pflorgeteam deutlich und aufrichtig ausgetauscht werden. Der Dialog muss also Vorrang vor dem Schweigen haben. Die Bitte eines Patienten um Sterbehilfe muss vorgetragen und besprochen werden können. Der Patient muss rechtzeitig, transparent und explizit über die verschiedenen Möglichkeiten der Pflege am Lebensende informiert werden. Die Transparenz seitens der Einrichtungen beinhaltet auch, dass sie ihre Pflegepolitik hinsichtlich der Begleitung am Lebensende darlegen. Diese Verpflichtung gilt auch gegenüber dem Arzt, damit er bei seiner Einstellung über das medizinische Projekt der Einrichtung und über die ihm zugrunde liegende Philosophie Bescheid weiß. Schließlich muss die Information auch von den Behörden und akademischen Einrichtungen und von Instanzen wie der Ärztekammer kommen: Jede informiert in ihrem Kompetenzbereich, um ein gutes Verständnis der Gesetze und der guten medizinischen Praxis in dieser Materie zu gewährleisten.

Die wohlüberlegte Zustimmung des Patienten ist für jede Behandlung und für jeden Verzicht auf eine Behandlung erforderlich. Besonders am Lebensende ist der Patient verletzlich, abhängig vom Mitgefühl seines Umfelds und des Versorgungsteams. Er muss mit Empathie angehört und entsprechend seiner eigenen Auffassung von menschlicher Würde, nicht nach den Wünschen und Vorstellungen der Menschen, die ihn umgeben und pflegen, behandelt werden. Falls Willenserklärungen vorliegen, müssen sie gemäß den gesetzlichen Bedingungen, die einzuhalten sind, berücksichtigt werden. Daher ist es wünschenswert, dass die Pflegedienstleister der Person am Ende ihres Lebens erläutern, dass es eine Willenserklärung gibt und welche Tragweite sie hat, dass die Möglichkeit besteht, einen Bevollmächtigten oder eine Vertrauensperson zu benennen, und dass diese Möglichkeiten, die eine Widerspiegelung ihres persönlichen Willens sind, der geachtet werden muss, niemals endgültig sind und jederzeit zurückgenommen werden können.

A.2. Einhaltung des Gesetzes vom 28. Mai 2002

Alle Mitglieder loben den behutsamen, gutdurchdachten Wortlaut des Sterbehilfegesetzes. Das Gesetz bietet dem Arzt insbesondere noch immer die Möglichkeit, für die von seinem Patienten formulierte Bitte zusätzliche Bedingungen vorzusehen, die seines Erachtens gerechtfertigt sind, um eine korrekte und sorgfältige medizinische Beurteilung vornehmen zu können. Er darf jeden nützlichen Rat einholen, muss seinen Patienten aber stets auf dem Laufenden halten; diese zusätzlichen Schritte dürfen auch keine persönliche Ablehnung oder eine Ablehnung von Sterbehilfe seitens einer Einrichtung bedeuten. Jede einrichtungsspezifische Pflegepolitik im Sinne

einer qualitativ hochwertigen Pflege muss im Einklang mit dem Gesetz vom 28. Mai 2002 über Sterbehilfe und mit dem Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten stehen.

A.3. Achtung der beruflichen Autonomie des Arztes

Alle Ausschussmitglieder erinnern daran, dass Sterbehilfe eine Handlung ist die von einem Arzt vollzogen werden muss. Diese Handlung ist alles andere als unbedeutend und erfordert größte Sorgfalt – die im Einklang mit den Grundsätzen der „good medical practice“ stehen muss. So kann die Praxis von professionellen Pflegedienstleistern innerhalb einer Einrichtung von den befugten Organen beurteilt werden, zum Beispiel durch die Abfassung von Protokollen oder Nachdenkarbeit über die Krankheitsgeschichte der Patienten.

A.4. Überweisungspflicht

Alle Mitglieder sind sich einig, dass der Arzt dem Patienten rechtzeitig und ausdrücklich mitteilen muss, dass er seiner Bitte um Sterbehilfe nicht stattgeben wird, und dass er die Gründe dafür angeben muss: Entweder meint der Arzt, dass die gesetzlichen Bedingungen nicht erfüllt sind, oder er beruft sich auf die Gewissensfrage. Die absolute Einhaltung dieser Verpflichtung muss dem Patienten die Möglichkeit bieten, sich einen anderen Arzt zu suchen, dem er seine Bitte vortragen kann, sodass er nicht von der Entscheidung des Arztes abhängt, ihn an einen Kollegen zu überweisen oder diese Überweisung abzulehnen. Sonst ist zu befürchten, dass der Patient – vor allem wenn er sehr angeschlagen ist – das Gefühl bekommt, hintergangen worden zu sein, da er keine andere Lösung hat.

Außerdem hält der Ausschuss es für notwendig, die verschiedenen Auslegungen der Überweisungspflicht zu verdeutlichen. Eine erste geläufige Auslegung bietet dem Arzt die Möglichkeit, seinen Patienten an einen Kollegen mit mehr Fachwissen oder mehr Erfahrung zu überweisen. Der überweisende Arzt findet die medizinische Handlung notwendig oder nützlich, bittet aber einen Kollegen, die Handlung effektiv zu vollziehen. Alle Mitglieder pflichten dieser Auslegung bei, auch in Lebensendsituationen und besonders bei Sterbehilfe. Eine zweite Auslegung – bei der kein Konsens besteht über ihre Folgen, die unter Punkt B besprochen werden – betrifft die Haltung eines Arztes, der im Gegenteil nicht möchte, dass die Handlung vollzogen wird, und der gezwungen würde, den Patienten an einen seiner Kollegen zu überweisen, der grundsätzlich keine Bedenken hat, diese Handlung auszuführen.

A.5. Fortführung der Pflege

Nach den gesetzlichen Bestimmungen und den standesrechtlichen Vorschriften darf kein einziger Patient sich selbst überlassen werden. Die Behandlungsmöglichkeiten sind so vielfältig, dass den Bitten von Patienten an ihrem Lebensende stattgegeben werden kann. 2002 sind drei Gesetze über Sterbehilfe, Palliativpflege und die Rechte des Patienten verabschiedet worden, die diese Haltung der Achtung, Empathie und Zusammenarbeit unterstützen sollen.

Selbst bei einem Konflikt zwischen dem Patienten und dem Arzt oder dem Pflegeteam oder zwischen mehreren Pflegedienstleistern bezüglich der Haltung gegenüber Personen am Ende ihres Lebens, muss dem Patienten – auch wenn beide Lösungen abgelehnt werden – weiter die beste Pflege gewährt werden, die er wegen seines Zustands braucht. Wenn keine Aussicht auf Genesung oder Überleben mehr besteht, muss er von den Personen an seinem Krankenbett jegliche Zuwendung und fachkundige Begleitung erhalten, unter Achtung seiner Würde und seiner Autonomie.

A.6. Die „Lebensendekliniken“

Was die Schaffung von Lebensendekliniken angeht, sind alle Mitglieder der Meinung, dass die Praxis bei Fragen von Patienten zu ihrer Lebensendsituation nicht zum Verschwinden des Patient-Arzt-Verhältnisses führen darf. Sie darf auch nicht zu der Praxis führen, dass Bitten um Sterbehilfe auf mechanische und systematische Weise beantwortet werden. Eine solche Klinik darf auch keine Einrichtung werden, die Sterbehilfe als eine „obligatorische“, routinemäßige, teilnahmslos ausgeführte Praxis aufzwingt. Es darf auch keine Einrichtung werden, in die Patienten, die aus Einrichtungen kommen, die Sterbehilfe ablehnen oder einschränken, im Rahmen eines „Protokolls“ automatisch verlegt werden. Das Gesetz betont die besondere Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Arzt: Es impliziert nicht die Einführung von Praktiken zwischen Einrichtungen, die auf eine systematische Überweisung einer Kategorie von Kranken hinauslaufen würde.

B. Divergenzen

B.1. In der ersten Frage

Kann eine Pflegeeinrichtung (Krankenhaus, Alten- und Pflegeheim, Altenheim) **in ihren Mauern** die Anwendung von Sterbehilfe (nach der Definition des Gesetzes vom 28. Mai 2002) **verbieten** oder in ihren Vorschriften Bedingungen zu den im Gesetz genannten Bedingungen hinzufügen?

Abgesehen von diesen einstimmigen Empfehlungen meinen einige Mitglieder, dass es für eine Einrichtung weder gesetzlich noch gerechtfertigt ist, eine Marschroute festzulegen - und sie ihren Ärzten vorzuschreiben -, die zusätzliche Bedingungen zu den bereits im Gesetz vom 28. Mai 2002 vorgesehenen Bedingungen vorschreibt oder die systematisch zusätzliche Untersuchungen vorsieht, die als Vorsichtsmaßnahmen vorgestellt werden, in Wirklichkeit aber die Anwendung von Sterbehilfe übermäßig verlangsamen oder de facto verhindern. Dieses Gesetz hat in der Tat einen bestimmten Freiraum zwischen dem Patienten und seinem Arzt geschaffen, der durch die automatische Anwendung einer solchen Vorgehensweise vernichtet werden würde. Eine solche aufgezwungene Vorgehensweise raubt dem Arzt jegliche Möglichkeit, dem Patienten zuzuhören und dem Patienten entsprechend den gesetzlichen Vorschriften eine persönliche Antwort zu geben. Diese Mitglieder bekräftigen, dass eine Einrichtung einem Arzt, der die Kriterien des Gesetzes einhält, nicht verbieten kann, in ihren Räumlichkeiten Sterbehilfe zu leisten, und dass sie ihn wegen des Vollzugs dieser Handlung nicht bestrafen kann. Wir verweisen hier auf die Schlussfolgerungen aus dem ersten Standpunkt (cf. oben Teil II, A.2., g), die sich gründlicher und ausführlicher mit diesem Aspekt befassen.

Andere Mitglieder finden, dass eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise in Frage kommt, wenn sie von der Suche nach einer qualitativ hochwertigen medizinischen Antwort auf die Bitte des Patienten zeugt und dann für den Patienten Bestandteil eines verbindlichen Pflegeparcours ist.

Andere Mitglieder bekräftigen ihrerseits, dass es für eine Einrichtung ethisch rechtmäßig ist, eine persönliche Identität - unter anderem ihre konfessionelle Ausrichtung - zu entwickeln und zu verteidigen, weil die Autonomie des Patienten nur in einer von der Einrichtung definierten Pflegekultur zum Tragen kommen kann.

Die „Überweisungspflicht“ beurteilen die Mitglieder unterschiedlich, egal ob sie für oder gegen eine einrichtungsspezifische Vorgehensweise sind.

Für einige Mitglieder braucht der zu Rate gezogene Arzt, der findet, dass die medizinischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, dies - wie gesetzlich vorgesehen - nur in der Akte des Patienten zu vermerken und einen vom Patienten ausgesuchten Kollegen darüber zu informieren. Für den Arzt sei die Überweisungspflicht nur dann angebracht, wenn sich der Arzt auf sein

Gewissen berufe. Sonst könne diese Pflicht als eine Art „Berufungsverfahren“ betrachtet werden, aber auf Initiative des Arztes, nicht des Patienten, was keinen Sinn machen würde.

Andere Mitglieder finden allerdings, dass der Arzt gerade deshalb nicht gezwungen werden kann, Patienten zu überweisen, weil er die Gewissensfrage stellt. Das stünde übrigens im Widerspruch zu seiner Überzeugung. Ein Arzt müsse nicht nur frei sein, Sterbehilfe abzulehnen, sondern auch jede Handlung abzulehnen, die Sterbehilfe durch einen anderen Arzt ermöglichen würde. Zu dem Zeitpunkt, wo Mitarbeiter eingestellt würden, müsse große Transparenz herrschen, sowohl in puncto Organisationskultur als in puncto Entstehung und Inhalt der einrichtungsspezifischen Vorgehensweise, um zu verhindern, dass wegen mangelnder Loyalität auf repressive Maßnahmen zurückgegriffen werden müsse.

Schließlich verteidigen andere Mitglieder die Überweisungspflicht seitens des Arztes, ungeachtet des Grundes für seine Verweigerung, damit die Fortführung der Pflege gewährleistet und eine Antwort auf die missliche Lage des Patienten gegeben werden kann, damit seine Behandlung so in ruhigeren Umständen abgeschlossen werden kann.

B.3. In der zweiten Frage

Muss man kompetente Fachkliniken oder Auffangstrukturen errichten (mit dem alleinigen Ziel, Patienten am Ende ihres Lebens zu begleiten), deren Aufgabe es unter anderem wäre, jedem Patienten, der die gesetzlichen Bedingungen erfüllt, den Zugang zu einem medizinischen Umfeld zu ermöglichen, das das Prinzip der Sterbehilfe ideologisch nicht verwirft?

Einige Mitglieder sind dem nicht abgeneigt und verweisen – per Analogie – auf andere besondere Auffangstrukturen, zum Beispiel die Familienplanungsstellen. Eine spezialisierte Auffangstruktur böte die Möglichkeit, auf Sterbehilfebitten von Patienten einzugehen, denen andernorts nicht stattgegeben werde, obschon die gesetzlichen Bedingungen erfüllt seien.

Andere Mitglieder plädieren eher für (außerhalb der Einrichtungen tätige) ambulante Teams, die die zu Rate gezogenen Ärzte unterstützen und ihren Platz einnehmen können, wenn diese es nach Prüfung der Sterbehilfebite ablehnen, die Sterbehilfe selbst zu leisten.

Weitere Mitglieder sind aus verschiedenen Gründen gegen Lebensendekliniken. Ein erster Grund ist, dass die Existenz solcher „Kliniken“ einen zu großen Druck auf verletzte Patienten ausüben würde, die das Sterben dann als eine „Pflicht“ betrachten könnten. Die Schaffung solcher Lebensendekliniken drohe, diese Kategorie Menschen und die dazugehörige Pflege zu typisieren: Neben Zentren für Drogensüchtige, Geisteskranke, Flüchtlinge, Obdachlose und Senioren gebe es dann auch „Zentren für Menschen, die sterben wollen“.

Ein zweiter Grund ist, dass jede Einrichtung ein möglichst vielseitiges Pflegeangebot bereithalten muss und nicht nur zum Ziel haben darf, Sterbehilfe auf einfache Bitte hin anzubieten.

Ein dritter und letzter Grund ist, dass die öffentlichen Mittel, die hierin investiert würden, besser für die Pflege am Lebensende und für Informationskampagnen für die breite Öffentlichkeit über die Möglichkeiten, die das Sterbehilfegesetz vom 28. Mai 2002 bietet, verwendet werden könnten.

Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 2011/1 vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:

Vorsitzende	Berichterstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglieder
P. Cras	P. Cras	C. Bolly	M.-G. Pinsart
M.-G. Pinsart (à partir du 27 mai 2013)	G. Genicot	Y. Denier	
	Th. Locoge	M. Dumont	
		M. Eisenhuth	
		G. Evers-Kiebooms	
		J. Frühling	
		J. Herremans	
		R. Kramp	
		G. Lebeer	
		Th. Locoge	
		Y. Oschinsky	
		A. Pierre	
		R. Rega	
		R. Rubens	
		B. Spitz	

Sekretariat

V. Weltens

Angehörte Experten

Prof. Luc Deliens, Director End-of-life-care Research Group Ghent University & Vrije Universiteit Brussel

Prof. Wim Distelmans, Co-Präsident des Föderalen Sterbehilfekontroll- und -bewertungsausschusses

Dr. Antonino Spoto, Leiter der Palliativpflegeabteilung des Grand Hôpital de Charleroi (Loverval)

Sylvie Tack, Forscherin an der Universität Gent (UGent), Rechtsanwältin

Evelien Delbeke, Forscherin an der Universität Antwerpen (UA), Rechtsanwältin

Prof. Chris Gastmans, Centre for Biomedical Ethics and Law, KU Leuven

Peter Degadt, Verwaltungsratsmitglied von Zorgnet Vlaanderen

Dr. Petra de Jong, Direktorin der "Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde (NVVE, Niederlande)

Tom Goffin, Jurist bei der Nationalen Ärztekammer, Centre for Biomedical Ethics and Law KU Leuven

Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 2011/1 - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als Anlagen 2011/1 im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

Dieses Gutachten ist auf www.health.belgium.be/bioeth unter der Rubrik "Empfehlungen" verfügbar.

Anhang 1

Zusammenfassung der Berichte des Föderalen Sterbehilfekontroll- und -bewertungsausschusses (FCEC)

Folgende Zusammenfassung enthält die amtlichen Zahlen der seit 22. September 2002, Datum des Inkrafttretens des Gesetzes, bekanntgegebenen Sterbehilfefälle. Diese Berichte beruhen auf den Angaben der Ärzte und erfassen selbstverständlich nur die gemeldeten Fälle.

Laut Artikel 9 des Gesetzes vom 28. Mai 2002 besteht eine der gesetzlichen Aufgaben des Föderalen Sterbehilfekontroll- und -bewertungsausschusses (FCEC) darin, alle zwei Jahre einen Bericht für die Gesetzgebenden Kammern zu erstellen, der Folgendes enthält:

- a) einen statistischen Bericht, der auf den Informationen des von den Ärzten übermittelten zweiten Teils des Meldeformulars beruht;
- b) eine Beschreibung und Beurteilung der Anwendung des Gesetzes;
- c) etwaige Empfehlungen, die zu einer Gesetzgebungsinitiative und/oder anderen Maßnahmen zur Ausführung des Gesetzes führen können.

Diese Berichte sind auf der Internetseite des FÖD Öffentliche Gesundheit(<http://www.health.belgium.be/euthanasie>) verfügbar.

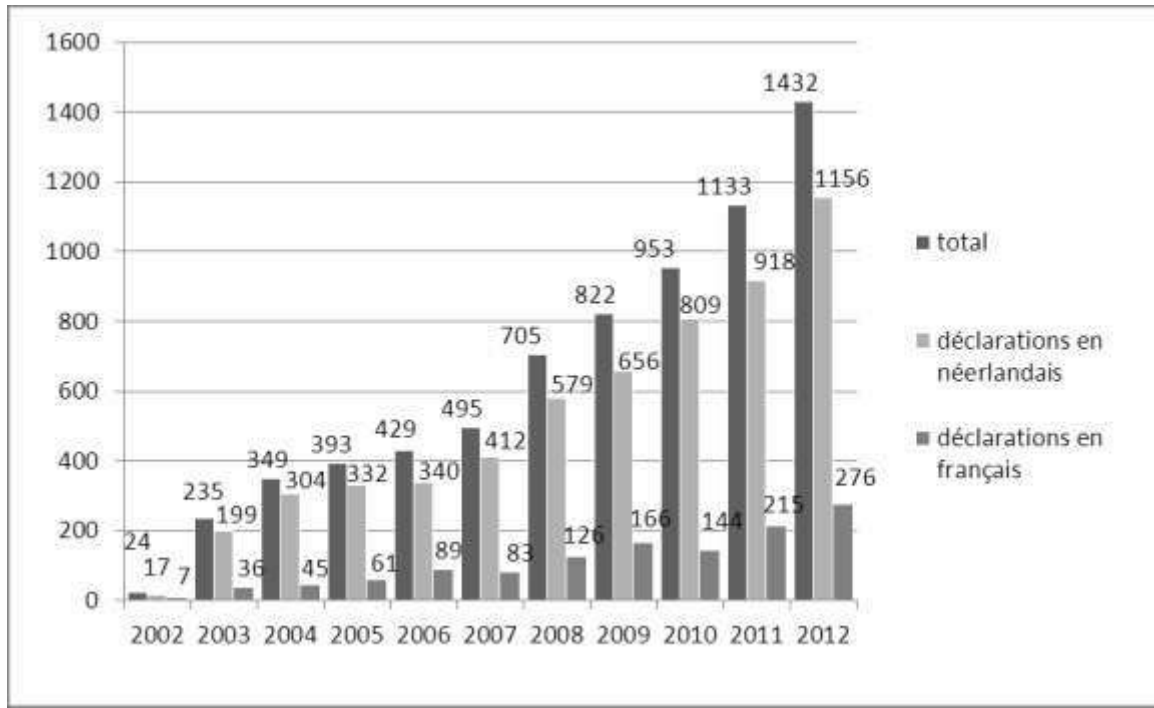
Diese Zusammenfassung berücksichtigt die letzten statistischen Ergebnisse der Jahre 2010 und 2011, die im fünften Bericht enthalten sind. Die Angaben sind größtenteils relativ stabil. Um dies zu beurteilen, werden die Prozentsätze jeweils für zwei von einem Bericht erfasste Jahre angegeben, insofern dies relevant ist.

Die Zusammenfassung berücksichtigt auch die „Informationsbroschüre für Ärzte“, die den Berichten als Anhang beiliegt und auf Initiative des FCEC verfasst wurde, nachdem festgestellt worden war, dass „die [...] von ihm geführten Diskussionen und Besprechungen nützlich sein könnten bei der Lösung [...] einer Reihe von Problemen, mit denen Ärzte bei der Auslegung gewisser gesetzlicher Bestimmungen zu kämpfen haben“. Damit sie nicht zu lang wird, ist hingegen – bislang – darauf verzichtet worden, die Überlegungen in Teil 2 der Berichte („Beschreibung und Beurteilung der Anwendung des Gesetzes“), die aus ausführlichen Erläuterungen und Kommentaren der hier wiedergegebenen Statistiken bestehen, zusammenzufassen. „Die Empfehlungen des Ausschusses (FCEC) über die Ausführung des Gesetzes“ wurden hingegen wohl berücksichtigt, genauso wie die Schlussfolgerungen der fünf Berichte, die in fine zusammengefasst werden.

In seinen ersten fünf Berichten ist der FCEC der Auffassung, dass die Anwendung des Gesetzes keine nennenswerten Probleme bereitet hat. Es gehört weder zu seiner Aufgabe noch zu seiner Zuständigkeit, sich in ethischen und philosophischen Debatten über eine mögliche Ausweitung des Anwendungsbereiches des Gesetzes zu äußern.

1. Anzahl und Verteilung der Sterbehilfefälle

Der FCEC erhält immer mehr Erklärungen, wohl ein Zeichen, dass sich das Gesetz vom 28. Mai 2002 mehr und mehr bei den Patienten und Ärzten eingebürgert hat: 235 Fälle 2003, 349 im Jahre 2004, 393 im Jahre 2005, 429 im Jahre 2006, 495 im Jahre 2007, 704 im Jahre 2008, 822 im Jahre 2009, 953 im Jahre 2010, 1133 im Jahre 2011 und 1432 im Jahre 2012.



Quelle: J

Quelle: J. Herremans, nach den Zahlen des FCEC.

Die überwiegende Mehrheit der Erklärungen ist auf Niederländisch (82% im Jahre 2010-2011, 80% im Jahre 2008-2009, 81% im Jahre 2006-2007 und 86% im Jahre 2004-2005). Der FCEC fragt sich von Anfang an, woher dieses krasse Missverhältnis kommt; seit seinem ersten Bericht (S. 13-14) hat er nur Vermutungen anstellen können, ohne zu einer Schlussfolgerung zu kommen. Wahrscheinlich spielen verschiedene Faktoren eine Rolle.

2006-2007 erreicht die Anzahl Todesfälle durch Sterbehilfe durchschnittlich 0,44% aller Sterbefälle; 2008-2009 lag der Durchschnitt bei 0,7% und 2010-2011 bei etwa 1%.

Was das Alter der Patienten angeht, betrifft die Mehrheit der Sterbehilfefälle Patienten zwischen 40 und 79 Jahre (77% 2004-2005, 80% 2006-2007, 73% 2008-2009, 69% 2010-2011). Sterbehilfe ist sehr selten bei Patienten unter 40 (2%, stabile Zahl in den vergangenen sechs Jahren) und kommt wenig vor nach dem 80. Lebensjahr (18% 2006-2007, 25% 2008-2009 und 27% 2010-2011). Hohes Alter scheint also kein Faktor zu sein, der Sterbehilfe begünstigt: Die meisten Patienten (52%, stabile Zahl in den vergangenen vier Jahren) sind zwischen 60 und 79 Jahre alt. Männer sind etwas mehr betroffen als Frauen (54% 2006-2007, 51% 2008-2009, 52% 2010-2011).

Sterbeort: Derzeit ereignen sich 52% der Sterbehilfefälle am Aufenthaltsort des Patienten (entweder zuhause – im Allgemeinen durch den Hausarzt – oder in einem Altenheim oder Alten- und Pflegeheim: respektive 44 bis 45% und 7 bis 8% der Fälle). 45% der Fälle ereignen sich in einer Krankenhausumgebung und 3% an unterschiedlichen Orten (stabile Zahlen für die vier letzten

Jahre). Der Anteil Sterbefälle in Krankenhäusern war anfänglich etwas größer (54% 2004-2005 und 50% 2006-2007).

2. Sterbehilfe in der Praxis

Technisch gesehen, wird der Patient derzeit in fast allen Fällen (96% 2006-2007, 98% 2008-2009, 99% 2010-2011) durch eine intravenöse Spritze (meistens Pentothal oder Thiopental) bewusstlos gemacht; außer wenn der Patient einige Minuten nach der Injektion spontan stirbt, wird anschließend ein neuromuskuläres Lähmungsmittel gespritzt, das zum Tod durch Atemstillstand führt. Der FCEC hat festgestellt, dass diese Vorgehensweise nach den verfügbaren Daten der medizinischen Fachliteratur in der Tat am wirksamsten ist, um die Bedingungen einer korrekten Sterbehilfe zu erfüllen. Vorab wird oft eine leichte Sedierung durch intravenös verabreichtes Benzodiazepine praktiziert.

In seltenen Fällen (1 bis 2%) wird der Patient durch Verabreichung einer tödlichen Dosis Barbiturate in einem Getränk, das der Kranke selbst eingenommen hat, bewusstlos gemacht. In der Mehrheit dieser Fälle folgte der Tod schnell, ohne weiteres Eingreifen; manchmal wird nach dem Bewusstseinsverlust ein neuromuskuläres Lähmungsmittel injiziert. Wenn der Kranke das Mittel selbst einnimmt, geht es um eine Handlung, die als „medizinische Beihilfe zur Selbsttötung“ gewertet werden kann. Der FCEC hat sehr früh entschieden (siehe obengenannte Broschüre), dass „das Gesetz diese Handlung erlaubt, insofern die Bedingungen und gesetzlichen Verfahren bezüglich der Sterbehilfe eingehalten wurden und die Handlung unter der Verantwortung des anwesenden Arztes, der notfalls eingreifen kann, vollzogen wurde“. Er hat auch festgehalten (erster Bericht, Seite 24), dass „wenn der Patient die tödliche Handlung ausführt, [...] dies [...] meistens nur teilweise der Fall [...] ist: Der Patient, der ein Getränk zu sich nimmt, tut das mit Hilfe des Arztes; der Patient selbst kann schon den Hahn seiner Kanüle öffnen, aber die Kanüle selbst hat der Arzt angebracht; auf eine orale Einnahme kann eine intravenöse Injektion folgen, usw. Die hier beschriebene Vorgehensweise entspricht den Rahmenbedingungen des Gesetzes in seiner derzeitigen Fassung: Der Arzt hat bis zum Schluss die Kontrolle über den Sterbeprozess, unabhängig von dessen Modalitäten. Das Gesetz schreibt in der Tat nicht vor, welche Technik bei der Sterbehilfe anzuwenden ist; es schreibt nicht vor, dass diese oder jene Vorgehensweise vorzuziehen ist. Anzumerken ist, dass diese Auslegung mit der der Nationalen Ärztekammer in ihrem Gutachten vom 22. März 2003 entspricht.

3. Die Diagnosen, die zur Sterbehilfe geführt haben

Die große Mehrheit der Erkrankungen, die zur Sterbehilfe geführt haben (83% 2004-2005, 81% 2006-2007, 79% 2008-2009, 75% 2010-2011; der Trend ist also leicht rückläufig) waren generalisierte oder stark entstellende Krebserkrankungen in den unterschiedlichsten Formen (inklusive bösartiger Tumoren und bösartiger Blutkrankheiten). Die meisten dieser Patienten bekamen mehrere Behandlungen heilender und/oder palliativer Art; sie wurden oft von Palliativpflegeteams begleitet, und ihr Ableben war binnen Tagen oder Wochen zu erwarten.

Die tödlichen evolutiven neuromuskulären Erkrankungen und, in geringerem Maße, die neurologischen Folgeerscheinungen einer Krankheit oder eines Unfalls (pathologische oder traumatische Folgeerscheinungen) liegen an zweiter Stelle (6 bis 8%). Die übrigen, seltener vorkommenden Erkrankungen, die den Anlass zur Sterbehilfe bildeten, waren 2008-2009 bzw. 2010-2011: nicht evolutive neuromuskuläre Erkrankungen, 1% und 0%, nicht bösartige Lungenerkrankungen, 3%; Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 4% und 5%, Nierenerkrankungen, 1% und 0%; neuropsychische Erkrankungen, 2% und 3%, verschiedene Erkrankungen, 2%; sonstige Diagnosen, 2% und 4%.

Ausgehend von der Hypothese, dass der Patient nicht in absehbarer Zeit sterben wird, lauten die Diagnosen im Jahre 2008-2009 bzw. 2010-2011: Krebs, 10% und 99%; evolutive neuromuskuläre Erkrankungen, 19% und 20%; nicht evolutive neuromuskuläre Erkrankungen, 0% und 5%; nicht bösartige Lungenerkrankungen, 0% und 5%, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 0% und 10%, neuropsychische Erkrankungen, 24% (stabil), verschiedene Pathologien, 12% und %, sonstige Diagnosen, 12% und 16%.

4. Häufigster Fall: aktuelle Bitte und Ableben in absehbarer Zeit erwartet

Die überwiegende Mehrheit der Sterbehilfefälle (97% von 2006 bis 2009, 98% im Jahre 2010-2011) geht auf eine aktuelle Bitte eines Patienten zurück, die oft einige Wochen oder Monate vor Leistung der Sterbehilfe geäußert wird. Nur 2 bis 3% der Sterbehilfefälle betreffen Patienten, die sich in einem unumkehrbaren Zustand von Bewusstseinsverlust befinden und weniger als fünf Jahre vor dem Zeitpunkt, wo sie ihren Willen nicht mehr äußern konnten, eine schriftliche Erklärung verfasst haben.

In der obengenannten Broschüre unterstreicht der FCEC, dass Sterbehilfe gewöhnlich nach einer aktuellen Bitte eines handlungsfähigen Patienten geleistet wird, der bei Bewusstsein ist und sich in einem medizinischen Zustand befindet, der den gesetzlichen Bedingungen für das Leisten von Sterbehilfe entspricht und dass „diese Bitte [...] gültig [...] bleibt während des gesamten Zeitraums, der zum Leisten der Sterbehilfe erforderlich ist, selbst wenn der Patient nach Äußerung seiner Bitte um Sterbehilfe das Bewusstsein verliert“. Hingegen wird Sterbehilfe auf der Grundlage einer vorgezogenen Willenserklärung nur bei Patienten geleistet, die sich in einem unumkehrbaren Zustand von Bewusstseinsverlust befinden.

Das Ableben fand 2006-2007 in 94% der Fälle, 2008-2009 in 92% und 2010-2011 in 91% der Fälle in absehbarer Zeit statt. In den übrigen Fällen wurde das Ableben „erst“ langfristig erwartet. Wenn Sterbehilfe auf der Grundlage einer vorgezogenen Willenserklärung bei einem Patienten geleistet wurde, der sich in einem unumkehrbaren Zustand von Bewusstseinsverlust befand und nichts über das vorgesehene Sterbedatum angegeben war, wurde für die Statistik davon ausgegangen, dass der Patient kurzfristig verstorben war.

In der obengenannten Broschüre steht, dass „Der Ausschuss (FCEC) [...] der Meinung [ist], dass der Patient „nicht in absehbarer Zeit“ sterben wird, wenn erwartet wird, dass der Patient nicht innerhalb der nächsten Monate sterben wird. In der Praxis bedeutet dies, dass das Sonderverfahren (zwei konsultierte Ärzte, darunter ein Psychiater oder ein Facharzt für das betreffende Fachgebiet, und ein Monat Wartezeit nach dem Datum der schriftlichen Bitte; Artikel 3 § 3 des Gesetzes) nur bei nicht evolutiven oder sich sehr langsam entwickelnden Erkrankungen angewandt werden muss. „Wenn erwartet wird, dass der Patient in den kommenden Tagen, Wochen oder Monaten sterben wird, kann man von einem Ableben „in absehbarer Zeit“ sprechen. Die Diskussionen innerhalb des Ausschusses (FCEC) über die Abschätzung des Sterbedatums durch den Arzt haben gezeigt, dass der behandelnde Arzt – abgesehen von den evidenten Fällen – der einzige ist, der in der Lage ist zu beurteilen, ob der Patient in absehbarer Zeit sterben wird oder nicht“.

5. Anhaltende, unerträgliche, nicht zu lindernde Schmerzen

Um Anrecht auf Sterbehilfe zu haben, muss sich der Patient „in einer medizinisch aussichtslosen Lage befinden und sich auf eine anhaltende, unerträgliche körperliche oder psychische Qual berufen, die nicht gelindert werden kann und die Folge eines schlimmen und unheilbaren unfall-

oder krankheitsbedingten Leidens ist“ (Artikel 3 § 1 des Gesetzes). Die am häufigsten genannten Formen von körperlicher Qual sind: Ersticken, Darmverschluss, Erbrechen, verschiedene Schmerzen, Kachexie, Dyspnoe, Dysphagie, Erschöpfung, Hämorrhagien, Lähmungen, Wunden, wiederholte Transfusionen, usw. Als Formen von psychischer Qual kommen häufig vor: Abhängigkeit, Würdeverlust und Hoffnungslosigkeit. Bei den meisten Kranken wurden verschiedene Sorten Qualen – sowohl körperliche als psychische – gleichzeitig festgestellt. Die Qualen wurden immer als anhaltend, unerträglich und nicht linderungsfähig betrachtet.

Laut Informationsbroschüre für die Ärzte ist „der Ausschuss [FCEC] der Meinung, dass bestimmte objektive Faktoren auf unerträgliche Qualen hindeuten können, dass dies aber größtenteils subjektiv ist und von der Persönlichkeit, den Auffassungen und den Werten des Patienten abhängt. Bezüglich der Frage, ob die Qualen gelindert werden können oder nicht, ist das Recht des Patienten zu berücksichtigen, eine Schmerzbehandlung oder sogar Palliativpflege abzulehnen, z.B. wenn diese Behandlung Nebenwirkungen oder Anwendungsmodalitäten beinhalten sollte, die er als unerträglich betrachtet. Nichtsdestoweniger ist der Ausschuss (FCEC) der Auffassung, dass sich der Arzt und der Patient in solchen Fällen ausführlich beraten müssen“. Der FCEC hält außerdem fest, dass das Alter in bestimmten Fällen bei der Beurteilung zu berücksichtigen ist, ob die Qualen unerträglich sind.

6. Entscheidungen des FCEC

Die Entscheidungen des FCEC sehen meistens so aus, dass der Ausschuss die Erklärung/das Meldungsformular einfach annimmt (80% im Jahre 2006-2007, 85% 2008-2009, 86% 2010-2011). In respektive 7%, 4% und 2% der Fälle öffnete der FCEC Teil I, in dem die Identität der betroffenen Personen angegeben wird, um dem Arzt eine einfache „didaktische“ Bemerkung zu machen (fehlendes Detail, Anonymität von Teil II nicht respektiert). In 11 bis 13% der Fälle wurde dieser nominative Teil geöffnet, um Präzisierungen anzufragen; diese reichten immer aus, um die Erklärung in zweiter Instanz anzunehmen. Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden in keiner einzigen Erklärung Sachverhalte gefunden, die Zweifel aufkommen ließen, ob die wesentlichen Bedingungen des Gesetzes erfüllt waren; folglich wurde keine einzige Akte dem Gericht übermittelt.

7. Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen der ersten fünf Ausschussberichte

Hervorzuheben ist, dass in einigen Erklärungen angegeben wird, der Tod sei schnell, friedlich und ruhig eingetreten, nach wenigen Minuten, oft im Beisein der Familienangehörigen oder einiger benannter Nahestehender, manchmal im Beisein eines Krankenpflegers, eines anderen Arztes oder des Palliativpflegeteams. Es kommt auch vor, dass nur angegeben wird, die Prozedur sei sehr korrekt, schnell und ruhig verlaufen. Wenn dies in der Erklärung steht, wird die Atmosphäre immer als ruhig beschrieben, als eine Art Erleichterung für den Kranken, mit Unterstützung der Angehörigen während der Handlung und mit Dankesworten an den Arzt.

In den ersten drei Berichten hat der Ausschuss betont, „er wolle ausdrücklich seine Achtung vor der Haltung der Ärzte ausdrücken, die durch das Ausfüllen des Meldeformulars gezeigt hätten, dass sie sich an das Gesetz halten und gleichzeitig den Willen des Patienten achten wollten“. Im vierten Bericht fügt er dem hinzu, dass seine Mitglieder „betonen, das Ausfüllen dieses Dokuments sei Pflicht: Nur auf diese Weise könne in einem Rechtsstaat überprüft werden, ob die gesetzlich erlaubte Handlung, ein Leben vorsätzlich zu beenden, gemäß den gesetzlichen Bedingungen vollzogen worden sei“.

Laut FCEC war die ständige Zunahme der Anzahl Sterbehilfefälle „voraussehbar und ist dadurch zu erklären, dass die Information über die Entscheidungen in der letzten Lebensphase in der Öffentlichkeit und bei den Ärzten allmählich verbreitet wird“.

Er stellt fest, dass „alle Erkrankungen, die zur Sterbehilfe geführt haben, [unheilbar und schlimm] waren, wie gesetzlich vorgeschrieben, [...] sodass sich der Patient in einer medizinisch aussichtslosen Lage befand. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle ging es um generalisierte oder stark entstellende Krebserkrankungen bei Patienten, bei denen erwartet wurde, dass der Patient in absehbarer Zeit sterben würde, und in geringerem Maße um tödliche evolutive neuromuskuläre Krankheiten. Sonstige Pathologien gaben selten Anlass zu Sterbehilfe“, und dass „mehrere Formen von unerträglichen Schmerzen, die nicht gelindert werden können, bei den betroffenen Patienten meistens gleichzeitig körperlicher und psychischer Art sind“. Im vierten Bericht wird hinzugefügt, dass „der Ernst des pathologischen Zustands oder die unerträglichen Schmerzen manchmal auf die Kombination verschiedener unheilbarer Krankheiten zurückzuführen waren. Bei Patienten in fortgeschrittenem Alter gab der Unterschied, der zwischen den durch diese Krankheiten verursachten Schmerzen und den altersbedingten Schmerzen zu machen ist, manchmal Anlass zu Meinungsverschiedenheiten zwischen der Mehrheit des Ausschusses (FCEC) und einer Reihe von Mitgliedern“.

„Sterbehilfe im Zusammenhang mit Erkrankungen, bei denen der Tod des Patienten nicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist, kommt relativ selten vor und wird hauptsächlich bei tödlichen evolutiven neuromuskulären Krankheiten mit Tetraplegien und schlimmen Mehrfachlähmungen und ausnahmsweise bei schlimmen neurologischen Folgen eines pathologischen Zustands oder eines Unfalls angewandt“. Die Fälle von neuropsychiatrischen Pathologien werden besonders genau untersucht, um sicher zu sein, dass sie wirklich unter das Gesetz fallen und die gesetzlichen Bedingungen erfüllt sind.

Die Anzahl Fälle, in denen Sterbehilfe auf der Grundlage einer vorgezogenen Willenserklärung an Patienten geleistet wurde, die nicht mehr bei Bewusstsein waren, bleibt wegen des begrenzten Anwendungsbereichs dieser Erklärung gering, da diese nur bei Patienten verwendet werden darf, die unumkehrbar bewusstlos sind. Der FCEC ist der Meinung, dass die Praxis der vorgezogenen Willenserklärung gefördert werden muss, weil medizinische Entscheidungen in Situationen, wo der Patient das Bewusstsein unumkehrbar verloren hat, schwierig und ernst sind. Einige FCEC-Mitglieder meinen, dass die Verfahren zur Abfassung, Erneuerung und Registrierung der Willenserklärung unnötig schwerfällig sind und vereinfacht werden müssten.

In der überwiegenden Mehrheit der Fälle wird Sterbehilfe korrekt angewandt, und der Patient wird nach den Angaben aus der Fachliteratur erst bewusstlos gemacht. In den Fällen, wo der Arzt zusätzliche Erläuterungen gibt, wird oft vermerkt, dass der Patient nach einigen Minuten friedlich gestorben ist, oft im Beisein der nächsten Familienangehörigen.

Anzumerken ist, dass „zusätzlich zu den gesetzlich vorgeschriebenen Konsultationen viele Ärzte und Palliativteams freiwillig zu Rate gezogen werden, was bestätigt, dass die Entscheidungen auf ernsthafte Weise getroffen werden. Einige FCEC-Mitglieder sind jedoch der Ansicht, dass sichergestellt werden muss, dass zusätzliche medizinische Konsultationen nicht dazu führen, dass in der Praxis Auflagen entstehen, die das Gesetz nicht vorsieht, was auf Kosten der Achtung des Patientenwillens gehen würde.

Im Rahmen seiner Zuständigkeiten und seines Auftrags hat der FCEC zu keinem Zeitpunkt Anhaltspunkte gesammelt, die neue gesetzliche Initiativen rechtfertigen würden. In seinem ersten Bericht fand der FCEC, „es sei nötig sowohl die Ärzteschaft als die Bürger zu informieren. Die Information zugunsten der Ärzte würde ihnen unter anderem die Angaben liefern, die sie brauchten, um effizient als Fachberater für Fragen zum Lebensende auftreten zu können“ und

schlug vor, „in Belgien alle medizinischen Entscheidungen zum Lebensende regelmäßig zu untersuchen, so wie dies seit 1990 in den Niederlanden geschehe“.

Schließlich freut sich der FCEC darüber, dass „aus keiner einzigen Erklärung hervorgeht, dass die Hauptbedingungen des Gesetzes nicht erfüllt wurden. Die seltenen Auslegungsprobleme, die sich nur auf Verfahrensaspekte bezogen, konnten ohne nennenswerte Probleme gelöst werden“.

Anhang 2

Lebensendeklinik in den Niederlanden

Die Lebensendeklinik⁸⁴ ist eine Einrichtung, an die sich Personen wenden können, die die Bedingungen des niederländischen Gesetzes „Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding“ (Kontrolle der Sterbehilfe und Beihilfe zur Sterbehilfe) erfüllen und die effektiv eine Bitte um Sterbehilfe geäußert haben, mit der ihr eigener Arzt nicht einverstanden ist. Die Lebensendeklinik greift also nur ein, wenn der Patient bei seinem eigenen Arzt kein Gehör gefunden hat. Die Vorsichtskriterien des Sterbehilfegesetzes werden erneut überprüft, und in der Mehrheit der untersuchten Bitten wird die Sterbehilfe letztendlich doch zuhause und vom eigenen Arzt geleistet. Für die Überprüfung der Bitte verfügt die Lebensendeklinik über die medizinische Akte; sie schickt auch ein Team bestehend aus einem Arzt und einem Pfleger los, das zuhause ein oder mehrere Gespräche mit dem Patienten und vorzugsweise auch mit den Angehörigen führt. Die Klinik wird nur bei niederländischen Patienten aktiv. Die Lebensendeklinik besteht also aus ambulanten, größtenteils durch Spenden finanzierten Teams; Verhandlungen mit den Pflegeversicherern laufen aber bereits.

Auf dem Kongress am 1. November 2012 in Den Haag hat die „Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levensbeëindiging“ (NVVE) eine Bestandsaufnahme der ersten sieben Monate seit Bestehen der Lebensendeklinik gemacht.⁸⁵ Verschiedene Teilnehmer haben dort über ihre Erfahrung mit der Lebensendeklinik berichtet: Die Witwe eines Patienten mit Multiplesklerose, dessen Bitte um Sterbehilfe mehrmals abgelehnt wurde; ein Vertreter der KNMG (Königlichen medizinischen Akademie) – diese Ärztevereinigung äußerte sich zurückhaltend zu dieser Initiative der NVVE; ein Mitglied der regionalen Sterbehilfekontrollausschüsse, der berichtete, wie diese Ausschüsse die Sterbehilfemeldungen in diesen spezifischen Fällen analysieren werden. Zu den Rednern gehörte auch der Präsident einer Versicherungsgesellschaft, der über die Kosten dieser medizinischen Leistungen gesprochen hat. Er kündigte an, es sei eine Vereinbarung geschlossen worden, um die Einsatzkosten eines ambulanten Teams der Lebensendeklinik zu decken.

Zu Kongressbeginn wurde folgende Frage gestellt: die Lebensendeklinik, eine Notlösung oder DIE Lösung? Viele Redner tendierten zur ersten Option: Die Lebensendeklinik kann lediglich eine vorübergehende Lösung für Patienten sein, deren Bitte um medizinische Hilfe beim Sterben nicht gehört wird. Selbst in den Niederlanden, dem Vorreiter bei der Entkriminalisierung der Sterbehilfe, ist festzustellen, dass Patienten, deren Bitte um Sterbehilfe den gesetzlichen Kriterien genügt, bei ihrem Arzt auf Ablehnung stoßen, weil dieser meint, der Patient erfülle nicht die Bedingungen des Gesetzes, oder weil er keine Sterbehilfe leisten kann oder will. Wichtig ist anzumerken, dass diese Initiative mit dem Gesetz vereinbar ist und dass es keineswegs darum geht, auf andere Probleme einzugehen, zum Beispiel auf die Bitte um Sterbehilfe wegen Lebensmüdigkeit. Es wird alles dafür getan, damit die Vorsichtskriterien eingehalten werden und alles in größtmöglicher Transparenz abläuft.

Die Klinik befindet sich in einem Privathaus in Den Haag. Sie arbeitet mit einem kleinen Team: Die Arbeit besteht hauptsächlich aus der Überprüfung der Bitten, die schriftlich auf einem Formular eingereicht werden müssen, das einen ersten Überblick über die Lage gibt. Die Fragen drehen sich sowohl um rein administrative Dinge (Wohnort, Versicherungspolice usw.) als um besondere Aspekte der Sterbehilfebitten: die Art der Qual, Details der Bitte (Dauer, Begründung usw.), die Krankheit und schließlich die Koordinaten des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte.

⁸⁴ www.NVVE.nl, besucht am 19/4/2013

⁸⁵ J. Herremans, persönliche Mitteilung

Nach einer ersten Prüfung der Bitte können zusätzliche Informationen angefordert werden, wenn die ersten Angaben nicht ausreichen. Aber es wird immer Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen, um die erforderlichen medizinischen Daten einzuholen.

Wenn die Bitte in den gesetzlichen Rahmen zu passen scheint, nimmt ein Team bestehend aus einem Arzt und einem Krankenpfleger Kontakt zum Patienten auf. Im November 2012 gab es 15 operative Teams, die versuchten, das ganze niederländische Hoheitsgebiet abzudecken.

Zwischen dem 1. März und dem 31. Oktober 2012 wurden 456 Bitten um Sterbehilfe registriert (62,7% Frauen und 37,3% Männer). Im Vergleich zur „klassischen“ Sterbehilfe sind noch andere Unterschiede festzustellen: 31% psychiatrische Erkrankungen und eine größere Anzahl Menschen unter 60. 27% der Akten wurden sofort ohne weitere Behandlung klassiert, entweder weil die Antragsteller nicht den Kriterien entsprachen oder weil sie selber das Verfahren nicht fortsetzen wollten. In 6% der Fälle wurde die Sterbehilfe vom behandelnden Arzt geleistet, mit Unterstützung des ambulanten Teams. In 4% der Fälle war es der Teamarzt, der die Handlung nach Ablauf des Verfahrens vollzogen hat: Weil es oft um Situationen geht, die man als nicht-terminal bezeichnen kann, hat der Arzt Gelegenheit, die tiefe Beziehung zum Patienten zu knüpfen, die einer der Leitgrundsätze des Gesetzes darstellt. Fast ein Drittel der Patienten entschied sich für ein tödliches Getränk.

Schlussfolgerung: Die Bevölkerung, die die Lebensendeklinik in Anspruch nimmt, ist meistens jünger als die Bevölkerung, die in der Sterbehilfestatistik vorkommt; sie leidet in größerem Maße an psychiatrischen Erkrankungen und entscheidet sich auch öfter für eine medizinisch begleitete Selbsttötung.

Zur Lebensendeklinik nach niederländischem Modell gibt es eine Parallele: die Schwangerschaftsabbruchzentren. Die Lebensendeklinik füllt eine bestimmte Lücke, weil es aktuelle Sterbehilfebitten gibt, die nicht erhört werden, oder bei denen der Arzt Zweifel an den gesetzlichen Bedingungen hat. Sie hat also hauptsächlich eine verdeutlichende und unterstützende Funktion. Die Lebensendeklinik unterstützt das Patient-Arzt-Verhältnis und weitet es auf ein Spezialistenteam aus. In Belgien wird diese Funktion von den LEIF-Ärzten wahrgenommen, die nicht nur Ratschläge erteilen, sondern auch praktische Beihilfe beim Vollzug der Sterbehilfe leisten. Die Initiative der Lebensendeklinik birgt aber auch Gefahren. Warum sollte es noch Einrichtungen geben, die Sterbehilfe leisten, wenn es Lebensendekliniken gibt, die eine liberale Politik führen? Langfristig wird die Lebensendeklinik auch über die nötigen Räumlichkeiten verfügen, um selbst Sterbehilfeprozesse abzuwickeln. Dann tauchen Fragen auf, wie die Praxis die in einer solchen Einrichtung aussehen würde. Wie müssen die Vorsichtskriterien, die garantieren, dass das Gesetz in einer solchen Einrichtung eingehalten werden, kontrolliert werden? Welche Pflegedienstleister würden gerne in einem solchen Umfeld arbeiten, wo sie ständig mit Personen konfrontiert würden, die ihrem Leben ein Ende bereiten möchten?

Anhang 3

Einrichtungsspezifische Vorgehensweisen – Beispiele

Stellungnahme Nr. 1 von Zorgnet Vlaanderen

www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/VISIETEKST_adviesl_.pdf

Es handelt sich um eine Perspektivanalyse über „Zorg voor een mensenwaardig levenseinde“.

Stufenplan einer Gruppe Alten- und Pflegeheime in der Provinz Limburg bei einer Bitte um Sterbehilfe

Stufe 1: umsichtige ethische Vorgehensweise bei einer Bitte um Sterbehilfe

- Ist klar, wovon der Bewohner bittet? Bittet er um Sterbehilfe oder um sorgfältige Begleitung am Lebensende? Die gründliche Analyse der Bitte ist eigentlich ein Prozess, der zeitaufwändig und von entscheidender Bedeutung ist.
- Seien Sie deutlich und sprechen Sie von Sterbehilfe, damit alle auf derselben Wellenlänge sind.
- Schreiben Sie die Bitte des Bewohners wortwörtlich in der medizinischen Akte und in der Pflegeakte nieder und datieren Sie sie.
- Hören Sie sich die Bitte des Bewohners an und fragen Sie nach:
 - Warum er die Bitte äußert? Welche Begründung gibt er an?
 - An wen er die Bitte zuerst gerichtet hat? Und an wen er die Bitte bereits mehrmals gerichtet hat?
 - Hat er dem Hausarzt die Bitte bereits geäußert, und wie hat dieser darauf reagiert?
 - Äußert er die Bitte aus Angst vor kommenden Schmerzen und Qualen?
 - Hat er die Bitte impulsiv geäußert, oder spielen depressive Gefühle mit?
 - Hat er ausreichende Informationen über die Diagnose, die Prognose und die Behandlungsmöglichkeiten? Weiß er über alle Aspekte seines Gesundheitszustandes Bescheid?
 - Ist er ausreichend informiert über die bestehenden Möglichkeiten der Palliativpflege?
 - Ist er zum Zeitpunkt der Bitte handlungsfähig? Ist sein Bewusstsein oder seine Urteilsfähigkeit eingeschränkt?
 - Äußert er die Bitte vollkommen freiwillig? Steht er irgendwie unter Druck?
 - Was erwartet der Bewohner, der die Bitte an mich richtet?
- Fragen Sie den Bewohner, mit welchen Familienangehörigen er seine Bitte um Sterbehilfe bereits besprochen hat und mit welchen Familienmitgliedern die weiteren Gespräche geführt werden dürfen?
- Machen Sie dem Bewohner auf jeden Fall klar, an wen er sich wenden kann; welche Pflege er erwarten kann; was geschieht, wenn er nicht mehr selbst entscheiden kann.
- Notieren Sie dies alles in der Akte des Bewohners.

Palliativfilter einbauen

- Benennung eines Palliativverantwortlichen/Palliativbegleitemms
 - Auskunft geben über alle Möglichkeiten der Palliativpflege (Symptomenkontrolle, Behandlungsalternativen)
 - Palliativberatung (falls notwendig, Optimierung der Schmerz- und Symptomenkontrolle, psychosoziale und geistige Unterstützung)

Stufe 2: wenn die Bitte aufrechterhalten wird

- Prüfen Sie, ob das Gesetz bei diesem Bewohner Anwendung findet. Das Gesetz kann im Belgischen Staatsblatt (Veröffentlichung vom 22/06/2002) auf der Internetseite www.just.fgov.be eingesehen werden. Grundvoraussetzungen sind:
 - Der Bewohner muss zum Zeitpunkt seiner Bitte volljährig, handlungsfähig und bei Bewusstsein sein.
 - Die Bitte ist freiwillig, überlegt und wiederholt zustande gekommen, nicht unter irgendeinem Druck von außen.
 - Der Bewohner befindet sich in einer medizinisch aussichtslosen Lage anhaltender, unerträglicher körperlicher oder psychischer Qual, die nicht gelindert werden kann und die Folge eines schlimmen und unheilbaren unfall- oder krankheitsbedingten Leidens ist.
- Besprechen Sie die Bitte mit dem Hausarzt, fragen Sie ihn nach seiner Meinung und ob er bereit ist, Sterbehilfe zu leisten.
- Wenn beschlossen wird, der Bitte stattzugeben, besprechen Sie, welcher andere Arzt zu Rate gezogen werden kann.
- Wenn beschlossen wird, der Bitte **nicht** stattzugeben, weil ein grundsätzliches Problem besteht (z.B. erfüllt die Bitte nicht die gesetzlichen Bedingungen oder das gesetzliche Verfahren, der Arzt möchte keine Sterbehilfe leisten):
 - Beurteilen Sie die übrigen Optionen, z.B.
 - weitere Schmerz- und Symptomenkontrolle,
 - palliative Sedierung,
 - Der Bewohner möchte die Meinung eines von ihm benannten Arztes hören.
 - Organisieren Sie ein Gespräch zwischen Bewohner, Familie und Pflegeteam. Der Hausarzt erläutert die Ablehnungsgründe.
 - In Absprache mit allen Betroffenen bemüht sich der Hausarzt um eine korrekte Überweisung.

Stufe 3: Verfahren

- Organisieren Sie ein Gespräch mit den Angehörigen des Bewohners.
 - Wie sehen die Angehörigen die Lage der Person, die ihnen lieb ist?
 - Wie erleben Sie seine Krankheit?
 - Was wissen die Angehörigen über die Krankheit und die Prognose?
 - Was wissen die Angehörigen über die Palliativpflege?
 - Wie stehen die Angehörigen zur Sterbehilfebite?
- Sehen Sie eine der Gesetzgebung entsprechende schriftliche Bitte um Sterbehilfe vor.
- Beurteilung durch einen anderen Arzt als den eigenen Hausarzt.
- Beurteilung durch einen zweiten Arzt bei einem Bewohner, der nicht im Endstadium ist.
- Organisation einer interdisziplinären Konzertierung durch den Abteilungsleiter und den Palliativverantwortlichen
- Praktische Vorbereitung der Sterbehilfe:
 - Begleitung des Bewohners und seiner Familie (Abschied, ...)
 - Legen Sie Datum und Uhrzeit mit dem Bewohner und seiner Familie fest.
 - Medikament in der Apotheke bestellen (Hausarzt setzt sich mit dem Apotheker in Verbindung).
 - Bereiten Sie das Meldeformular vor.
 - Suchen Sie nach einer leicht zugänglichen Vene beim Bewohner.
- Anwendung der Sterbehilfe
 - Der Hausarzt holt das Medikament aus der Apotheke (mindestens 1 Tag im Voraus).
 - Die praktischen Handgriffe nochmal durchgehen.
 - Die Sterbehilfe findet am vereinbarten Datum und zur vereinbarten Uhrzeit statt.

- Während der gesamten Prozedur muss außer dem Arzt ein Zeuge im Zimmer des Bewohners anwesend sein (vorher abklären, wer das machen will: Familie, Pfleger, ...).
- Das Pflegepersonal darf die Beihilfe verweigern.

Stufe 4: Beurteilung und Nachbetreuung

- o Gefühle: Nachbetreuung der Familie und des Pflegepersonals
- o Nachbesprechung des Ablaufs im Pflorgeteam
- o Der Arzt muss das Meldeformular ausfüllen und es innerhalb von vier Werktagen per Einschreiben mit der Post an den Föderalen Kontroll- und Bewertungsausschuss schicken.

Anhang 4

Bibliographische Angaben zu einigen Studien über die Sterbehilfepraxis

- Gastmans C., Lemiengre J., van der Wal G., Schotsmans P., Dierckx de Casterlé B. "Prevalence and content of written ethics policies on euthanasia in Catholic healthcare institutions in Belgium (Flanders)", *Health Policy*, 2006, 76(2): 169-178.
- Gastmans C., Lemiengre J., Dierckx de Casterlé B. "Development and communication of written ethics policies on euthanasia in Catholic hospitals and nursing homes in Belgium (Flanders)", *Patient Education and Counseling*, 2006, 63(1-2):188-195.
- Lemiengre J., Dierckx de Casterlé B., Van Craen K., Schotsmans P., Gastmans C. "Institutional ethics policies on medical end-of-life decisions: A literature review", *Health Policy*, 2007a, 83: 131-143.
- Lemiengre J., Dierckx de Casterlé B., Verbeke G., Guisson C., Schotsmans P., Gastmans C. "Ethics policies on euthanasia in hospitals: A survey in Flanders (Belgium)", *Health Policy*, 2007b, 84, 170-180.
- Lemiengre J., Dierckx de Casterlé B., Denier Y., Schotsmans P., Gastmans C. "How do hospitals deal with euthanasia requests in Flanders (Belgium)? A content analysis of policy documents", *Patient Education and Counseling*, 2008, 71: 293-301.
- Lemiengre J., Gastmans C., Schotsmans P., Dierckx de Casterlé B., "Impact of Written Ethics Policy on Euthanasia From the Perspective of Physicians and Nurses: A Multiple Case Study in Hospitals", *AJOB Primary research*, 2010, 1(2): 49-60.
- MELC consortium, Palliatieve zorg en euthanasie in België. Evaluatie van de praktijk en de wetten, ASP, 2011, 334 p.
- Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Mortier F., Deliens L., "Reporting of euthanasia in medical practice in Flanders, Belgium: cross sectional analysis of reported and unreported Cases", *BMJ*, 2010 (341:c5174, doi:10.1136/bmj.c5174)
- Smets T., Bilsen J., Cohen J., Rurup M.L., Deliens L., "Legal euthanasia in Belgium. Characteristics of all reported euthanasia cases", *Medical Care*, 2009, 47(12).
- Van Wesemael Y., Cohen J., Bilsen J., Smets T., Onwuteaka-Philipsen B., Deliens L. "Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey", *Journal of pain and symptom management*, 2011.