

Universität Basel

Juristische Fakultät

Seminararbeit:

Suizid- und Sterbehilfe

Mit Bezügen zur EMRK

Thema:

Sollte das Recht der aktiven Sterbehilfe in Belgien und Luxemburg auch für psychisch kranke Personen gelten?

bei Prof. Dr. iur. Grischa Merkel

vorgelegt von:

Sophie Haesen

16 rue de la Montagne

F-68480 Vieux Ferrette

Tel. +33 671 323403

E-Mail : sophie.haesen@unibas.ch

Matrikelnummer: 08-063-703

Semester: HS 2018

Abgabedatum: 27.9.2018

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	3
Literaturverzeichnis	4
Materialien- und Gesetzesverzeichnis	7
I Einleitung	8
1 Definition verschiedener Arten von Sterbehilfe.....	8
2 Historischer Kontext und aktuelle gesetzliche Situation in Luxemburg.....	8
3 Historischer Kontext und aktuelle gesetzliche Situation in Belgien	9
4 Zahlen	10
5 Akzeptanz	10
II Bedingungen für Euthanasie	11
1 Bedingungen für Euthanasie in Luxemburg	11
i Mindestalter:	11
ii Umstände des Gesuchs:	11
iii Diagnose:	11
iv Form des Gesuchs:.....	11
2 Bedingungen für Euthanasie in Belgien.....	11
i Mindestalter :	11
ii Umstände des Gesuchs:	11
iii Diagnose:	12
3 Kritische Fragen	12
III Psychische Krankheit:.....	12
1 Abgrenzung zu körperlicher Krankheit.....	12
i Psychische Krankheiten	12
ii Neurodegenerative Leiden	14
iii Unheilbarkeit oder Persistenz	14
iv Relevante Judikatur des EGMR für Belgien	15
2 Abgrenzung zu psychischem Leiden.....	15
3 Möglicherweise erhöhte Vulnerabilität psychisch kranker oder leidender Personen.....	17
i Definition Vulnerabilität	17
ii Anwendung.....	17
iii Konsequenzen.....	18
IV Zusammenfassung der Ergebnisse.....	18

Abkürzungsverzeichnis

ADF International: Alliance Defending Freedom International

ADMDL: Association pour le Droit de Mourir en Dignité - Luxembourg

Art.: Artikel

EGMR: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte

m.E.: meines Erachtens

SAMW: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

StGB: schweizerisches Strafgesetzbuch

UMS: unbearable mental suffering

Literaturverzeichnis

BATTIN MARGARET P., VAN DER HEIDE AGNES, GANZINI LINDA, VAN DER WAL GERRIT, ONWUTEAKWA-PHILIPSEN BREGJE D. Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups. *J Med Ethics* 2007;33:591–7.

BILSEN JOHAN, COHEN JOACHIM, CHAMBAERE KENNETH, POUSSET GEERT. Medical End-of-Life Practices under the Euthanasia Law in Belgium. *N Engl J Med* 2009; 361:1119-1121. Doi: 10.1056/NEJMc0904292

BURGERMEISTER JANE: Doctor reignites euthanasia row in Belgium after mercy killing. *BMJ* 2006 Feb 18;332(7538):382.

CHABOT BOUDEWIJN: Verontrustende cultuuromslag rond de zelfgekozen dood. *NRC Handelsblad* 16.6.2017. <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/16/de-euthanasiegeest-is-uit-de-fles-11123806-a1563406>

CHAMBAERE KENNETH, BILSEN JOHAN, COHEN JOACHIM, ONWUTEAKA-PHILIPSEN BREGJE D., MORTIER FREDDY, DELIENS LUC . Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. *CMAJ* 2010;182:895–901.

COHEN JOACHIM, VAN WESEMAEL YANNA, SMETS TINNE, BILSEN JOHAN, DELIENS LUC: Cultural differences affecting euthanasia practice in Belgium: one law but different attitudes and practices in Flanders and Wallonia. *Soc Sci Med.* 2012 Sep;75(5):845-53. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.021. Epub 2012 May 17.

COHEN-ALMAGOR RAPHAEL: First do no harm: pressing concerns regarding euthanasia in Belgium. *Int J Law Psychiatry.* 2013 Sep-Dec;36(5-6):515-21. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.06.014. Epub 2013 Jul 13.

DE HERT MARC, VAN BOS LIESBET, SWEERS KIM, WAMPERS MARTIEN, DE LEPELEIRE JAN, CORRELL CHRISTOPHER U.: Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering(UMS). *PLoS One.* 2015 Dec 23;10(12):e0144749. doi: 10.1371/journal.pone.0144749. eCollection 2015.

DEMEDTS DENNIS, ROELANDS MARC, LIBBRECHT JULIEN, BILSEN JOHAN: The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2018 Sep;25(7):400-410. doi: 10.1111/jpm.12475. Epub 2018 Jul 2.

DESCHEPPER REGINALD, DISTELMANS WIM, BILSEN JOHAN: Requests for euthanasia/physician-assisted suicide on the basis of mental suffering: vulnerable patients or vulnerable physicians? *JAMA Psychiatry.* 2014 Jun;71(6):617-8. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.185.

DIERICKX BIRGIT, DELIENS LUC, COHEN JOACHIM, CHAMBAERE KENNETH: Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 23;17(1):203. doi: 10.1186/s12888-017-1369-0.

FINZEN ASMUS: Die neue Euthanasie in Belgien – Wie steht es um die psychisch Kranken? [Euthanasia in Belgium - what about the mentally ill?]. *Psychiatr Prax.* 2015 Nov;42(8):411-2. doi: 10.1055/s-0035-1552763. Epub 2015 Nov 5.

FRANCIS NEIL: Assisted dying practice in Benelux: Whitepaper 1. Mont Albert (Australia): Dying for choice:13th November 2016

GASTMANS CHRIS, DENIER YVONNE: What if Patients with Dementia Use Decision Aids to Make an Advance Euthanasia Request? *American Journal of Bioethics*, April, Volume 10, Number 4, 2010

HALL WAYNE, PARKER A MALCOLM: The need to exercise caution in accepting addiction as a reason for performing euthanasia. *Addiction*. 2018 Jul;113(7):1178-1180. doi: 10.1111/add.14025. Epub 2017 Oct 10.

INGHELBRECHT ELS, BILSEN JOHAN, MORTIER FREDDY, DELIENS LUC. The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ* June 15, 2010 182 (9): 905-910.

KELLY BRENDAN K.: Invited commentary on ... When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia. *Br J Psychiatry*. 2017 Oct;211(4):248-249. doi: 10.1192/bjp.bp.117.199695.

LOPEZ-CASTROMAN JORGE: About the practice of psychiatric euthanasia: a commentary. *BMC Med*. 2017 Jun 27;15(1):125. doi: 10.1186/s12916-017-0896-3.

MILLETT KATE: The illusion of mental illness. In: STASTNY PETER & LEHMANN PETER (Hg.): *Alternatives Beyond Psychiatry*, S. 29-37. Berlin: Peter Lehmann Publishing 2007

MISHARA BRIAN L., WEISSTUB DAVID N.: Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *Int J Law Psychiatry*. 2013 Sep-Dec;36(5-6):427-35. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.09.003. Epub 2013 Oct 18.

NAUDTS KRIS, DUCATELLE CAROLINE, KOVACS JOZSEF, LAURENS KRISTIN, VAN DEN EYNDE FREDERIQUE, VAN HEERINGEN CORNELIUS: Euthanasia: the role of the psychiatrist. *British Journal of Psychiatry* (2006),188,405-409

SHEEHAN KATHLEEN, GAIND K. SONU, DOWNAR JAMES: Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Jan;30(1):26-30. Review.

THIENPONT LIEVE, VERHOFSTADT MONICA, VAN LOON TONY, DISTELMANS WIM, AUDENAERT KURT, DE DEYN PETER P: Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015 Jul 27;5(7):e007454. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007454.

VAN DER KRANS MARJA: Verschillen en overeenkomsten tussen de euthanasieregelingen van Nederland, België, Engeland/Wales; loopt Nederland de kans op een toename van het euthanasietoerisme? Masterarbeit Open Universiteit September 2017

VERHOFSTADT MONICA, THIENPONT LIEVE, YGRAM PETERS GJALT-JORN: When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017 Oct;211(4):238-245. doi: 10.1192/bjp.bp.117.199331.

VERMEESCH ETIENNE: Le contexte historique et éthique de la législation belge en matière de l'euthanasie. *Gérontologie et société*. 2004/1 vol. 27 no. 108, S. 189-199.

VVP (Hg.): Hoe omgaan met een euthanasieverzoek in psychiatrie binnen het huidig wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten. Kortenberg (Belgien) 2017

Materialien- und Gesetzesverzeichnis

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie: Eerste verslag aan de wetgevende kamers, 22 september 2002 – 31 december 2003. Brussel (Belgien) 2016 (zit. FCEE 2004)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie: Zevende verslag aan de wetgevende kamers, jaren 2014-2015. Brussel (Belgien) 2016 (zit. FCEE 2016)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie: Achtste verslag aan de wetgevende kamers. Jaren 2016-2017. Brussel (Belgien) 2018 (zit. FCEE 2018)

Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide : Quatrième rapport à l'attention de la Chambre des Députés, Années 2015 et 2016 (zit. CNCE)

Gesuchsformular ECHR 68041/14 vom 18.8.2014, <http://adfinternational.org/wp-content/uploads/2018/01/ECtHR-Application-15-October-2014-Redacted.pdf> (zit. ECHR 2014)

Bescheid ECHR 68041/14 vom 4.6.2015, erhalten am 20.9.2017 per E-Mail von den ECHR-Archiven (zit. ECHR 2015)

Gesuchsformular ECHR ohne Datum, <http://adfinternational.org/wp-content/uploads/2018/01/ECtHR-Application-03-November-2017-Redacted.pdf> (zit. ECHR 2017)

Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant (1) le Code de la sécurité sociale ; (2) la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat ; (3) la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux ; (4) le Code du travail. Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg a-Nr. 46, 16.3.2009 (zit. : Gesetz 16.3.2002)

27.4.2007. -Koninklijk besluit tot regeling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt geregistreerd en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld/Arrêté royal réglant la façon dont la déclaration anticipée en matière d'euthanasie est enregistrée et est communiquée via les services du Registre national aux médecins concernés. Belgisch staatsblad/moniteur belge 7.6.2007 (zit. : Gesetz 27.4.2007)

10.11.2005 Loi complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes (zit. : Gesetz 10.11.2005)

Wet betreffende de euthanasie/Loi relative à l'euthanasie 28.5.2002 Belgisch staatsblad/moniteur belge 22.6.2002 C-2002/09590 (zit.: Gesetz 22.6.2002)

Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken/Loi modifiant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en vue d'étendre l'euthanasie aux mineurs. Belgisch staatsblad/moniteur belge 12.3.2014 C-2014/09093 (zit.: Gesetz 28.2.2014)

I Einleitung

1 Definition verschiedener Arten von Sterbehilfe

Da die Terminologie um Sterbehilfe und begleitetem Suizid nicht immer einheitlich ist, soll hier nur kurz erwähnt werden, wie die Begriffe im Folgenden verwendet werden. In der Schweiz ist die „Beihilfe zum Selbstmord“ gemäss Art. 115 StGB nur strafbar, wenn sie aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ geschieht. Die „passive Sterbehilfe“, also der Verzicht auf die Aufnahme bzw. der Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen ist im Strafgesetzbuch nicht explizit geregelt, die Definition findet sich in den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW). Die „indirekte aktive Sterbehilfe“ bezeichnet den Einsatz von Medikamenten wie Morphium, die als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können; der früher eintretende Tod wird wissentlich in Kauf genommen. Auch diese Definition ist zwar in den Richtlinien der SAMW, jedoch nicht im StGB enthalten. Als „direkte aktive Sterbehilfe“ wird schliesslich eine „gezielte Tötung zur Verkürzung der Leiden eines anderen Menschen“ durch einen Arzt oder einen Dritten bezeichnet und ist nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Art. 113 (Totschlag) oder Art. 114 StGB (Tötung auf Verlangen) strafbar.

Der in nicht-deutschsprachigen Ländern oft verwendete Begriff der „Euthanasie“ (griechisch, wörtlich „guter/schöner Tod“) bezeichnet in den meisten Fällen einen Fall von direkter aktiver Sterbehilfe, manchmal jedoch auch jegliche Verkürzung der Lebensdauer. Dieser Begriff ist in Deutschland noch immer verpönt, da er während der Zeit des Nationalsozialismus für die systematische Tötung von Kranken und Häftlingen ohne deren Zustimmung verwendet wurde. Auch neuere medizinische Publikationen behalten diesen Diktus bei, wobei auch der Begriff der „Krankentötung“ an eine fehlende Einwilligung des Kranken denken lässt¹.

In den belgischen und luxemburgischen Gesetzen wird der Begriff „Euthanasie“ wörtlich verwendet. Im Folgenden wird deshalb der Begriff „Euthanasie“ mit direkter aktiver Sterbehilfe gleichgesetzt, in die der Sterbewillige eingewilligt hat.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen speziellen Aspekt der Euthanasie in Belgien und Luxemburg näher zu beleuchten, nämlich die Möglichkeit für psychisch kranke Personen, ein Gesuch um Euthanasie zu stellen. Hierzu möchte ich einige einführende Worte zum historischen Kontext vorausschicken.

2 Historischer Kontext und aktuelle gesetzliche Situation in Luxemburg

Nachdem in Belgien bereits im Jahre 2002 ein Gesetz zur Sterbehilfe eingeführt worden war, kam im Dezember 2008 auch in Luxemburg ein Gesetzesentwurf zur Euthanasie zur Abstimmung im Parlament. Im Vorfeld dieser Abstimmung war auch die luxemburgische Verfassung geändert

¹ So z.B. Finzen (2015) über Thienpont et al. (2015): „Die vorliegende Veröffentlichung gibt umfassenden Aufschluss über die Situation in Belgien, speziell einen Überblick über die Bedingungen der Einbeziehung psychisch Kranker in Euthanasiemaßnahmen. Sie ist auch wichtig, wenn man diese, wie der Verfasser, mit Nachdruck ablehnt. Für unsere derzeitige deutsche Diskussion ist sie gewiss nur beschränkt hilfreich [6, 7]. Aber sie zeigt, wie gewaltig der Unterschied zwischen der Hilfe zur Selbsttötung und der Krankentötung ist, obwohl auch in der deutschen Debatte von interessierten Kreisen immer wieder versucht wird, diese Grenzen zu verwischen. Ganz ohne Zweifel ist die Tötung von kranken Menschen ebenso wenig eine ärztliche Aufgabe, wie die Hilfe bei der Selbsttötung. Aber während die eine in Deutschland illegal ist und auch nicht legalisiert werden soll, bleibt die andere im Extremfall eine Frage ans Gewissen des behandelnden Arztes.“

worden, da der luxemburgische Grossherzog Henri deutlich gemacht hatte, dass er dem Gesetz aus Gewissensgründen nicht zustimmen würde². Um ein Scheitern des Gesetzesentwurfes zu verhindern, verabschiedeten die Abgeordneten die Änderung des Artikels 34 der Verfassung, der nunmehr besagte, dass der Grossherzog Gesetze nicht mehr billigen, sondern nur noch verkünden werde³. Das luxemburgische Gesetz vom 16.3.2009 definiert, dass Sterbehilfe für Personen mit einem andauernden und unerträglichen körperlichen oder geistigen Leiden⁴ möglich ist.

Das Gesetz sieht vor, dass ein Gesuch um Euthanasie auch im Voraus gestellt werden kann, damit in einem Fall von schwerem und unheilbarem Leiden und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unumkehrbarer Bewusstlosigkeit eine Euthanasie durchgeführt werden kann. Dieses "Bestimmungen zum Lebensende" genannte Gesuch ermöglicht es dem Patienten, im Voraus die Umstände und Bedingungen festzulegen, unter denen er eine Euthanasie wünscht. Ist der Patient dauerhaft nicht in der Lage, das Gesuch abzufassen und zu unterschreiben, muss der Grund hierfür erklärt und mit einem ärztlichen Attest belegt werden; weiterhin muss angegeben werden, wer die Erklärung im Beisein von zwei namentlich zu nennenden Zeugen niederschreibt. Das schriftliche Gesuch muss eigenhändig unterschrieben und datiert und vorgängig bei der „Nationalen Kommission zur Kontrolle des Gesetzes vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid“⁵ registriert worden sein⁶. Allein in den beiden Jahren 2015/2016 wurden 570 solche Gesuche registriert, im Ganzen lagen ende 2016 2518 solcher Gesuche vor⁷.

3 Historischer Kontext und aktuelle gesetzliche Situation in Belgien

Obwohl Van der Krans (2017) behauptet, dass das belgische Gesetz zur Sterbehilfe im Vergleich mit den Niederlanden „wie ein Donnerschlag aus heiterem Himmel aus der Luft gefallen“ sei, ging der Verabschiedung eine zweijährige parlamentarische und eine dreissigjährige gesellschaftliche Debatte voraus (vgl. Vermeersch 2004).

Gemäss dem „Gesetz vom 28. Mai die Euthanasie betreffend“, das am 23. September 2002 in Kraft trat, ist Sterbehilfe möglich für Personen mit „einem dauerhaften und unerträglichen körperlichen oder psychischen Leiden“ („une souffrance physique ou psychique constante et insupportable“), im Englischen auch UMS („unbearable mental suffering“) genannt. Dieses Leiden muss durch einen Unfall oder eine Pathologie verursacht sein, die schwerwiegend und unheilbar („grave et incurable“) sind. Thienpont et al. (2015) bemerken hierzu, dass die Unerträglichkeit ein subjektiver und von der jeweiligen Persönlichkeit des Betroffenen abhängender, die Unbehandelbarkeit damit verglichen ein eher objektiver Begriff sei, der das Fehlen therapeutischer Optionen impliziert. Wenn man von therapeutischen Optionen spricht, müssen drei Bedingungen erfüllt sein, nämlich (1) eine wirkliche Aussicht auf Verbesserung des Leidens, (2) eine adäquate Behandlung innert einer angemessenen

² <http://www.tageblatt.lu/nachrichten/luxemburg-nachrichten/luxembourg-le-grand-duc-henri-joue-sa-couronne-en-sopposant-a-leuthanasie-90908624/>

³ https://www.lemonde.fr/europe/article/2008/12/02/retif-a-legaliser-l-euthanasie-le-grand-duc-du-luxembourg-va-perdre-du-pouvoir_1126146_3214.html

⁴ „une souffrance physique ou psychique constante et insupportable“

⁵ <https://guichet.public.lu/content/dam/guichet/catalogue-formulaires/euthanasie/disposition-fin-vie-personne-autonome/disposition-fin-vie-personne-autonome-DE.pdf>

⁶ <https://guichet.public.lu/fr/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html>

⁷ CNCE, S. 9

Frist und (3) ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den erwarteten Behandlungsergebnissen und möglichen belastenden Folgen der Behandlung für den Patienten ⁸.

Das Gesetz vom 10. November 2005 klärte, dass die Abgabe einer todbringenden Substanz durch einen Apotheker keine Straftat darstellt, wenn die Abgabe an einen Arzt aufgrund einer Verschreibung im Zusammenhang mit dem Sterbehilfegesetz erfolgt. Ausserdem verpflichtet sich der König in diesem Gesetz dazu, die Verfügbarkeit der todbringenden Substanzen sicherzustellen.

Am 13. Dezember 2014 wurde das Gesetz vom 28. Mai 2002 auf Minderjährige ausgeweitet. Allerdings wurden die Bestimmungen für diese Zielgruppe verschärft: psychische Leiden stellen nur für Erwachsene einen Grund für Euthanasie dar, und Minderjährige benötigen neben der schriftlichen Zustimmung durch die Eltern auch ein Gutachten von einem Kinder- und Jugendpsychiater oder einem Psychologen.

4 Zahlen

Beide Länder veröffentlichen Berichte, die jeweils die vergangenen zwei Jahre betreffen.

In Luxemburg wird Euthanasie in den letzten Jahren zwar mehr durchgeführt, jedoch ist die absolute Zahl nach wie vor sehr klein. Die absoluten Zahlen stiegen von einer Person im Jahre 2009 auf 9 Personen (sowie ein Fall von assistiertem Suizid) im Jahre 2016⁹. Aus dem Bericht der Kommission geht nicht hervor, wie viele Gesuche gestellt, jedoch aus welchen Gründen abgelehnt wurden.

In Belgien ist die Zahl der Euthanasiefälle über die vergangenen Jahre gestiegen (2003: n = 235, 2014: n = 1928, 2015: n = 2022, 2016: n = 2028, 2017: n = 2309). Seit Einführung der Gesetzgebung waren die meisten Gesuche (etwa 80%) auf Niederländisch formuliert, betrafen in etwa gleich viele Männer wie Frauen, und die Euthanasie fand oft zuhause statt. 75% der Gesuche wurde 2014/2015 direkt stattgegeben, in den restlichen Fällen bat die Kommission um weitere Informationen. 2014/2015 betrafen 3.1 % der Euthanasiefälle Situationen von „psychischem Leiden oder Verhaltensproblemen“, 2016/2017 noch 1.8 %. 2014/2015 gab es keine Euthanasiefälle bei Minderjährigen, im Zeitraum 2016/2017 verzeichnete man drei Fälle.¹⁰

5 Akzeptanz

Obwohl in beiden Ländern Euthanasie demnach legal ist, gibt es in Belgien nach Cohen-Almagor (2013) deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen: im eher katholischen, französischsprachigen Wallonien neigten die Ärzte offiziell eher zur palliativen Sedation und scheuten sich deshalb davor, Fälle von Euthanasie anzugeben, was zu „underreporting“ führen könnte¹¹. Cohen et al. (2012) erwähnen von einer etwas grösseren Akzeptanz der Euthanasie im niederländischsprachigen Flandern im Rahmen der European Values Study, wobei die Zustimmung in beiden Landesteilen jedoch mindestens 6.6 von 10 Punkten betrug. Sie erwähnen ebenfalls grössere

⁸ Thienpont (2015), S. 2

⁹ CNCE, S. 4

¹⁰ Für diesen Absatz: FCEE 2004; FCEE 2016; FCEE 2018

¹¹ Cohen-Almagor (2013), S. 517

Ablehnung und geringeres Wissen hinsichtlich Euthanasie bei wallonischen Ärzten¹². Francis (2016) gibt hier zu bedenken, dass der grössere Anteil der Bevölkerung in Flandern lebe, die Flamen jedoch auch eher die individualistische und kognitiv-analytische Mentalität der Niederländer besitzen könnten¹³.

In Luxemburg – einem eher katholisch geprägten Land - deutet die geringe Zahl der durchgeführten Euthanasien gemäss Véronique Hammes, Vizepräsidentin der Sterbehilfeorganisation ADMDL, eher darauf hin, dass viele Ärzte sich aus Gewissensgründen der Durchführung verweigern oder angeben, das Gesetz nicht zu kennen; die palliative Sedation sei die Regel. Sie erwähnt, dass luxemburgische Patienten Euthanasie in Belgien beantragen würden¹⁴.

II Bedingungen für Euthanasie

1 Bedingungen für Euthanasie in Luxemburg

i Mindestalter:

Der Patient muss volljährig und im Augenblick des Gesuchs bei Bewusstsein sein.

ii Umstände des Gesuchs:

Das Gesuch muss freiwillig und wohlüberlegt sein und eventuell wiederholt gestellt worden sein. Ausserdem darf es nicht aus Druck von aussen herrühren.

iii Diagnose:

Der Patient muss sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befinden und ein dauerhaftes und unerträgliches körperliches oder psychisches Leiden aufweisen, das aus einem Unfall oder einer Pathologie herrührt und keine Aussicht auf Besserung hat.

iv Form des Gesuchs:

Das Gesuch muss schriftlich gestellt werden.

2 Bedingungen für Euthanasie in Belgien

i Mindestalter :

Der Patient muss entweder volljährig oder ein emanzipierter Minderjähriger¹⁵ bzw. ein Minderjähriger, der zum Zeitpunkt der Gesuchstellung einsichtsfähig ist¹⁶, sein

ii Umstände des Gesuchs:

Das Gesuch muss freiwillig und wohlüberlegt sein und wiederholt gestellt worden sein. Ausserdem darf es nicht aus Druck von aussen herrühren.

¹² Cohen (2012), S. 847 f

¹³ Francis (2016), S. 15

¹⁴ <http://www.lequotidien.lu/a-la-une/euthanasie-une-situation-encore-floue-au-luxembourg/>

¹⁵ „majeur ou mineur émancipé“, Art. 2 Gesetz 28.2.2014

¹⁶ „mineur doté de la capacité de discernement“ Art. 2 Gesetz 28.2.2014

iii Diagnose:

Der Patient muss sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befinden und ein dauerhaftes und unerträgliches körperliches oder psychisches Leiden aufweisen, das nicht gelindert werden kann und aus einem Unfall oder einer schweren und unheilbaren Pathologie herrührt. Der behandelnde Arzt muss einen zweiten Arzt herbeiziehen, und bei nicht-terminalen Leiden muss eine mindestens einmonatige Wartefrist eingehalten werden.

3 Kritische Fragen

Mishara & Weisstub (2013) geben zu bedenken, dass bei Diskussionen um Euthanasie oder assistiertem Suizid häufig theologische und konstitutionelle Argumente gegeneinander aufgeführt und vermischt werden. Sie führen als konstitutionelles Prinzip an, dass es eine „inhärente Gleichheit bei der Handlungsfreiheit“ für Schwerbehinderte geben sollte, die krankheitsbedingt keine Selbsttötung begehen können und für die der Staat deshalb die Möglichkeit der Euthanasie vorsehen sollte. Andererseits sei ein Staat nicht dazu verpflichtet, jedem alle Mittel bereitzustellen, um eine gewünschte Handlung durchzuführen. Weiterhin würden konstitutionelle Freiheitsgarantien auch verwendet, um gegen die Legalisierung von Euthanasie und assistiertem Suizid zu argumentieren, da der Staat verpflichtet sei, das Leben seiner Bürger – vor allem der vulnerabelsten unter ihnen – zu schützen, so wie Gesetze etwa die Pflicht zum Tragen von Sicherheitsgurten oder Motorradhelmen regeln und den Verkauf von gesundheitsschädlichen Substanzen verbieten. Dieses Argument werde jedoch durch das körperliche oder psychische Leiden entkräftet, das nicht immer durch Palliativpflege ausreichend gelindert werden könne und den Wunsch nach Euthanasie begründe. Das theologische Argument, dass der Mensch sich nicht das Leben nehmen dürfe, da es ihm von einer göttlichen Macht geschenkt worden sei, fließt möglicherweise in diese Sicht auf das „Recht auf Leben“ ein, das sich m.E. solcherart in eine „Pflicht zum Leben“ verändert.

Cohen-Almagor (2013) führt aus, dass auch Jahre nach der Einführung des Gesetzes zur Euthanasie der Gesetzestext bei belgischen Ärzten nicht ausreichend bekannt sei. Diese hätten auch sieben Jahre nach der Gesetzesänderung mehrere Fallvignetten falsch eingeordnet und den Patientenwunsch nach Euthanasie nicht als einen solchen erkannt. Ausserdem hätten 30 % der befragten Ärzte nicht gewusst, dass ein Fall von Euthanasie meldepflichtig ist. Ein aus der Beschreibung als Euthanasie erkennbarer Fall wurde von beinahe 80 % der befragten Ärzte als indirekte Sterbehilfe bzw. als terminale Sedierung bezeichnet. Der Autor schliesst hieraus, dass die Unkenntnis der Regelung die soziale Kontrolle der Euthanasie behindern könne.

III Psychische Krankheit:

1 Abgrenzung zu körperlicher Krankheit

i Psychische Krankheiten

Psychische Krankheit wird aus historischen Gründen anders definiert und bewertet als körperliche Krankheit, was auch von manchen Psychiatern kritisiert wird. Die Terminologie ist nicht einheitlich, so wird beispielsweise von manchen Autoren eine Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder anderen Substanzen als „psychische Krankheit“ bezeichnet, von anderen nicht. Hall & Parker (2017) führen an, dass die krankheitsbasierte Sicht auf Substanzabhängigkeit implizieren kann, dass die Abhängigkeit zu

Veränderungen im Gehirn führen, die eine „freie und informierte Zustimmung“ zur Euthanasie verunmöglichen; mit anderen Worten wären die betroffenen Personen möglicherweise nicht mehr urteilsfähig.

Lopez-Castroman (2017) thematisiert die Ambivalenz der Ärzteschaft, die den Wunsch nach Euthanasie bei einer schweren körperlichen Krankheit weitgehend akzeptiere, bei einem psychischen Leiden wie etwa einer behandlungsresistenten Depression aber weit weniger. Jedoch lägen in vielen Fällen eines körperlichen Leidens auch chronische psychische Komorbiditäten vor.

DeHert (2015) erwähnt eine eher paternalistische Haltung von befragten Pflegekräften, gemäss der eine Bitte um Euthanasie von psychiatrischen Patienten – offenbar im Gegensatz zu Patienten mit somatischen Leiden - immer zuerst als ein Hilfeschrei interpretiert werden solle.

Wie beispielsweise bei Naudts et al. (2006) zu lesen ist, gibt es in Belgien anders als in den Niederlanden keine Richtlinien dazu, was als psychischen Leiden definiert wird. In den Niederlanden werde hier nur akzeptiert, was auch in internationalen Klassifikationen wie dem DSM als Pathologie erwähnt sei, Fälle von „persönlichem oder sozialen Leiden“ seien also ausgeschlossen. Auch die von der Niederländischen Psychiatrischen Vereinigung herausgegebenen Richtlinien hielten fest, dass eine Bitte um assistierten Suizid vor allem ein „Flehen um Hilfe beim Leben“ sei¹⁷. Hier wird ebenfalls die Problematik der Unheilbarkeit erwähnt, die generell bei psychischen Erkrankungen immer wieder diskutiert wird¹⁸.

In Anlehnung an die niederländische Vorlage gibt es inzwischen auch eine durch den Flämischen Verband von Psychiatern herausgegebene Richtlinie für Euthanasiewünsche von Patienten mit psychiatrischen Leiden. In dieser wird beispielsweise formuliert, dass ein Patient eine Behandlung zwar verweigern kann, dadurch die Kriterien der Unbehandelbarkeit oder des unerträglichen Leidens nicht erfüllt sind, was wiederum eine Euthanasie unmöglich macht. Diese Argumentation findet man in dieser Klarheit nicht für Patienten mit körperlichen Leiden; wenn beispielsweise ein Krebspatient auf eigenen Wunsch die Behandlung abbricht, da ihm nach eigenem Empfinden eine bestimmte Therapie mehr schadet als nützt. Es wird ebenfalls empfohlen, mindestens zwei Psychiater herbeizuziehen, die beide zum Schluss kommen müssen, dass es für das unerträgliche Leiden keine Behandlungsaussicht mehr gibt. Auf diese Weise wird noch mehr als bei körperlichen Erkrankungen die Expertise des Arztes betont.

Eine andere Haltung wird von Deschepper & Distelmans (2014) eingenommen. Ihnen zufolge ist psychisches Leiden ebenso belastend wie körperliches Leiden, und auch das Vorhandensein eines Leidens wie z.B. Depression bedeute nicht automatisch, dass der Patient nicht in der Lage sei, wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen.

¹⁷ In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem in der Schweiz durchaus öffentlich diskutierten Begriff des Bilanzsuizids, d.h. einem wohlüberlegten und andauernden Wunsch, das Leben zu beenden, da die subjektive Lebensbilanz als dauerhaft und definitiv negativ empfunden werde. Auch hier gibt es Vertreter der Ansicht, dass eine solche Sicht nur aufgrund einer geistigen Erkrankung möglich sei bzw. diese als ein „Hilferuf“ verstanden werden müsse.

¹⁸ In der Schweiz beispielsweise beim Artikel 64 StGB

Mishara & Weisstub (2013) weisen darauf hin, dass die subjektive Einschätzung des "unerträglichen und hoffnungslosen Leidens" durch den Arzt und den Patienten sehr unterschiedlich ausfallen kann. Obwohl 38% der bei ihnen erwähnten Patienten vom behandelnden Arzt als melancholisch oder depressiv charakterisiert wurden, erhielt die Mehrzahl keine Behandlung hierfür. Die Hälfte der Patienten, die Hilfe erhielten, zog später ihr Gesuch um Euthanasie zurück bzw. formulierte es um.

ii Neurodegenerative Leiden

Bei neurodegenerativen Leiden wie etwa Demenzen ist die Urteilsfähigkeit ab einem gewissen Zeitpunkt eingeschränkt bzw. nicht mehr vorhanden, so dass die Bitte um assistierten Suizid bzw. Euthanasie und die Durchführung naturgemäss „zu früh“ erfolgt, nämlich zu einem Zeitpunkt, an dem man noch nicht unter einer voll ausgeprägten Demenz leidet, sondern sich in einem „Demenzprozess“¹⁹ befindet und noch urteilsfähig ist.

Auch in Belgien sind die bereits erwähnten "Bestimmungen zum Lebensende", in denen der Patient darlegen kann, unter welchen Umständen er eine Euthanasie zu einem späteren Zeitpunkt wünscht, nur für den Fall gedacht, dass dieser dauerhaft nicht mehr „bei Bewusstsein“ ist. Dies schliesst neurodegenerative Leiden nicht ein, da „Bewusstsein“ von „Bewusstheit“ abzugrenzen ist. Fälle wie der von Burgemeister (2006) beschriebene, in dem ein Arzt einer Patientin mit Demenz, die ihn nach eigenen Angaben in einem „lichten Moment“ um Euthanasie gebeten hatte, sind also mit dem geltenden Gesetz nicht zu vereinbaren und werden in der Literatur oft mit dem zweifelhaften Begriff „mercy killing“ bezeichnet.

Fraglich ist also, ob die vom niederländischen Psychiater Boudewijn Chabot (2017) kritisierten Fälle von „Euthanasie bei Demenz“ zu einem Zeitpunkt erfolgten, als der Patient noch urteilsfähig war, oder ob die Demenz schon so weit fortgeschritten war, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen nicht mehr gegeben waren. Dies geht aus dem Artikel nicht hervor.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass gemäss Gastmans & Denier (2010) die Diskussion um computergestützte Entscheidungshilfen für Demenzpatienten in den Niederlanden bereits begonnen hat, wobei sich ihrer Meinung nach allerdings neue Probleme stellen. Diese beziehen sich vor allem darauf, den möglicherweise im Voraus definierten Moment, wann eine Euthanasie erfolgen sollte, korrekt zu bestimmen. Auch die Frage, ob in einer Patientenverfügung definierte Werte nur die kognitive Ebene betreffen, wird diskutiert; dies ist m.E. allerdings ein jeder Patientenverfügung inhärentes Problem und bezieht sich nicht nur auf Patienten mit Demenz. Schliesslich wird noch die Frage aufgeworfen, ob Entscheidungshilfen jeglicher Art eine soziale Verpflichtung zur Entscheidung für Euthanasie oder assistierten Suizid darstellen. Hier sollte man anmerken, dass in einer solchen Patientenverfügung natürlich auch die Entscheidung gegen Euthanasie zu irgendeinem Zeitpunkt stehen kann, was heute ja als Normalfall angenommen wird. Dieses an den Dambruch-Gedanken angelehnte Argument ist m.E. konstruiert.

iii Unheilbarkeit oder Persistenz

Ein im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen häufig geäussertes Einwurf besagt, dass psychische Krankheiten aufgrund der nur begrenzt verfügbaren oder noch nicht umfassend erforschten Behandlungsmöglichkeiten per se nicht als unheilbar oder unheilbar klassifiziert werden können (z.B. Kelly 2017). Auch bei körperlichen Leiden wie etwa Krebs oder auch in Situationen am Lebensende wird sogenannte Übertherapie betrieben, wenn der behandelnde Arzt

¹⁹ B Bericht 2016 S. 53

behauptet, man könne „immer noch etwas machen“, doch ist der Behandlungsabbruch seitens des Patienten in diesem Fall m.E. gesellschaftlich akzeptierter als bei psychischen Leiden. Die Behauptung, dass ein psychisches Leiden nie unbehandelbar sei, stellt eine unzulässige Verallgemeinerung dar und übersieht den Punkt, dass das heutige Leiden eines Patienten nicht dadurch aufgewogen werden sollte, dass in einem noch nicht abzusehenden Zeitpunkt möglicherweise eine Behandlung zur Verfügung stehen wird. Aus diesem Grund sollte das Kriterium der Dauerhaftigkeit eines Leidens, das derzeit nicht behandelt werden kann, ausreichend sein, um seine Unerträglichkeit zu begründen.

iv Relevante Judikatur des EGMR für Belgien

Zu Fällen von Euthanasie in Belgien oder Luxemburg liegen meines Wissens bisher keine Entscheidungen des EGMR vor. Im Fall von *Mortier vs. Belgien* erfolgte im August 2014²⁰ eine Eingabe durch den Sohn einer an einem langanhaltenden Fall von schwerer Depression leidenden Patientin, die um Euthanasie ersucht hatte. Er war von seiner Mutter über ihr Gesuch informiert worden, mit der Entscheidung aber nicht einverstanden. Aus diesem Grund sah er seine Rechte unter Artikel 8 der EKMR und die Rechte seiner Mutter unter Artikel 2 derselben Konvention verletzt. Er klagte ebenfalls auf eine Verletzung seiner Rechte unter Artikel 13 EKMR, da die Zusammensetzung der Kommission durch eine ein Kommissionsmitglied erfolgte Zahlung zu einem Interessenkonflikt geführt habe. Die Eingabe wurde im Juni 2015 als unzulässig abgelehnt, da nicht alle nationalen Rechtsmittel ausgeschöpft worden seien²¹. Im Jahre 2017 erfolgte gemäss dem Verein ADF International - dem rechtlichen Vertreter von Tom Mortier - eine erneute Eingabe, da der belgische Staat es durch seine fehlende Kooperation verunmögliche, die nationalen Mittel auszuschöpfen²².

2 Abgrenzung zu psychischem Leiden

i Die Begriffe „psychische Krankheit“ („maladie mentale“) und „psychisches Leiden“ („souffrance mentale“) werden manchmal deckungsgleich verwendet, unterscheiden sich jedoch in ihrer Definition. Während eine psychische Krankheit durch eine Diagnose, die z.B. in den Klassifikationssystemen ICD oder DSM enthalten ist, genau benennbar ist, spricht Millett (2007) von einem psychischen Leiden, wenn Konflikte des Individuums mit seinem Umfeld die Ursache für eine subjektiv als solche empfundene Leidenssituation sind. Diese Konflikte könnten durch die persönliche Geschichte, aber auch durch die gesellschaftlichen Verhältnisse bedingt sein²³. Diese unterschiedlichen Ansätze werden bei ihr das „medizinische Modell“ bzw. das „humanistische bzw. psychologische Modell“ genannt²⁴. Verhofstadt et al. (2017) definieren „unerträgliches Leiden“ provisorisch als die tief persönlich empfundene Erfahrung eines tatsächlichen oder wahrgenommenen drohenden Angriffs auf die Integrität oder das Leben der Person, welche signifikant andauert und einen zentralen Platz im Bewusstsein der Person einnimmt²⁵.

²⁰ ECHR 2014

²¹ ECHR 2015

²² ECHR 2017

²³ Millett 2007

²⁴ Millett 2007

²⁵ „a profoundly personal experience of an actual or impending threat to the integrity or life of the person, which has a significant duration and a central place in the person’s mind“, Verhofstadt et al. 2017, S. 244

Diese beiden Ansätze werden z.B. bei Verhofstadt et al. aufgenommen²⁶, die feststellen, dass manche Korrelate von Leiden eine breite medizinische, gesellschaftliche und politische Debatte nötig sei, um die Last von finanziellen und sozioökonomischen Schwierigkeiten und Ungleichheiten zu vermindern, damit es zu weniger Patientenwünschen nach Euthanasie komme. Es wird betont, dass Euthanasie in keinem Fall als ein Mittel angesehen werden solle, um gesellschaftliche Fehlentwicklungen zu lösen. Sie identifizieren in ihrer Untersuchung bei den Befragten folgende fünf Arten des Leidens:

Medizinisches Leiden

Psychologische Symptome, die im Normalfall mit der medizinischen Diagnose oder einer Behandlung in Verbindung stehen, z.B. Identitätsstörungen im Zusammenhang mit einer dissoziativen Störung oder Mühe bei der Nahrungsaufnahme im Zusammenhang mit einer Essstörung, aber auch Schmerz, gastrointestinale Beschwerden, Fibromyalgie oder kognitive Symptome wie Vergesslichkeit.

Intrapersonelles Leiden

Folgen von intrapersonellen Erfahrungen wie etwa eine traumatische Vergangenheit, etwa ein psychologisches oder sexuelles Trauma in der Kindheit oder traumatische Erfahrungen wie Drogengebrauch oder Selbstmordgedanken oder –versuche im späteren Leben.

Interpersonelles Leiden

Folgen ernster Konflikte oder Beziehungsstörungen mit wichtigen Dritten wie etwa Eltern, Partner und/oder Kinder, dazu auch unwiederbringliche Verluste von wichtigen Bezugspersonen, die Unmöglichkeit, tabuisierte Themen anzusprechen und das Fehlen sozialer Unterstützung oder von sozialem Verständnis, beispielsweise Ärzte, Freunde oder Angehörige, die diese Beschwerden als unwichtig ansehen oder auch den Wunsch des Patienten nach Euthanasie ignorieren oder herunterspielen.

Gesellschaftliches Leiden

Als sozioökonomisches Leiden wurden der Druck zur Existenz ohne ausreichende finanzielle Mittel, Versicherungsprobleme wegen unzureichender medizinischer Versorgung nach einem Unfall und ein niedriges Einkommen, das die nötige medizinische Versorgung beschneidet oder verunmöglicht, genannt.

Existenzielles Leiden

Als drei Arten von existenziellem Leiden wurden das Gefühl, durch eine existenzielle Angst vor dem Leben überwältigt zu sein, mangelnde Kontrolle des Grundleidens und das Gefühl, von sich selbst oder von der Gesellschaft abgetrennt zu sein, genannt.

Weiterhin erwähnten die Verfasser die Problematik, dass die Schwierigkeiten von Entscheidungen am Lebensende das bereits vorhandene Leiden oft noch verstärkten. Hier sind vor allem mangelndes Verständnis für diese Entscheidung und ein als intransparent empfundener Verwaltungsvorgang zu nennen, jedoch ebenfalls die langwierige Suche nach Ärzten, um das Gesuch gutheissen zu lassen und die Euthanasie durchzuführen.

²⁶ Für den folgenden Absatz: Verhofstadt et al. 2017

Naudts et al. (2006) bezeichnen den Begriff der psychischen Krankheit an sich als ambivalent und halten es für kaum möglich, festzustellen, ob das psychische Leiden „nur“ eine natürliche Reaktion auf eine feindliche Umgebung sei oder ob eine „wirkliche“ psychische Störung vorliege. Der Begriff eines psychischen Leidens, das von einer psychischen Störung herrührt, ist ihrer Meinung nach deshalb vage und schwer zu definieren, was für diese Autoren jedoch ein Argument dafür ist, auf die Diskussion des hinter diesen Begrifflichkeiten liegenden Problems nicht einzugehen. Die Unterscheidung von Krankheit und Leiden wird von manchen Autoren wie etwa Kelly verwischt, der in seiner Reaktion auf Verhofstadt et al. nur von Leiden, das aus einer psychischen Krankheit stammt, spricht und auf diese Weise eine m.E. vorschnelle Pathologisierung subjektiver Erfahrungen vornimmt. Demedts et al. (2018) vermerken realistisch, dass „social recovery“ zwar einen Ausweg für ein gesuch um Euthanasie darstellen kann, jedoch nicht in jedem Fall eine Lösung bietet.

3 Möglicherweise erhöhte Vulnerabilität psychisch kranker oder leidender Personen

i Definition Vulnerabilität

Der in vielen Disziplinen verwendete Begriff der Vulnerabilität ist nicht eindeutig definiert. In der Psychologie wird er oft als das Gegenteil von Resilienz betrachtet, Vulnerabilität steht hier für die einfachere Entwicklung von emotionalen Verwundungen oder psychischen Störungen. In der Medizin steht er synonym für eine Prädisposition, also die Neigung, aufgrund bestimmter Ausgangsfaktoren an etwas zu erkranken. In der Bioethik bezeichnet Vulnerabilität hauptsächlich die Eigenschaft bestimmter Populationen, einem bestimmten Trauma nicht angemessen begegnen zu können. Beispielsweise werden Inhaftierte als vulnerabel bezeichnet, da sie etwa bei der Frage der Teilnahme an einer Studie unter erhöhtem Druck stehen könnten und ihre Reaktionsmöglichkeiten z.B. auf eine ansteckende Krankheit im Vergleich mit der Normalbevölkerung limitiert sind (etwa Isolation, Arztbesuche, medizinische Eingriffe). Auch ob ältere Menschen als Gruppe vulnerabel sind oder nicht, ist in der Bioethik nicht abgeschlossen diskutiert, da viele Ältere sich dagegen wehren, nur durch ihr Alter diskriminiert zu werden. Die Definition von vulnerablen Gruppen geschieht in der Regel durch Personen oder Körperschaften, die dieser Gruppe nicht angehören, und kann als paternalistisch verstanden werden.

ii Anwendung

Eine Gefahr bei als „vulnerabel“ definierten Gruppen ist das Hierarchiegefälle, das durch die vermeintliche oder tatsächliche Vulnerabilität entsteht. Ein Experte, der dieser Gruppe nicht angehört, masst sich möglicherweise an, besser zu wissen, was für diese Gruppe gut und schlecht ist. Cohen-Almagor (2013) gibt zu bedenken, dass belgische Ärzte stark zu paternalistischem Verhalten neigen, zum Beispiel sei ein grosser Teil von ihnen überzeugt, dass sie das Leben eines Patienten beenden sollten, wenn dieser unfähig zur Zustimmung ist, jedoch keine vorhergehende Willenserklärung abgegeben hat.

Bei Naudts et al. (2006) findet man in diesem Zusammenhang die Dichotomie von Mitleid und Autonomie. Nur nicht-vulnerable Patienten könnten autonom sein, vulnerablen Patienten – zu denen ihrer Meinung nach auch Patienten mit psychischen Krankheiten gehören – solle man vor allem Mitleid entgegenbringen und sie vor Selbstschädigung schützen, zu der auch Euthanasie gehöre. Der Psychiater erhält hier die Position des allwissenden und dem Patienten in jeder Hinsicht überlegenen

Experten, wodurch die Leidenserfahrung des Patienten heruntergespielt und verharmlost wird. Auch hier findet man eine eher paternalistische Haltung.

Gemäss Untersuchungen von Battin et al. (2007) und Bilsen et al. (2009) gibt es keine Evidenz dafür, dass Euthanasien von vulnerablen Personen einen überproportionalen Anteil der Gesamtzahl betragen. Als „vulnerabel“ wurde hier ältere, weibliche, unversicherte, niedrig gebildete, arme, körperlich behinderte, chronisch kranke oder psychisch kranke Personen sowie Personen, die einer ethnischen Minderheit angehörten, bezeichnet. Chambaere et al. (2010) stellten allerdings fest, dass Patienten, die 80 Jahre oder älter waren, dement waren oder sich in einem Koma befanden, zu einer vulnerablen Patientengruppe gehörten, die Gefahr laufe, dass ihr Leben beendet werde, ohne dass sie darum gebeten hätten. Zu den von Inghelbrecht et al. (2010) mit dem Umstand, dass eine Pflegekraft eine lebensbeendende Substanz verabreicht, assoziierten Faktoren gehören ein Alter von mindestens 80 Jahren und die Abwesenheit einer expliziten Bitte des Patienten um Euthanasie.

Deschepper et al. (2018) stellen den Begriff der Vulnerabilität zur Debatte und fragen, ob nicht eher der Arzt als der Patient vulnerabel sei. Sie argumentieren damit, dass der Arzt unter grossem Stress stehe, alles richtig machen zu müssen, keine Diagnose zu übersehen, und seitens des Patienten unter Druck gesetzt würden. Auch sei der Druck grösser, wenn bereits andere Ärzte die geplante Euthanasie gutgeheissen hätten und sie nun der letzte Arzt seien, der noch seine Zustimmung geben müsse. Weiterhin befürchteten sie Druck durch Angehörige und Medien.

Deschepper et al. (2018) führen ebenfalls an, dass ein Patient mit psychischen Störungen einen ebenso grossen Leidensdruck aufweisen könne wie ein körperlich kranker Patient, und dass auch beispielsweise das Vorhandensein einer Depression nicht bedeute, dass ein Patient nicht in der Lage sei, wohlüberlegte Entscheidungen zu treffen.

Auch die von Demedts et al. (2018) befragten Pflegefachpersonen waren der Meinung, dass Patienten mit psychischen Leiden durchaus die Kompetenz besitzen können, ein Gesuch um Euthanasie zu stellen. Sie hielten das von den Patienten geltend gemachte psychische Leiden für potentiell unerträglich und unumkehrbar und befürworteten die Möglichkeit einer UMS-Euthanasie.

iii Konsequenzen

Eine mögliche ungewünschte Konsequenz der Bezeichnung von Personen mit psychischen Leiden und Krankheiten als vulnerabel ist der Nichteinbezug ihrer Perspektive in Forschung usw. und auch der erschwerte Zugang zu Dienstleistungen und Rechten, beispielsweise zu Euthanasie. Hier wäre zu klären, ob diese Bezeichnung zu einer Diskriminierung führt, was den Rahmen dieser Arbeit jedoch sprengen würde.

IV Zusammenfassung der Ergebnisse

Sowohl in Belgien als auch in Luxemburg sind die Bedingungen für eine Euthanasie gesetzlich geregelt, und die Praxis ist gesellschaftlich akzeptiert, was sich auch in einer Zunahme der Gesuche und der durchgeführten Euthanasie widerspiegelt. Allerdings gibt es hier noch Informationsbedarf. Die Befürchtung, dass als „vulnerabel“ betrachtete Personen eher die Möglichkeit einer vorzeitigen Lebensbeendigung in Anspruch nehmen als nicht-vulnerable, wird zwar immer wieder geäussert, spiegelt sich aber nicht in den Zahlen wieder. Personen mit einer psychischen Krankheit oder einem

psychischen Leiden sollten m.E. nicht per se als vulnerabler bezeichnet werden können als körperlich kranke, und der Zugang zu Sterbehilfe sollte für sie ebenso möglich sein. Dies ist zur Zeit im belgischen und luxemburgischen Gesetz zumindest theoretisch der Fall, wird aber immer wieder von Opponenten kritisiert. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Entwicklung von Guidelines und umfassende Fortbildung wichtig (Dierickx et al. 2017), (de Hert et al. 2015). Cohen-Almagor (2013) betont, dass auch aktuell noch beim medizinischen Personal viel Unwissenheit hinsichtlich Euthanasie zu vermelden ist. Auch sollte die Berichterstattung standardisiert und detaillierter verlaufen, wie Lopez-Castroman (2017) und Sheehan (2017) zu bedenken geben. So können etwa die Entwicklung eines psychischen Leidens und seine Dauerhaftigkeit, aber auch die Beweggründe für therapeutische und administrative Entscheidungen besser verfolgt werden.

Verhofstadt et al. (2017) plädieren für mehr Offenheit der Ärzte bei der Beurteilung eines Gesuchs. Statt dem bisher vorherrschenden „Nein, ausser..“ als restriktive Antwort auf ein Gesuch liegen die Chancen eines „Ja, ausser...“ möglicherweise in grösserem Verständnis und Empathie für den Patienten, die sich hierdurch ernst genommen fühlen und dadurch möglicherweise eine neue Sicht auf ihr Leiden gewinnen. Dies könnte wiederum zu verminderter Dringlichkeit für die Euthanasie führen.

Für Mishara & Weisstub (2013) liegt ein Hauptproblem der Debatte über Euthanasie darin, das Gleichgewicht zwischen Wahlfreiheit und Autonomie des Einzelnen einerseits und Schutzpflicht des Staates für Bürger mit potentiell unrealistischen oder unrichtigen Überzeugungen zu wahren. Bisher habe man es vorgezogen, übervorsichtig zu sein und die Autonomie zu beschränken. Die unrichtige oder verzerrte Überzeugung bestehe oft darin, dass man sein Leiden für unerträglich und dauerhaft ansehe und auch unberechtigte Ängste hinsichtlich des Sterbeprozesses habe. Letzterer Punkt ist hinsichtlich seiner „Unberechtetheit“ allerdings eine Hypothese, da es durchaus möglich ist, dass ein Sterbeprozess nicht klischeehaft-friedlich verläuft und beispielsweise auch nicht jeder Schmerz medikamentös gelindert werden kann.

Bei dieser Debatte liegt die Gefahr einerseits darin, als Beurteiler oder Gesetzgeber in eine paternalistische Haltung und Argumentation zu verfallen, andererseits in einer Begriffsverwirrung. Wenn Fälle als Euthanasie bezeichnet werden, die durch die Abwesenheit jeglichen Einverständnisses entweder als Mord oder als Totschlag gewertet werden müssen, oder wenn die Verabreichung todbringender Substanzen durch medizinisches Personal, das dazu nicht befugt ist, erfolgt, sollte nicht versucht werden, diese Missstände nicht durch eine Gesetzesänderung zu vermeiden, sondern es sollte auf eine konsequente Information und Anwendung des bestehenden Gesetzes und die Ahndung von Handlungen, die ihm zuwiderlaufen, gedrungen werden. Diese Informationsvermittlung sollte – obwohl sie im Prozess der Entscheidungsfindung eine Schlüsselrolle einnehmen - nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei Pflegekräften und vor allem in der Bevölkerung stattfinden.