



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Sterbehilfe und Menschenrechte. Europäische Debatten und Entwicklungen im Kontext der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten und der Erkenntnisse des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (1950-2017).“

verfasst von / submitted by
Katharina Felsberger

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2020 / Vienna, 2020

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 190 333 313

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium UF Deutsch UF Geschichte, Sozialkunde
und Politische Bildung

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Birgitta Bader-Zaar

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	7
2. Zu Begrifflichkeit und Formen der Sterbehilfe	12
2.1 Begrifflichkeit.....	12
2.2 Formen der Sterbehilfe und ihre Unterscheidungskriterien.....	13
3. Überblick über die Geschichte der Sterbehilfe.....	15
3.1 Von der Antike bis zum 19. Jahrhundert	15
3.2 „Rassenhygiene“ und der Diskurs über die Vernichtung von „lebensunwertem Leben“	16
4. Die Entwicklung der Sterbehilfe in Deutschland und den Benelux-Ländern in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts	20
4.1 Von der Euthanasie zur Sterbehilfe: Die deutsche Entwicklung nach dem Nationalsozialismus.....	20
4.2 Die Entwicklung bis zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden.....	23
4.3 Weitere Entwicklungen in Europa	29
5. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte.....	34
6. Urteile des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) zur Sterbehilfe.....	38
6.1 Pretty gegen Vereinigtes Königreich (2002)	39
6.1.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	39
6.1.2 Die rechtliche Situation im Vereinigten Königreich bis zum Fall Pretty. 40	
6.1.3 Verhandlung und Urteil des EGMR	40
6.1.4 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR.....	49
6.2 Haas gegen die Schweiz (2011).....	52
6.2.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	52
6.2.2 Die rechtliche Situation in der Schweiz	53
6.2.3 Verhandlung und Urteil des EGMR	54
6.3 Koch gegen Deutschland (2012).....	60

6.3.1	Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	60
6.3.2	Verhandlung und Urteil des EGMR	61
6.3.3	Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR	64
6.4	Gross gegen die Schweiz (2013/2014)	71
6.4.1	Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	71
6.4.2	Verhandlung und Urteil des EGMR	72
6.4.3	Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR	77
6.5	Lambert u.a. gegen Frankreich (2015)	78
6.5.1	Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	78
6.5.2	Die rechtliche Situation in Frankreich	80
6.5.3	Verhandlung und Urteil des EGMR	82
6.5.4	Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR	88
6.6	Gard u.a. gegen das Vereinigte Königreich (2017)	94
6.6.1	Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg	94
6.6.2	Verhandlung und Urteil des EGMR	96
6.6.3	Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR	99
7.	Conclusio	103
8.	Bibliographie	108
8.1	Primärquellen	108
8.1.1	Gerichtsurteile	108
8.1.2	Gesetzestexte	109
8.1.3	Pressemittelungen und öffentliche Statements	109
8.1.4	Zeitungsberichte	109
8.2	Sekundärliteratur	112
9.	Anhang: Abstract	116

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Ann.	Annahme
Art.	Artikel
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BtMG.	Betäubungsmittelgesetz
DPP	Director of Public Prosecutions
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EKMR	Europäische Kommission für Menschenrechte
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
DGHS	Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft
StGB	Strafgesetzbuch
UNAFTC	Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés

1. Einleitung

Sterbehilfe wurde ab der Mitte des 20. Jahrhunderts zu einem bedeutenden gesellschaftspolitischen Thema und ist mit den einschlägigen Erkenntnissen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte seit 2002 noch mehr in den Fokus öffentlicher Debatten gelangt. Die Erkenntnisse des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte zum Thema Sterbehilfe im Kontext der nationalen rechtlichen Entwicklungen in den betroffenen europäischen Staaten bilden den Schwerpunkt dieser Arbeit.

Die Themen Sterben und Tod werden in den westlichen Gesellschaften noch häufig tabuisiert, da es vielen Menschen schwerfällt, sich mit der Endgültigkeit des Todes abzufinden. Außerdem besteht vielfach die Furcht vor einem Sterben, das mit großen Qualen und Verlustängsten verbunden ist. Wenn Menschen an ihr eigenes Sterben denken, so wünschen sie sich einen „schönen“ Tod – rasch, schmerzlos und nicht einsam. Um einen solchen Tod zu ermöglichen, entstand die Idee der Sterbehilfe. Diese wurde bereits in der Antike ausführlich diskutiert und stellt bis zum heutigen Tag eine wesentliche Herausforderung in der gesellschaftlichen Entwicklung dar.¹ Mit den Möglichkeiten der künstlichen Verlängerung des Lebens ergeben sich neue ethische, moralische und juristische Fragen. Das Thema Sterbehilfe umfasst eine Vielzahl von Aspekten - zum Beispiel wie sie angewendet werden soll, wer entscheidet, welche Kriterien zur Anwendung kommen und welche Personen dabei miteinbezogen werden. Es kann heutzutage kaum mehr eine rote Linie zwischen „richtigem“ und „falschem“ Handeln gezogen werden, da allgemeine Richtlinien hierfür in den europäischen pluralistischen Wertegesellschaften noch nicht vorhanden sind.² So ergab sich die Notwendigkeit einer überstaatlichen Institution, die gesetzliche Regelungen und Einzelfälle überprüft, ob diese mit der Europäische Menschenrechtskonvention in Einklang stehen.

Der 1959 gegründete Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat sich zu einem wirksamen Instrument des Menschenrechtsschutzes entwickelt. Seine Urteile hatten und haben Konsequenzen, die über Europa hinausgehen und weltweite Bedeutung

¹ vgl. Udo Benzenhöfer, *Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe* (Göttingen 2009) 13.

² vgl. Katharina Woellert, Heinz-Peter Schmiedebach, *Sterbehilfe* (UTB Profile 3006, München 2008) 8.

erlangen.³ Durch die immer häufigere Befassung des Gerichtshofs durch die einzelnen Nationalstaaten gelangte er jedoch an die Grenzen seiner Belastbarkeit. Die Dauer der Verfahren verzögerte sich bis zu fünf, sechs Jahren. Deshalb wurde der Gerichtshof mit Wirksamkeit vom 1. November 1998 reformiert (11. Zusatzprotokoll).⁴ Statt anlassbezogen und temporär zu tagen, wurde der Gerichtshof nun zu einem ständig tagenden Gremium umgewandelt. Nach der Reform gelangte auch die Problematik der Sterbehilfe vor den EGMR, zumal mit dem 11. Zusatzprotokoll die Möglichkeit der Individualbeschwerde eingeführt wurde.⁵

Die Verknüpfung der Sterbehilfedebatte mit der Europäischen Menschenrechtskonvention ist in der geschichtswissenschaftlichen Literatur noch kaum vertreten. Studien über Euthanasie im Nationalsozialismus bilden den Schwerpunkt historischer Analysen in dem Themenbereich. Der Medizinhistoriker Udo Benzenhöfer beschäftigte sich in seinem Werk „Der gute Tod?“, das 2009 erschienen ist, mit der Geschichte der Euthanasie. Euthanasie – und damit eng verknüpft Sterbehilfe – sind Problemfelder, die kontrovers diskutiert werden. Das Spektrum der Diskussionen reicht von palliativer Sterbebegleitung über den Abbruch medizinischer Behandlung bei prognostizierter Unheilbarkeit bis hin zur aktiven Sterbehilfe. Benzenhöfer stellt in seiner Arbeit die wichtigsten Positionen zu Euthanasie und Sterbehilfe in einem Zeitraum von der Antike bis zur Gegenwart dar. Ebenso beleuchtet er die philosophische, medizinische, juristische und theologische Sicht der Problematik.⁶ Sein Werk beinhaltet zwar einen guten Überblick über die historische Entwicklung des Themas, behandelt aber nicht die Fälle vor dem EGMR.

Das Thema Sterbehilfe ist bisher vor allem in rechtswissenschaftlichen, medizinischen und theologischen Publikationen bearbeitet worden. Solveig Haß, die ihre Dissertation „Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Charakter, Bindungswirkung und Durchsetzung“ an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät in Köln 2006 veröffentlichte, bildete eine wesentliche Grundlage für die Einführung des Systems des EGMR in der vorliegenden Arbeit. Haß konzentriert sich auf vergangene Judikaturen

³ vgl. Solveig Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Charakter, Bindungswirkung und Durchsetzung (Beiträge zum nationalen und internationalen Recht 1, Frankfurt am Main 2006) 35f.

⁴ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 43f.

⁵ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 46.

⁶ vgl. Udo Benzenhöfer, Der gute Tod?.

des Gerichtshofs, weswegen sie auch auf die Reformen der Konvention und des EGMR eingeht. Besonders die Entwicklung des 11. Zusatzprotokolls ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Arbeit.⁷

Mit dem Fokus auf die Rechtslage in Deutschland und in Frankreich publizierte Tobias Schrader mit „Sterbehilfe. Geschichte und Recht in Europa“ 2012 nicht nur ein juristisches Werk, sondern gab im ersten Teil einen historischen Überblick über Sterbehilfe, beginnend in der Antike bis ins 21. Jahrhundert. Er legt dar, dass durch den demographischen Wandel in Europa die Thematik immer mehr an Bedeutung gewinnt, wodurch auch die damit zusammenhängenden Probleme zunehmen. So entstehen immer wieder rechtspolitische und ethische Unklarheiten. Die Thematik sei, laut Schrader, schon an sich kompliziert und die verschiedenen Disziplinen und Begriffe würden durch ihre Komplexität einfache, verständliche Zugänge erschweren. Dem wollte er mit seiner Arbeit entgegenwirken, indem er versuchte, die Rechtslage in Deutschland und in Frankreich und die dort vorhandene Problematik verständlich zu erläutern. Ebenfalls ging er auf religiöse Aspekte ein und beschrieb, wie Sterbehilfe im christlichen und islamischen Glauben enthalten sind.⁸

Kallia Gavela bietet mit ihrer Publikation „Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe“ (2013) einen Überblick über geltende Rechte und rechtliche Konstruktionen in Bezug auf den begleitenden Suizid. Dabei zeigt sie Lücken in der Strafgesetzgebung auf und beschäftigt sich mit dem Verhältnis zwischen Recht (strafgesetzlich, medizinisch) und Ethik. Ebenso sind Sterbehilfevereine ein Gegenstand ihrer Arbeit. Ihre Publikation behandelt einige Länder in Europa, wobei Deutschland, Schweiz und die Niederlande einen wesentlichen Schwerpunkt bilden. Auch die Verhältnisse in den USA werden genau untersucht. Neben ihren umfangreichen Problemanalysen formuliert sie auch zahlreiche Reformvorschläge.⁹

Eine ebenso ertragreiche juristische Studie ist Nicola Jacobs Dissertation an der Juristischen Fakultät der Humboldt-Universität „Aktive Sterbehilfe. Im Rechtsvergleich und unter der Europäischen Menschenrechtskonvention“ (2013), die Vorgaben seitens

⁷ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte.

⁸ vgl. Tobias Schrader, Sterbehilfe. Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich (Marburg 2012) 51.

⁹ vgl. Kallia Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 39, Berlin Heideberg 2013).

der Europäischen Menschenrechtskonvention zur aktiven Sterbehilfe sowie zum assistierten Suizid untersucht. Ihr Fokus liegt dabei jedoch ausschließlich auf den juristischen Möglichkeiten, die sich für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Menschenrechtskonvention daraus ergeben können. Sie untersucht und vergleicht die Rechtsprechung und Regelungen der Sterbehilfe in den einzelnen Mitgliedsstaaten. Diese setzt sie in Bezug zur Dogmatik und Rechtsprechung der Europäischen Menschenrechtskonvention. Besonderes Augenmerk widmet die Autorin der rechtlichen Regelung der Sterbehilfe in Deutschland, der Schweiz und den Benelux-Staaten und deren Berücksichtigung der Europäischen Menschenrechtskonvention. Exemplarisch behandelt sie nationale Fälle in Großbritannien und Frankreich (zum Beispiel *Diane Pretty gegen das Vereinigte Königreich* 2002). Auch Kommentare und einige Monografien zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Benelux-Staaten wurden von der Autorin für ihre Rechtsvergleiche herangezogen. Die Darstellung von historischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Auswirkungen fehlt.¹⁰

Die Sichtung der einschlägigen Literatur hat ergeben, dass die Entscheidungen des EGMR und ihre Entwicklung im Laufe seines Bestehens kaum in umfassenden Publikationen behandelt wurden. Die vorliegende Arbeit hat sich daher zum Ziel gesetzt, sich dieser Thematik aus einer rechtsgeschichtlichen Sicht anzunehmen.

In einem ersten einleitenden Teil wird auf die Begrifflichkeit und Formen der Sterbehilfe eingegangen. Danach wird auf der Grundlage der vorhandenen Sekundärliteratur die historische Entwicklung der Sterbehilfe bis zum Zweiten Weltkrieg erläutert. Zur Darstellung gelangt weiters die Entwicklung der Auseinandersetzung mit dem Sterbehilfebegriff im Hinblick auf die Menschenrechtskonvention seit 1950 in jenen europäischen Staaten, in denen die Thematik eine wesentliche Bedeutung in der Gesellschaft erlangt hat. Anhand einschlägiger Fälle des EGMR ab 2002 werden die nationalen Debatten und deren jeweilige nationale historische Ursprünge erörtert. Weiters wird dargestellt, wie jeder Fall von der nationalen auf die europäische Ebene des EGMR gehoben, dort diskutiert und entschieden wurde. Die Fälle, die in dieser Arbeit herangezogen werden, sind *Pretty gegen Vereinigtes Königreich* (2002), *Haas gegen die Schweiz* (2011), *Koch gegen Deutschland* (2012), *Gross gegen die Schweiz* (2014), *Lambert u.a. gegen Frankreich* (2015) und *Gard u.a. gegen das Vereinigte Königreich*

¹⁰ vgl. Nicola Jacob, *Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der Europäischen Menschenrechtskonvention* (Marburg 2013).

(2017). Am Ende erfolgt ein Resümee, in dem die Ergebnisse des EGMR in Hinblick auf die Bezüge zur EMRK und im Lichte historischer Veränderungen in Bezug auf den Umgang mit Sterbehilfe noch einmal zusammengefasst werden.

2. Zu Begrifflichkeit und Formen der Sterbehilfe

2.1 Begrifflichkeit

Der im Deutschen verwendete Begriff der Sterbehilfe¹¹ wird in seiner Bedeutung allgemein als problematisch angesehen, vor allem der Terminus „Hilfe“ wird kritisiert. Die positive Färbung des Wortes „Hilfe“ wird kritisch beurteilt, da Sterbehilfe in den meisten Ländern eine Straftat ist, so dass die „Hilfe“ im Gegensatz zum Wortsinn steht. Die Personen, die beim Entscheidungs- und Umsetzungsprozess beteiligt sind, in der Regel MedizinerInnen und medizinisches Pflegepersonal, werden überdies oft negativ beurteilt. Die „Hilfe“ für die schwere Erkrankung der betroffenen PatientInnen tritt in den Hintergrund.¹²

Der vormals ausschließlich verwendete Begriff Euthanasie wurde im Deutschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer häufiger durch den Begriff Sterbehilfe ersetzt¹³. Dieser Terminus wurde erstmals 1954 im deutschen Rechtschreibduden unter Synonym für Euthanasie angeführt.¹⁴ Besonders nach dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft, die den Begriff Euthanasie als Synonym für die Ermordung einer Vielzahl von Menschen missbraucht hatte. Im Sprachgebrauch jener nichtdeutschen Staaten, die Gegenstand dieser Arbeit sind, ist der Begriff Euthanasie am gebräuchlichsten (zum Beispiel englisch= *euthanasia*, französisch= *euthanasie*).¹⁵

Der Begriff Euthanasie bezog sich lange auf den „guten Tod“. Der früheste Beleg für den Begriff Euthanasie (griech. *euthanasia* = leichter Tod, *eu* = gut, wohl u. *thanatos* = Tod¹⁶) entstand in der Antike. Das Adverb *euthanatos* findet sich beim Dichter Kratinos (um 500 – 420 v.Chr.) wieder.¹⁷ Er schrieb in einer Komödie: „Es aber möchte wohl diesen geschehen, auch todkrank zu sein, so wie Herodot schwer starb, wohingegen Kratinos von einem guten Tod spricht.“¹⁸ Der Kontext der Handlung ist unklar, jedoch wird schnell ersichtlich, dass der „gute Tod“ als ein rasch eintretender Tod charakterisiert wird. Der

¹¹ (ärztliche) Beihilfe zum Sterben unrettbarer Kranker, vgl. *ÖBV Pädagogischer Verlag*, Österreichisches Wörterbuch (Wien 381997) 582.

¹² vgl. *Woellert, Schmiedebach*, Sterbehilfe, 17.

¹³ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 51.

¹⁴ vgl. *Dudenverlag*, Sterbehilfe, online unter <<https://www.duden.de/rechtschreibung/Sterbehilfe>> (05.01.2020).

¹⁵ vgl. Peggy H. *Breitenstein*, Johannes *Rohbeck* (Hg.), Philosophie. Geschichte – Disziplinen – Kompetenzen (Stuttgart 2011) 310.

¹⁶ vgl. *Dudenverlag*, Sterbehilfe.

¹⁷ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 13.

¹⁸ Zitiert nach *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 13.

Dichter Menandros (342/341 – 293/292 v.Chr.) machte ebenfalls Gebrauch von diesem Adjektiv und meinte „Wen die Götter lieben, der stirbt jung“¹⁹. Er stand dem Alter und dem Altwerden kritisch gegenüber und sprach somit von einem rechtzeitigen Tod.²⁰ Dass der Begriff „Euthanasie“ zunächst nur von Dichtern verwendet wurde, lag daran, dass der „gute Tod“ im allgemeinen Sprachgebrauch noch nicht verbreitet war. Mit der Zeit verlagerte sich der Begriff in die allgemeine Sprach- und Gedankenwelt. Die Philosophen versahen ihn mit der positiven Konnotation eines Wunschbildes bzw. eines Ideals²¹, allerdings nicht in einem medizinischen Kontext.²²

Erst im 19. Jahrhundert erhielt der Begriff „Euthanasie“ eine medizinische Definition, ganz allgemein für „Sterbeerleichterung durch eine Ärztin oder einen Arzt“²³. Die negative Konnotation erfolgte erst später, als die Thematik der Sterbehilfe und ihre Begrifflichkeit in Europa und besonders in Deutschland und in Österreich zu einer sehr problembeladenen wurde. Die Vorstellung von einem leichten „schönen Tod“, die ursprünglich mit dem Begriff Euthanasie verbunden war, pervertierte während der nationalsozialistischen Herrschaft. Nicht der humane Aspekt der Sterbehilfe galt, sondern die systematische Ermordung psychisch kranker und behinderter Menschen, wobei im Sinne einer ideologisch bestimmten Rassenhygiene zwischen „wertvollem“ und „unwertem“ Leben unterschieden wurde.²⁴

2.2 Formen der Sterbehilfe und ihre Unterscheidungskriterien

In der heutigen Literatur und Gesetzgebung werden verschiedene Arten der Sterbehilfe unterschieden: aktive und passive Sterbehilfe, indirekte Sterbehilfe, assistierender Suizid usw. Vorrangiges Unterscheidungskriterium ist dabei das Behandlungsziel – die Vermeidung eines qualvollen Todes.

Die aktive Sterbehilfe, das „Töten auf Verlangen“, wird von Ärztinnen oder Ärzten vorgenommen. Sie erfolgt durch die Verabreichung von Medikamenten, die zum Tod führen.²⁵ Wenn dies mit der Einwilligung der Patientin oder des Patienten geschieht, wird diese Handlung als „aktive freiwillige Sterbehilfe“ bezeichnet. Ist dies nicht der Fall, wie

¹⁹ Benzenhöfer, Der gute Tod?, 13.

²⁰ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 13f.

²¹ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 15.

²² vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 19.

²³ Thela Wernstedt, Sterbehilfe in Europa (Recht & Medizin 66, Frankfurt am Main 2004) 67.

²⁴ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 10.

²⁵ vgl. Robert Kehl, Sterbehilfe. Ethische und juristische Grundlagen (Bern 1989) 18.

zum Beispiel bei den Geschehnissen während des Nationalsozialismus im Rahmen der Aktion T4, fällt dies in die Kategorie der „aktiven unfreiwilligen Sterbehilfe“.²⁶ Die aktive Sterbehilfe ist seit 2002 in den Niederlanden und in Belgien legalisiert, seit 2009 in Luxemburg. Parallel zur diesbezüglichen Gesetzgebung wurde in diesen Ländern die palliativ-medizinische Versorgung massiv ausgeweitet.²⁷

Die passive Sterbehilfe betrifft Menschen, die als Folge einer schweren Krankheit oder eines Unfalls das Bewusstsein verloren haben oder dieses nur in einem geringen Ausmaß aufweisen (zum Beispiel bei Wachkoma). Sie wird dann geleistet, wenn eine gültige PatientInnenverfügung vorliegt oder die Entscheidung eines Gerichts oder einer anderen staatlichen Kommission (Ethikkommission) getroffen wurde.²⁸ Dabei wird die medizinische Betreuung durch lebenserhaltende Einrichtungen ausgesetzt.²⁹ Allerdings wird mitunter der Begriff „passive Sterbehilfe“ in diesem Zusammenhang kontrovers diskutiert. Es wird argumentiert, dass die Ärztin oder der Arzt, welche(r) beispielsweise ein Beatmungsgerät abschaltet, eine aktive Handlung vornimmt, es sich also um eine aktive Sterbehilfe handelt. Dagegen wird jedoch das Argument ins Treffen geführt, dass das ärztliche Personal die PatientInnen durch das Beenden der künstlichen Maßnahmen ihrem natürlichen Sterbeprozess übergeben.³⁰

Die indirekte Sterbehilfe setzt ganz bewusst auf die palliative Intensivierung der medizinischen Behandlung. Das bedeutet, dass die Beschwerden der Schwerkranken oder Sterbenden durch eine hochdosierte Medikation (beispielsweise von Schmerzmitteln) wirksam bekämpft werden. Dabei werden Nebenwirkungen in Kauf genommen, die die Lebenserwartung voraussichtlich verkürzen.³¹ Beim assistierenden Suizid verschreibt eine Ärztin oder ein Arzt eine Medikation, welche die eigenständige Selbsttötung ermöglicht. Vor dieser Medikation muss die Patientin oder der Patient verschiedene Bedingungen erfüllen, die seinen Sterbewunsch untermauern.³²

²⁶ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 73.

²⁷ vgl. Birgit *Jaspers*, Lukas *Radbruch*, Friedmann *Nauck*, Euthanasie, ärztlich assistierter Suizid und Freitodbegleitung. Aktuelle Entwicklungen in den Benelux-Ländern, der Schweiz und Deutschland. In: Heribert *Niederschlag*, Ingo *Proft* (Hg.), *Recht auf Sterben? Politische, rechtliche und ethische Position (Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege 7, Ostfildern 2015)* 23.

²⁸ vgl. *Kehl*, Sterbehilfe, 17.

²⁹ vgl. *Kehl*, Sterbehilfe, 51.

³⁰ vgl. *Woellert*, *Schmiedebach*, Sterbehilfe, 19.

³¹ vgl. *Woellert*, *Schmiedebach*, Sterbehilfe, 19.

³² vgl. *Gavella*, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 4f.

3. Überblick über die Geschichte der Sterbehilfe

3.1 Von der Antike bis zum 19. Jahrhundert

Wie erwähnt, wurde schon in der griechisch-römischen Antike die Idee eines „guten Todes“ imaginiert. Diese entsprach der Vorstellung eines würdevollen, schmerzfreien und ehrenhaften Todes.³³ Die Idee vom „guten Tod“, bedeutete jedoch nicht, dass Ärzte Sterbehilfe praktizierten. Der hippokratische Eid³⁴ verpflichtete Ärzte keine Tötung auf Verlangen durchzuführen.³⁵ Hingegen war der Infantizid eine weit verbreitete Praxis. Dabei wurde ein unerwünschtes oder behindertes Kind von den Eltern ausgesetzt, meist in der Nähe eines Tempels, mit der Vorstellung, das Kind in die Hände der „Götter“ zu legen – vielleicht in der Hoffnung, dass das Kind adoptiert werden würde. Jedoch endete die Weglegung in der Realität oft mit dem Tod des Kindes.³⁶ Für den Infantizid trat besonders Platon (ca. 427 – 347 v.Chr.) ein. Er plädierte dafür, dass missgebildete Kinder nicht aufgezogen, sondern ausgesetzt werden sollten. Er begründete dies damit, dass diese Kinder eine Belastung für den Staat bzw. nicht von allgemeinem Nutzen wären.³⁷

Rechtlich gesehen wurde im antiken Griechenland zwischen absichtlicher, unabsichtlicher und gerechtfertigter Tötung unterschieden. Bei absichtlicher Tötung war das Strafmaß die Todesstrafe, während bei einer unabsichtlichen Tötung die Person ein Jahr ins Exil geschickt wurde. Die gerechtfertigte Tötung (z.B. bei Diebstahl oder Ehebruch) wurde nicht unter Strafe gestellt, ebenso nicht der Suizid. Der Versuch sich das Leben zu nehmen, konnte jedoch bestraft werden, wenn es sich um einen Soldaten handelte bzw. einen Mann im wehrfähigen Alter. Zur Strafe bekam die Person kein ehrenwertes Begräbnis.³⁸

Diese rechtlichen Regelungen galten auch im Römischen Reich. Soldaten war der Suizid verboten, Gründe wie „Schmerz, Krankheit oder Lebensüberdruß“ wurden nicht anerkannt. Ein Selbstmordversuch konnte die unehrenhafte Entlassung aus dem Wehrdienst und sogar die Todesstrafe zur Folge haben.³⁹ Die Christianisierung prägte das Denken über Sterbehilfe in besonderer Weise. Jedes Leben wurde als wertvoll angesehen,

³³ vgl. *Woellert, Schmiedebach*, Sterbehilfe, 14.

³⁴ *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 35: „Ich will weder irgendjemanden ein tödliches Medikament geben, wenn ich darum gebeten werde, noch will ich in dieser Hinsicht Rat erteilen.“

³⁵ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 11.

³⁶ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 12.

³⁷ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 31.

³⁸ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 32.

³⁹ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 32f.

weil es von Gott stamme. Der Mensch habe somit nicht das Recht, über Geburt sowie Tod zu entscheiden. Krankheiten, Verletzungen und Schmerz wurden als Prüfungen Gottes angesehen, welche durch weltliche Sünden verursacht wurden. Seine Leiden sollten den Menschen auf den „Weg der Anständigkeit“ voranbringen.⁴⁰

Erst in der Renaissance kam wieder der antike Gedanke der Euthanasie auf. Der Schriftsteller Thomas Morus (1478 – 1535) fügte dieser Idee noch den Gedanken der Selbstbestimmung hinzu. Er beschäftigte sich in seinem Roman „Utopia“ intensiv mit dem Thema Gnadentod für Schwerkranke. So schrieb er darin, dass Priester den freiwilligen und schmerzlosen Tod billigen sollten, wenn die Krankheit qualvoll, unheilbar und schmerzhaft war. Sterbehilfe wäre somit eine ehrenvolle Handlung.⁴¹ Von Martin Luther (1483 – 1546) wird überliefert, dass er vorschlug, einen behinderten Jungen in einen Fluss zu werfen. Er begründete dies damit, dass solch ein Geschöpf nur ein Bastard des Teufels sein könne („*Puto esse massam carnis sine anima*“)⁴². Der Philosoph Francis Bacon (1561 – 1626) differenzierte zwischen innerer („*euthanasia interior*“) und äußerer Euthanasie („*euthanasia exterior*“). Bei der „*euthanasia interior*“ ging es vor allem um die seelische Vorbereitung des Todes, während mit der äußeren Euthanasie das Lebensende des leidenden Menschen erträglich gemacht werden sollte.⁴³ In erster Linie sah Bacon den palliativ-medizinischen Aspekt. Es sollte alles getan werden, um ein qualvolles Sterben zu vermeiden. Erst wenn es keine Hoffnung mehr gab, sollte aktive Sterbehilfe erfolgen.⁴⁴

3.2 „Rassenhygiene“ und der Diskurs über die Vernichtung von „lebensunwertem Leben“

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurde die christlich-humanistische Anschauung, dass jedes Leben gleich wertvoll sei, weil es von Gott geschenkt werde, durch andere Weltanschauungen kontrakariert. Es entstand die Theorie einer Leistungsgesellschaft, in der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen als Belastung der „gesunden“ Mehrheit angesehen wurden. Dieser Richtungswechsel und die dadurch entstandenen

⁴⁰ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 33.

⁴¹ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 34.

⁴² Schrader, Sterbehilfe, 34.

⁴³ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 34.

⁴⁴ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 61.

Diskussionen gingen vor allem vom Sozialdarwinismus und der daraus abgeleiteten Vorstellung einer „Rassenhygiene“ (Eugenik) aus.⁴⁵

Zur Thematik „Ausscheidung des Schwächeren“ haben sich viele Wissenschaftler und Philosophen geäußert, darunter Ernst Haeckel, Alexander Tille, Alfred Ploetz, Friedrich Nietzsche. Die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und Theorien von Charles Darwin bildeten die wesentliche Grundlage für diese Thematik. In seinem 1859 erschienenen Werk „On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life“ beschrieb er bereits die „natürliche Auslese“. Tiere, die sich ihrer Umwelt optimal anpassen können, überleben. Tiere, die das nicht können, sterben aus. Darwin enthielt sich jedoch einer Aussage, ob dieses Phänomen auch für Menschen gültig sei. Erst mit seinem 1871 erschienenen Werk „The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex“ ging er auf die Abstammung des Menschen näher ein und bezog Stellung zum Thema „Ausscheidung der Schwachen“. Er betrachtete den Begriff des „Schwachen“ eindeutig als pejorativ, beschrieb aber einen im Laufe der Menschheitsentwicklung „erworbenen“ Instinkt der Sympathie, der es ermöglichte, den „Schwachen“ Hilfe zu leisten. Dies sei der Grund, dass auch „Schwache“ innerhalb von menschlichen Gesellschaften existieren können. Allerdings war er der Auffassung, dass die „Ausrottung“ der „Schwachen“ der menschlichen Vernunft entsprechen würde. Er rief nie zur Vernichtung von „lebensunwertem Leben“ auf, bot aber anderen genügend Anhaltspunkte für entsprechende Argumentationen.⁴⁶

Aus der pseudo-wissenschaftlichen Weltanschauung des „Sozialdarwinismus“ entwickelte sich die Theorie einer Rassenhygiene, die auf die „Ausscheidung des Schwächeren“ abzielte. Der Sozialwissenschaftler Francis Galton, ein Cousin von Darwin, wollte die „angeborenen Eigenschaften“ einer Rasse verbessern, um die geistige Elite zu fördern. Als probate Mittel sah er frühe Heirat und die Zeugung vieler Kinder an, außerdem sollte die Fortpflanzung von Geisteskranken verhindert werden. Galton prägte im Jahr 1883 den Begriff *national eugenics*. Dieser wurde von dem Arzt Wilhelm Schallmayer und dem Mediziner und „Rassenhygieniker“ Alfred Ploetz übernommen, die auf der englischen Eugenik aufbauten und eine Konkretisierung der Rassenhygiene vornahmen.⁴⁷ Vor allem Ploetz führte in seiner Schrift „Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und

⁴⁵ vgl. Woellert, Schmiedebach, Sterbehilfe, 15f.

⁴⁶ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 70f.

⁴⁷ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 75.

der Schutz der Schwachen“ (Berlin 1895) aus, dass individuelle Medikation nur das Leben der „Schwachen“ schütze. Dies stehe dem Wohl der „Rasse“ entgegen („Rassenhygiene“ vor „Individualhygiene“) und sei daher abzulehnen. Ploetz imaginierte in seiner Schrift die Utopie eines Ehepaares, das entsprechende Voraussetzungen der „idealen Rasse“ erfülle. Dennoch gebärt die Frau ein „schwächliches bzw. missgestaltetes“ Kind. Dies werde mit einer entsprechenden Dosis Morphinum „sanft“ getötet.⁴⁸

Rassenhygiene und Sozialdarwinismus waren jedoch nicht die einzigen Themen in dieser Zeit. Adolf Jost führte mit seiner Schrift „Recht auf Tod“ das Thema Sterbehilfe in den Diskurs ein.⁴⁹ In seinem 1895 erschienen Werk erörtert er die Frage, ob die Tötung eines unheilbar erkrankten Individuums - sowohl für die Gesellschaft als auch für das Individuum selbst - wünschenswert sei. Mit seiner Darstellung wollte er nicht die Sterbehilfe an sich verteidigen, sondern allgemein den „Wert des Lebens“ untersuchen. Dabei stellte er zwei Ansichten gegenüber: zum einen, dass jeder Mensch das Recht habe, über sein Leben und seinen Tod selbst zu entscheiden, die gewollte Tötung durch einen anderen Menschen eingeschlossen (Sterbehilfe); zum anderen, dass das Recht auf den gewollten Tod nur körperlich bzw. geistig unheilbaren Personen gewährt werde. Dabei soll die Tötung - aus Gründen der Akzeptanz der Bevölkerung – ausschließlich von Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden.⁵⁰

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Vorstellung von einem gesunden, starken und schönen Volk verbreitet. Dazu gehörte die Meinung, dass alle Individuen, die dieser Vorstellung nicht entsprachen, vernichtet werden sollten. Vor allem waren es der Jurist Karl Binding sowie der Psychiater Alfred Hoche, die für die „freiwillige“ Sterbehilfe eintraten und dabei die Tötung von „unheilbaren Blödsinnigen“ und Bewusstlosen forderten. Sie publizierten 1920 ihre Schrift „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und prägten so die Euthanasie-Debatte in der Weimarer Republik.⁵¹ Sie entwickelten die rechtlichen und medizinischen Aspekte der Tötung von „Minderwertigen“ und argumentierten diese als einen Akt der Vernunft: zur Abkürzung des individuellen Leides sowie im Interesse der Gemeinschaft.⁵² Die Tötungseingriffe an

⁴⁸ vgl. Benzenhöfer, *Der gute Tod?*, 77.

⁴⁹ vgl. Benzenhöfer, *Der gute Tod?*, 84.

⁵⁰ vgl. Benzenhöfer, *Der gute Tod?*, 83f.

⁵¹ vgl. Schrader, *Sterbehilfe*, 41.

⁵² vgl. Woellert, *Schmiedebach*, *Sterbehilfe*, 16.

sogenannten „Minderwertigen“ argumentierte Binder dabei als „Heileingriffe“ und verglich dabei die Intellektualität und die Gefühle lebensunwerter Individuen mit denen von Tieren. Daraus folgerte er, dass solche Individuen keinen Anspruch auf ein menschliches Leben erheben könnten.⁵³

Die Ansichten von Binding und Hoche dienten 1933 den Nationalsozialisten als Leitlinie für den Umgang mit Behinderten und chronisch Kranken. 1939 wurden sie mit einem Runderlass des Reichsministeriums des Innern in die Praxis umgesetzt.⁵⁴ Menschen in Pflegeeinrichtungen wurden aufgrund von „Schizophrenie, exogener Epilepsie, Encephalitis, Schwachsinn, Paralyse, Chorea Huntington, (...) seniler Demenz“⁵⁵ und anderer Krankheiten, sowie vermeintlicher „krimineller Geisteskrankheit“ für „lebensunwert“ erklärt und zur Euthanasie selektiert. Vordergründige Zielsetzung war es, unheilbar Erbkrankte auszurotten. Ebenso sollten die Kosten für die Anstaltspflege eingespart werden. Auf Grund von Meldebögen wurde in der T4-Zentrale (Tiergartenstraße 4, Berlin) Gutachten erstellt und somit entschieden, ob der betreffende Mensch noch arbeitsfähig und heilbar war oder nicht. Die Gutachter, insgesamt vier, haben dabei die betreffenden Personen nie zu Gesicht bekommen. Wegen wachsendem Unmut in der Bevölkerung und des Widerstands eines Großteils der deutschen Ärzte sowie kirchlicher Kreise endete das offizielle T4-Programm 1941. Trotzdem forderte es über 70.000 aufgezeichnete Todesopfer.⁵⁶

⁵³ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 41.

⁵⁴ vgl. *Woellert*, *Schmiedebach*, Sterbehilfe, 16.

⁵⁵ *Schrader*, Sterbehilfe, 46.

⁵⁶ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 46.

Weitere wichtige Werke zur Aktion T4 sind unter anderem: Henry *Friedlander*, Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung (Darmstadt 1997).

Maike *Rotzoll*, Gerit *Hohendorf*, Petra *Fuchs* u.a. (Hg.), Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer: Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart (Paderborn/Wien 2010).

4. Die Entwicklung der Sterbehilfe in Deutschland und den Benelux-Ländern in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

In diesem Kapitel wird über jene europäischen Staaten berichtet, in denen eine bedeutsame Entwicklung der Sterbehilfe stattgefunden hat beziehungsweise die relevant für die später angeführten EGMR-Fälle sind.

Seit dem Ende des 20. Jahrhunderts wächst Europa (trotz des Brexits) immer mehr zusammen, und die Auseinandersetzung mit Sterbehilfe ist seitdem nicht mehr eine Angelegenheit, die einen Staat allein angeht. Die gesetzlichen und allgemeinen Regelungen in den einzelnen Staaten beeinflussen einander gegenseitig. Wie in den europäischen Gesellschaften mit dem Sterben umgegangen wird, entwickelt sich immer mehr zu einer europäischen Frage. Dass die einzelnen Länder in Europa gespalten sind, hat vor allem religiöse und historische Gründe (siehe die Beispiele Polen bzw. Deutschland). So hat Schrader verschiedene empirische Studien zusammengefasst und festgestellt, dass kulturelle Entscheidungsmuster diese Spaltung bewirkt haben.⁵⁷

Die Thematik der Sterbehilfe bildet ein Problemfeld, dass in Europa seit Jahrhunderten diskutiert wird. Erst in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts kam es zu wesentlichen Entwicklungen in der Anwendung der verschiedenen Formen von Sterbehilfe.⁵⁸ Diese fanden vor allem in Staaten wie der Schweiz und den Benelux-Ländern statt, in denen schon seit längerer Zeit eine liberale Gesetzgebung galt.⁵⁹

4.1 Von der Euthanasie zur Sterbehilfe: Die deutsche Entwicklung nach dem Nationalsozialismus

Die Thematik der Sterbehilfe wurde nach dem Ende des 2. Weltkriegs von den Nachwirkungen der missbräuchlichen Verwendung des Begriffs Euthanasie während der nationalsozialistischen Herrschaft sehr bestimmt. Der Terminus Euthanasie wurde daher durch den Begriff Sterbehilfe ersetzt, um die negative Auslegung zu unterbinden. Bis heute warnen GegnerInnen der Sterbehilfe vor der Möglichkeit, diese im negativen Sinn zu gebrauchen.⁶⁰ Der sozialdemokratische Rechtsexperte und Jurist Adolf Arndt wies bereits 1947 darauf hin, dass zwischen der nationalsozialistischen Euthanasie und der

⁵⁷ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 26.

⁵⁸ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 199.

⁵⁹ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 26.

⁶⁰ vgl. *Caroline Preidel*, Sterbehilfepolitik in Deutschland. Eine Einführung (Wiesbaden 2016) 7.

medizinischen Sterbehilfe unterschieden werden müsse. Trotzdem war er der Meinung, dass jegliche Beihilfe zum Tod eines Menschen nie wieder ein Thema in Deutschland werden sollte.⁶¹ Der Diskurs über Sterbehilfe wurde in den folgenden Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg fast ausschließlich als Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Praxis der Euthanasie geführt. Das öffentliche Interesse daran hielt sich in Grenzen. Eine quantitative Untersuchung⁶² der Artikel in den bedeutsamen Wochenschriften „Der Spiegel“ und „Die Zeit“ über den Missbrauch der Euthanasie unter dem Nationalsozialismus ergab, dass erst mit der Heyde-Sawade-Affäre⁶³ 1959/1962 eine umfangreiche Berichterstattung erfolgte.⁶⁴ 1962 veröffentlichte der Kinderarzt Werner Cartel seine Schrift „Grenzsituationen des Lebens – Beitrag zum Problem einer begrenzten Euthanasie“. Cartel praktizierte während des Nationalsozialismus in Leipzig und tötete dort Kinder, deren Leben als „unwert“ eingestuft worden waren. Da „Der Spiegel“ über ihn und seine Verbrechen berichtete, begehrte er zweimal die Veröffentlichung einer Stellungnahme von seiner Seite. Dies wurde jedes Mal abgelehnt.⁶⁵ Daher publizierte er seine Rechtfertigung mit der oben genannten Schrift. Er versuchte seine Taten zu legitimieren und prophezeite, dass die „Euthanasie“ noch einen großen Stellenwert in Zukunft bekommen würde.⁶⁶

Ab 1960 entwickelte sich allmählich eine positive Sicht gegenüber der Sterbehilfe, allerdings wesentlich langsamer als bei anderen moralpolitischen Themen, wie zum Beispiel dem Abtreibungsverbot. Das Thema Sterbehilfe stagnierte zunächst stark aus den oben angeführten Gründen. Die Debatten wurden zusätzlich von christlicher Ethik und Moral geprägt und es herrschte - wie in den meisten Ländern - ein vollkommenes Verbot.⁶⁷

⁶¹ vgl. Jeantine E. *Lunshof*, Alfred *Simons*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart. In: Andreas *Frewer*, Clemens *Eickhoff* (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt/Main 2000) 237f.

⁶² Universitätsprofessor Udo Benzenhöfer, Medizinhistoriker an der Universität Frankfurt am Main, verweist in seinem Werk „Der gute Tod?“ dabei auf die Untersuchung von Arnd Schweitzer. vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 118.

⁶³ Werner Heyde, später unter dem Pseudonym Fritz Sawade bekannt, war als Psychiater im Nationalsozialismus aktiv an der Aktion T4 beteiligt. Er konnte untertauchen, jedoch wurde er 1959 verhaftet. 1964 - kurz vor seinem Prozess - beging er Selbstmord, vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 120.

⁶⁴ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 118.

⁶⁵ vgl. Sascha *Topp*, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie (Göttingen 2013) 119.

⁶⁶ vgl. *Lunshof*, *Simon*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland, 238.

⁶⁷ vgl. *Preidel*, Sterbehilfepolitik in Deutschland, 9.

Mit den Publikationen „Milder Tod“ (1973) des deutschen Fernsehmoderators Henk Mochel und „Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945“ (1975) von Thomas Lohmann zeigte sich, dass sich ein Trend entwickelte, der sich vom Diskurs der nationalsozialistischen Euthanasie langsam abwendete und zur medizinischen Sterbehilfe überleitete. Doch nicht nur der medizinische Aspekt gewann immer mehr an Bedeutung, auch viele JuristInnen nahmen sich dem Thema Sterbehilfe an.⁶⁸ Das hatte zur Folge, dass sich ein breiter öffentlicher Diskurs entwickelte, der auch von der Politik aufgegriffen wurde. Es vereinten sich ProfessorInnen der Medizin und des Rechts zur „Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS)“⁶⁹ und präsentierten 1985 ihren überarbeiteten Entwurf eines Sterbehilfegesetzes vor dem Bundestag. Dabei ging es nicht um die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, sondern um ihre Entkriminalisierung. Weiters enthält es eine genauere Definition der passiven Sterbehilfe und Bestimmungen für ihre Ausführung. Dieser Entwurf wurde dem 56. Deutschen Juristentag 1986 zur Abstimmung vorgelegt, jedoch von den TeilnehmerInnen mehrheitlich abgelehnt.⁷⁰

Zu Beginn der 1990er Jahre erregte der Philosoph und Ethiker Peter Singer besondere Aufmerksamkeit, als er bei einem Symposium über Sterbehilfe in Deutschland, an dem unter anderem mehrere Behindertenverbände teilnahmen, einen Vortrag halten wollte. Dabei stieß er auf so große Proteste, dass sein Auftritt verhindert wurde.⁷¹ Die Gründe hierfür lagen in seiner Publikation „Praktische Ethik“ (1979), die vehemente Diskussionen ausgelöst hatten. Er definierte in seinem Buch die „freiwillige Euthanasie“ als aktive Sterbehilfe, „unfreiwillige Euthanasie“ als passive Sterbehilfe und beschrieb die Sterbehilfe für Säuglinge als „Früheuthanasie“. ⁷² Er vertrat die Ansicht, dass behinderte Säuglinge in ihrem ersten Monat unmündig seien. Daher solle es den Eltern frei zur Wahl stehen, ob sie das Neugeborene töten lassen. Singer sah dies bei jeder Stufe von Behinderung vor, auch zum Beispiel bei Kindern, die mit Trisomie 21 geboren wurden. Besonders wegen dieser Thesen über Sterbehilfe bei Neugeborenen wurde er stark kritisiert.⁷³

⁶⁸ vgl. *Lunshof, Simon*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland, 239.

⁶⁹ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 47.

⁷⁰ vgl. *Lunshof, Simon*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland, 241.

⁷¹ vgl. *Lunshof, Simon*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland, 240.

⁷² vgl. *Gerrit Hohendorf*, Der Tod als Erlösung vom Leiden. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts (Göttingen 2013) 18.

⁷³ vgl. *Hohendorf*, Der Tod als Erlösung vom Leiden, 168f.

1994 erlangte der „Kemptner-Fall“ große Bedeutung. Die Tochter einer 85-jährigen Patientin, die einen Hirninfarkt erlitten und ihr Bewusstsein nicht wiedererlangt hatte, versuchte durch gerichtliche Klagen über mehrere Instanzen zu erreichen, dass ihrer Mutter Sterbehilfe gewährt werde. Das Vorgehen der Tochter blieb jedoch ohne Erfolg, da keine gesetzliche Regelung existierte. Die Patientin wurde durch eine Magensonde ernährt und äußerte schon vor diesem Zustand vermehrt, dass sie unter solchen Umständen nicht weiterleben wolle. Der Sohn und der behandelnde Arzt entschieden die lebensverlängernden Maßnahmen zu beenden. Vor dem Bundesgerichtshof im März 1994 wurden beide als schuldig verurteilt und mussten eine Geldstrafe zahlen. Die beiden Beschuldigten beriefen dagegen, und das Urteil wurde im September desselben Jahres wieder aufgehoben.⁷⁴ Dieser Fall bewirkte, dass gesetzliche Regelungen in Bezug auf passive Sterbehilfe beschlossen wurden, die im Kapitel 6.3.3 dieser Arbeit ausführlich dargelegt werden.⁷⁵

4.2 Die Entwicklung bis zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden

In den Niederlanden sind seit April 2002 die aktive Sterbehilfe und der assistierende Suizid rechtskräftig. Diese Legalisierung erfolgte nach einer langjährig tolerierten und verbreiteten Praxis.⁷⁶ Die negative Assoziierung der Sterbehilfe aufgrund der Geschehnisse im Nationalsozialismus war auch in den Niederlanden gegeben.⁷⁷ Die Thematik wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts vor allem durch den Psychiater Jan Hendrik van den Berg zu einem positiven Diskurs geführt.⁷⁸ In seinem 1969 erschienenem Werk „Medische macht en medische ethiek“ (eng. „Medical Power and Medical Ethics“) kritisierte der Autor vor allem den medizinisch-technologischen Fortschritt, der lebensverlängernde Maßnahmen ermögliche, die zuvor unvorstellbar erschienen waren. Jedoch würden diese ohne Rücksicht auf humane Grundsätze angewendet werden. Van den Berg schockierte mit Bildern von schwerstbehinderten und

⁷⁴ vgl. *Lunshof, Simon*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland, 242f.

⁷⁵ vgl. *Schrader*, Sterbehilfe, 47.

⁷⁶ vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 107.

⁷⁷ vgl. *G.K. Kimsma, E. van Leeuwen*, Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2 (1993) 20.

⁷⁸ vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 114.

verstümmelten Personen, die künstlich am Leben erhalten wurden. Er stellte die Frage, wie solche „Wirkungen“ noch moralisch vertreten werden könnten.⁷⁹

In den 1970er Jahren entstand in den Niederlanden eine breite Diskussion über religiöse und humanistische Werte in Zusammenhang mit dem Thema Sterbehilfe.⁸⁰ 1972 fand in den Niederlanden eine Konferenz für Krankenschwestern statt, in der zum ersten Mal das Thema Sterbehilfe ausführlich behandelt wurde. 4.000 Personen nahmen daran teil.⁸¹

Mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs kam es zunehmend zum Verlust der moralischen Autorität der religiösen Institutionen in den Niederlanden.⁸² Dieser Rückgang verstärkte sich in den 1960er Jahren, da sich die gesellschaftliche Entwicklung in Richtung Autonomie, Selbstbehauptung und Mitsprache immer mehr ausbreitete.⁸³ Dadurch kam es auch zu einer Liberalisierung der Einflussnahmen der christlichen Konfessionen in der Sterbehilfe-Debatte. Es wurde öffentlich verkündet, dass Tod und Sterbehilfe im christlich-humanistischen Geist betrachtet werden müsse. Die 1970er Jahre waren dadurch gekennzeichnet, dass sich der Staat immer mehr von den alten Standpunkten der religiösen Institutionen löste. Diese Liberalisierung fand jedoch auch innerhalb der Kirchen statt. Sie wandten sich ethischen Theorien zu, die sich an den humanistischen Werten des Wohlfahrtsstaates orientierten.⁸⁴

Ein weiterer Grund, warum sich Sterbehilfe in den Niederlanden früher als in anderen europäischen Staaten entwickelt hatte, lag am sehr stark familienorientierten Gesundheitssystem. Die AllgemeinärztInnen betreuten ganze Familien und dies ein Leben lang. Dadurch waren sie für einen langen Zeitraum eng mit den PatientInnen verbunden, sodass sich eine hohe Bereitschaft ergab für einen schmerzlosen Tod zu sorgen.⁸⁵

Einen besonderen Anstoß zur Sterbehilfedebatte lieferte ein Prozess im Jahr 1973 in Leeuwarden. Eine Allgemeinmedizinerin wurde angeklagt, ihrer Mutter aktive Sterbehilfe geleistet zu haben, indem sie ihr auf ihren mehrfachen Wunsch eine tödliche Injektion aus 200 mg Morphin injizierte. Zahlreiche Personen - darunter ÄrztInnen und

⁷⁹ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 20.

⁸⁰ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 20.

⁸¹ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 22.

⁸² vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 20.

⁸³ vgl. Guenter Lewy, *Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons* (Oxford 2010) 21.

⁸⁴ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 20.

⁸⁵ vgl. Lewy, *Assisted Death in Europe and America*, 19f.

mennonitische Priester - forderten ihren Freispruch.⁸⁶ Sie wurde schließlich nach Art. 293 des niederländischen Strafgesetzbuchs wegen Tötung auf Verlangen verurteilt. Sie erhielt jedoch statt der Höchststrafe nur eine symbolische Strafe, die sich auf eine Woche Gefängnis auf Bewährung belief. Zum ersten Mal wurden in einem Prozess die Vorraussetzungen für eine gerechtfertigte Sterbehilfe formuliert, die für zukünftige Gerichtsverfahren zu dieser Thematik immer relevanter wurden.⁸⁷ Allmählich erweiterte der Gesetzgeber den Spielraum für RichterInnen, eine liberale Rechtsprechung zu praktizieren. Dies traf nicht auf alle Bereiche zu, aber in Fällen wie moralischem Anstand, sexuellem Verhalten, Pornografie, Abtreibung und Sterbehilfe war die Gesetzgebung durch eine starke Liberalisierung bestimmt, allerdings immer auf der Basis der Grundrechte.⁸⁸ Die Gerichtsverhandlung in Leeuwarden löste viele Reaktionen in der niederländischen Gesellschaft aus, unter anderem in einer Umfrage von 1976, in der 61% der Bevölkerung die Legalisierung der Sterbehilfe befürworteten. Gleichzeitig meldeten sich die GegnerInnen der Sterbehilfe zu Wort und es kam zu einer Polarisierung der Gesellschaft.⁸⁹ Mit einem Antrag der sozialliberalen Partei *Democraten 66* zog die Debatte zur Legalisierung der Sterbehilfe 1979 auch ins niederländische Parlament ein. In diesem Antrag wurde eine mögliche Revision des Verbotsgesetzes gefordert, der jedoch vehement von der Partei *Christen-Democratisch Appèl* abgelehnt wurde. Die Diskussionen zwischen den Liberalen, Sozialdemokraten und christlichen Demokraten führten zu keinem Kompromiss, weshalb das Thema der Legalisierung der Sterbehilfe nicht mehr auf die Tagesordnung des Parlaments gesetzt wurde.⁹⁰

Ein paar Jahre lang verschwand das Thema Sterbehilfe weitgehend aus der öffentlichen Diskussion. Erst 1981 wurde die Debatte durch einen Fall vor einem Rotterdamer Gericht wiederbelebt. Eine Frau, die keine Ärztin war, wurde angeklagt, Beihilfe zum Suizid einer Krebskranken geleistet zu haben. Sie erhielt eine Freiheitsstrafe von sechs Monaten auf Bewährung. Hierbei formulierte das Gericht detaillierte und direkte Bedingungen zur Strafbarkeit von Sterbehilfe. Diese wurden als sogenannte *Rotterdamer Richtlinien*

⁸⁶ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 21.

⁸⁷ vgl. *Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 114.

⁸⁸ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 21.

⁸⁹ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 22.

⁹⁰ vgl. *Kimsma, Leeuwen, Dutch Euthanasia*, 22.

deklariert und erwiesen sich für spätere Prozesse als wesentliche Grundlage der Debatte zur Legalisierung der Sterbehilfe.⁹¹

1984 verfasste die Königliche Niederländische Ärztesgesellschaft (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*, KNMG), die zuvor kritisch der Thematik gegenüberstand, Richtlinien für ÄrztInnen zur Durchführung der Sterbehilfe.⁹² Bedingungen waren der „– nach umfassender Aufklärung über Krankheit und Heilungsaussichten zustandegekommene – freiwillige, wohlüberlegte und anhaltende Todeswunsch des Patienten, das schwere, unerträgliche Leiden ohne Besserungsaussicht, die Hinzuziehung eines weiteren, unabhängigen Arztes und die medizinisch sorgfältige Ausführung des Sterbehilfeaktes“.⁹³ Noch im selben Jahr kam es zu einem Fall von Sterbehilfe, der vor dem Obersten Gerichtshof in den Niederlanden landete. In seinem Urteil verkündete der Gerichtshof, dass die praktizierte Sterbehilfe den geltenden Gesetzen nicht entspreche. Er stellte jedoch fest, dass es sich in diesem Fall um einen gesetzlich gedeckten Notstand handelte. In weiterer Folge gründete die Regierung die staatliche Sterbehilfekommission *Staatscommissie Euthanasie* und beauftragte diese, ein Gutachten zu erstellen, dass die Voraussetzungen für eine mögliche Gesetzgebung festhalten sollte. Der Kommissionsbericht wurde 1985 veröffentlicht, allerdings kam es neuerlich zu keiner Gesetzgebung.⁹⁴

Ein Jahr später wiederholte der Oberste Gerichtshof in seinem Urteil, dass die Sterbehilfe unter den KNMG-Richtlinien toleriert werden könne. Damit existierte jedoch ein Widerspruch, da Sterbehilfe rechtlich gesehen weiterhin gesetzlich verboten war. Diese ungewisse Situation dauerte bis Anfang der 1990er Jahre an.⁹⁵ Durch die stetig ansteigende positive Einstellung der öffentlichen Meinung zur Sterbehilfe geriet die Regierung unter Zugzwang.⁹⁶ Sie setzte 1990 eine Kommission ein (benannt nach dem Generalstaatsanwalt am Obersten Gerichtshof Jan Remmelink) und beauftragte sie einen ausführlichen Bericht über alle Aspekte der Sterbehilfe-Praxis zu erarbeiten.⁹⁷ Als Grundlage dienten vor allem Forschungsergebnisse der Erasmus-Universität in Rotterdam. Dabei wurden 405 ÄrztInnen interviewt und retrospektive Untersuchungen

⁹¹ vgl. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 114.

⁹² vgl. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 114f.

⁹³ Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 115.

⁹⁴ vgl. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 115.

⁹⁵ vgl. Kimsma, Leeuwen, *Dutch Euthanasia*, 22.

⁹⁶ vgl. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 115f.

⁹⁷ vgl. Benzenhöfer, *Der gute Tod?*, 169.

aller Todesfälle der letzten vier Monaten durchgeführt. 406 ÄrztInnen mussten prospektiv Listen zu medizinischen Aspekten künftiger Todesfälle ausfüllen. Die Ergebnisse der Untersuchung ergaben, dass das Ausmaß der Sterbehilfefälle relativ gering war. Nur bei 1,8% aller Todesfälle in den Niederlanden wurde aktive Sterbehilfe durchgeführt, alle ausnahmslos unter Beachtung der KNMG-Richtlinien. 0,3 % der Todesfälle erfolgten durch den assistierenden Suizid, 17,5% fielen in die Kategorie der indirekten Sterbehilfe, die Fälle der passiven Sterbehilfe beliefen sich ebenfalls auf 17,5%.⁹⁸ Trotz der Veröffentlichung der Ergebnisse der Rummelink-Kommission, veränderte sich die strafrechtliche Ausgangslage nicht, allerdings wurden die gesetzlichen Regelungen der Modalitäten nach Eintritt des Todes 1994 geändert. Dies bedeutete, dass – bei Einhaltung der KNMG-Richtlinien und der Meldung des Falles an die zuständige Behörde – ÄrztInnen keine strafrechtlichen Konsequenzen fürchten mussten. Nachdem die ÄrztInnen Sterbehilfe geleistet hatten, mussten sie umgehend den Leichenbestatter ihrer Gemeinde informieren. Dieser war verpflichtet, eine Leichenschau durchzuführen und die Staatsanwaltschaft davon in Kenntnis zu setzen.⁹⁹ Dort wurde entschieden, ob eine Obduktion bzw. eine polizeiliche Untersuchung durchzuführen sei. Wenn dies nicht der Fall war, konnte der Leichnam beerdigt werden. Wenn jedoch ein Obduktionsverfahren verfügt wurde, dann entschied die Staatsanwaltschaft, ob bei Gericht ein Strafverfahren beantragt werden solle. In diesem Fall wurde die Ärztin oder der Arzt angewiesen, ein detailliertes Protokoll anzufertigen, in dem Krankheit, Behandlung, Prognose usw. angegeben werden mussten, das über weitere gerichtliche Schritte – wenn überhaupt – entschied.¹⁰⁰ Somit herrschte in den Niederlanden jahrelang eine gesetzliche Grauzone, in der Sterbehilfe zwar verboten war, aber dennoch praktiziert und geduldet wurde.¹⁰¹ 2001 wurde die *Van der Wal et al.* - Studie durchgeführt, in der 3.500 aktive Sterbehilfefälle und 300 Fälle assistierenden Suizids untersucht wurden. Es zeigte sich, dass nur wenige PatientInnen und ÄrztInnen den assistierenden Suizid anwandten. Sie befürchteten, dass es bei fortgeschrittener Krankheit zu Komplikationen bei der Einnahme der todbringenden Medikamente kommen könnte. Die *Van der Wal et al.* – Studie wurde mit einer anderen Untersuchung aus dem Jahr 1995/1996 verglichen mit

⁹⁸ vgl. *Kimsma, Leeuwen*, Dutch Euthanasia, 26.

⁹⁹ vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 116.

¹⁰⁰ vgl. *Kimsma, Leeuwen*, Dutch Euthanasia, 29.

¹⁰¹ vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 117.

dem Ergebnis, dass die Anzahl der Sterbehilfe-Fälle nur um 2% gestiegen waren.¹⁰² Nach jahrelanger Duldungspolitik in den Niederlanden kam es am 1. April 2002 schließlich zum Gesetz der „Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*)“¹⁰³. Die Legalisierung aller Arten der Sterbehilfe sollte eine Erleichterung für PatientInnen und ÄrztInnen bringen und für Rechtssicherheit sorgen.¹⁰⁴ Im Allgemeinen hatte sich in der Vorgehensweise nicht viel geändert, sondern es wurde eine über die Jahre andauernde Praxis legalisiert. Nun mussten ÄrztInnen sich nicht mehr vor rechtlichen Konsequenzen fürchten, wenn sie Sterbehilfe leisteten. Außerdem wurde sichergestellt, dass alle Fälle beim Leichenbestatter gemeldet wurden, was für mehr Transparenz und Kontrolle sorgen sollte.¹⁰⁵

Katharina Woellert und Heinz-Peter Schmiedebach führten in ihrem Werk „Sterbehilfe“ (2008) die Kriterien an, welche die PatientInnen erfüllen müssen, damit sie die Sterbehilfe (egal in welcher Form) in den Niederlanden in Anspruch nehmen können:

- „Der Zustand des Patienten ist aussichtslos und das Leiden ist unerträglich.
- Der Patient muss seinen Sterbewunsch entsprechend den Vorgaben des Informed Consent¹⁰⁶ [...] formulieren.
- Der Patient muss über Alternativen (z. B. Palliativpflege) aufgeklärt worden sein.
- Der Sterbewunsch kann auch im Vorfeld in Form einer Patientenverfügung geäußert werden.
- Aktive Sterbehilfe darf nach Einwilligung der Eltern auch an Minderjährigen praktiziert werden; bei Jugendlichen über 16 Jahre ist deren Einwilligung nicht erforderlich, aber sie sollen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.
- Ein zweiter Arzt muss den Zustand des Patienten und den Entscheidungsprozess begutachten.
- Die Lebensbeendigung muss mit aller medizinischen Sorgfalt durchgeführt werden.

¹⁰² vgl. Michael Lindemann, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und Ärztlich Assistiertem Suizid in den Niederlanden. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 117, H.1 (2005) 214.

¹⁰³ Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 117.

¹⁰⁴ vgl. Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 117.

¹⁰⁵ vgl. Katharina Khorrami, Die „Euthanasie-Gesetze“ im Vergleich. Eine Darstellung der aktuellen Rechtslage in den Niederlanden und in Belgien. In: MedR – Medizinrecht 21, H.7 (2003) 22.

¹⁰⁶ Informierte Zustimmung zu einer medizinischen Entscheidung

- Die Fälle aktiver Sterbehilfe müssen – im Nachhinein – einer übergeordneten Ethikkommission gemeldet werden.
- Der Bericht des Pathologen muss zusätzlich auch an die Staatsanwaltschaft gehen.
- Zur aktiven Sterbehilfe und zur Beihilfe zur Selbsttötung sind nur niederländische Staatsbürger zugelassen.¹⁰⁷

Problematisch sind bis heute jene Fälle, in denen keine gültige PatientInnenverfügung vorliegt oder in denen PatientInnen aktive Sterbehilfe verlangen, da sie an somatischen oder psychischen Krankheiten leiden und eine Behandlung ablehnen, weil sie ihr nicht vertrauen.¹⁰⁸

4.3 Weitere Entwicklungen in Europa

Die Niederlande waren das erste Land in Europa, das die aktive Sterbehilfe legalisierte, jedoch folgte Belgien schon bald mit einer ähnlichen Gesetzgebung. Am 16. Mai 2002 wurden hier die aktive Sterbehilfe und der assistierende Suizid als Gesetz beschlossen.¹⁰⁹ Die belgische Gesetzgebung ist jedoch nicht ident mit dem niederländischen Sterbehilfegesetz. ÄrztInnen müssen in Belgien die Patientin oder den Patienten vollständig über palliative Alternativen aufklären und mit Angehörigen und/oder dem Pflegepersonal in Kontakt stehen, um über den Sterbewunsch der Patientin oder des Patienten zu kommunizieren.¹¹⁰ Belgien ist das erste europäische Land, das auch Personen mit psychischen Krankheiten die Sterbehilfe gewährt.¹¹¹ Die Entwicklungen in Bezug zur Sterbehilfe in den Niederlanden und Belgien hatten auch Auswirkungen auf Luxemburg. Das Gesetz „über Euthanasie und Suizidassistenz (*Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*)“¹¹² trat am 17. März 2009 in Kraft. Somit zählen die Beneluxstaaten bis dato zu den einzigen Ländern in Europa, welche die aktive Sterbehilfe zulassen.¹¹³

¹⁰⁷ Woellert, Schmiedebach, Sterbehilfe, 34.

¹⁰⁸ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 173.

¹⁰⁹ vgl. Khorrami, Die „Euthanasie-Gesetze“ im Vergleich, 22.

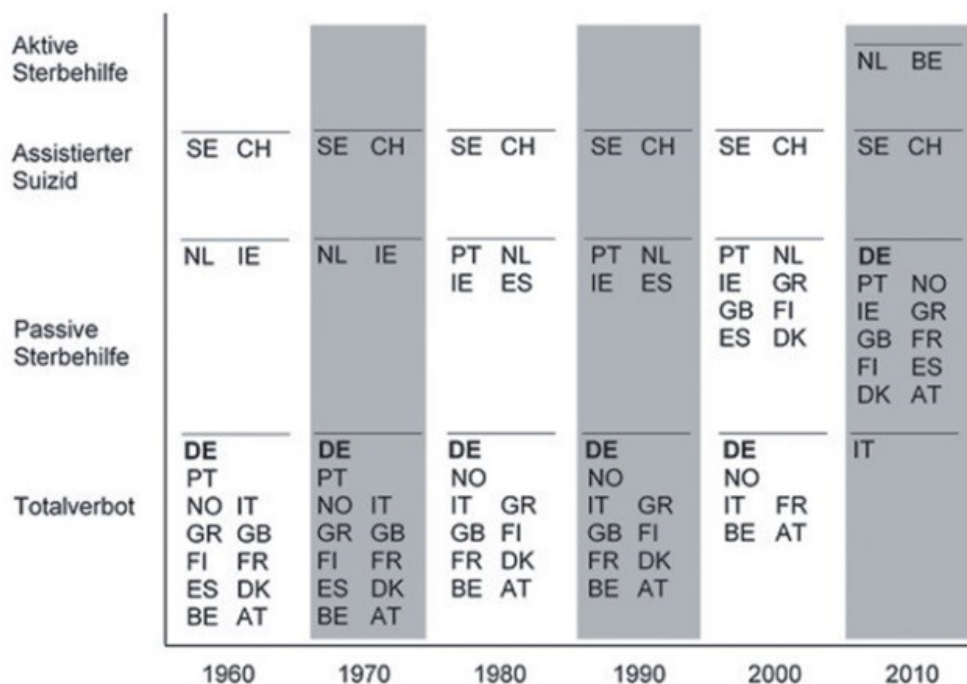
¹¹⁰ vgl. Khorrami, Die „Euthanasie-Gesetze“ im Vergleich, 24.

¹¹¹ vgl. Lothar Knopp, Aktive Sterbehilfe – Europäische Entwicklungen und „Selbstbestimmungsrecht“ des Patienten aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: Medizinrecht 21, H.7 (2003) 382.

¹¹² Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 144.

¹¹³ vgl. Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 144.

Europäischer Regulierungstrend (1960-2010)¹¹⁴



Diese Tabelle zeigt einen Trend in Europa, Sterbehilfe allmählich zu legalisieren. Ein eindeutiger Wandel lässt sich in der Form der passiven Sterbehilfe erkennen, da viele Staaten immer häufiger von einem Totalverbot absehen. Die Tendenz zu einer Legalisierung zum assistierenden Suizid bleibt unverändert. Die Benelux-Länder bilden eine Ausnahme, sie haben den Wandel von einem Totalverbot (bzw. nur der Erlaubnis der passiven Sterbehilfe in den Niederlanden) zu einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe geschafft.

Die Niederlande und die Republik Irland hatten schon vor 1960 das Recht auf passive Sterbehilfe gesetzlich verankert, da diese unter PatientInnenautonomie in der nationalen Verfassung fiel. In der Schweiz ist der assistierende Suizid nur dann straffrei, wenn er nicht mit wirtschaftlichen Interessen verbunden ist.¹¹⁵

In der oben angeführten Tabelle, die aus dem Jahr 2016 stammt, scheint ein Sterbehilfe-Totalverbot in Italien auf. Bis heute ist Italien stark von der römisch-katholischen Kirche geprägt, die Legalisierung der Sterbehilfe war daher schwierig.¹¹⁶ Passive Sterbehilfe wurde beispielsweise erst 2017 legal. Dies änderte sich durch das Verfassungsgerichtsurteil im Fall des Marco Cappato. Ausgelöst hatte dieses Urteil der

¹¹⁴ Aus: *Preidel*, Sterbehilfepolitik in Deutschland, 10.

¹¹⁵ vgl. *Preidel*, Sterbehilfepolitik in Deutschland, 10.

¹¹⁶ vgl. John Griffiths, Heleen Weyers, Maurice Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (Oxford 2008) 422f.

Mailänder Musiker Fabio Antoniani. Nach einem Autounfall litt er an einer Tetraplegie und beendete sein Leben 2017 in der Schweiz. Der Sterbehilfeaktivist Marco Cappato begleitete ihn dabei und zeigte sich daraufhin selbst in Italien an. Sein Fall kam vor das Geschworenengericht in Mailand, welches diesen an das Verfassungsgericht weiterleitete.¹¹⁷ Am 25. September 2019 kam es dann am italienischen Verfassungsgericht zu einem richtungsweisenden Urteil. Das Gericht entschied, dass der assistierende Suizid straffrei sei, wenn „ein Kranker die Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, frei getroffen habe und unter einer unheilbaren Krankheit leide, die für ihn unerträgliche Leiden bedeute“. Damit erklärte es den assistierenden Suizid in beschränkten Fällen als straffrei und forderte gesetzliche Regelungen.¹¹⁸ Zwar hatte das Verfassungsgericht entschieden, dass diese Form der Sterbehilfe in den genannten Fällen im Grundgesetz verankert sei, jedoch müsse die italienische Regierung Ausführungsbestimmungen beschließen, was bis dato ausgeblieben ist.¹¹⁹ Laut Art. 579 und 580 der italienischen Strafgesetzgebung kann aktive Sterbehilfe mit sechs bis fünfzehn Jahren Gefängnis bestraft werden, assistierender Suizid mit fünf bis zwölf Jahren. Auch der italienische Kodex für ärztliche Ethik besagt in Art. 3 und 5, dass es das primäre Ziel der ÄrztInnen sei Leben zu schützen, und verbietet Behandlungen, die zum Tod führen.¹²⁰

In Österreich ist hier die passive Sterbehilfe erlaubt, wenn sie auf der Grundlage einer gültigen PatientInnenverfügung erfolgt. Wie diese Gültigkeit erlangt wird, ist gesetzlich geregelt. In dieser Verfügung entscheidet die Patientin oder der Patient, welche lebenserhaltenden Maßnahmen er bzw. sie zulassen möchte (z.B. Dialyse, Organersatz, künstliche Beatmung etc.) und welche nicht.¹²¹ Eine PatientInnenverfügung kann seit 1. Juni 2006 in Österreich erstellt werden. Die Einführung wurde stark kritisiert, da es zuvor kaum öffentliche Diskussionen zu diesem Thema gab.¹²² Im Mai 2019 wurde ein

¹¹⁷ vgl. Sterbehilfe ist in Italien kein Tabu mehr. In: Neue Zürcher Zeitung, 26.09.2019, online unter <<https://www.nzz.ch/international/sterbehilfe-ist-in-italien-kein-tabu-mehr-ld.1511632>> (02.02.2020).

¹¹⁸ Italiens Verfassungsgericht erklärt Sterbehilfe in Ausnahmen straffrei. In: Neue Zürcher Zeitung, 26.09.2019, online unter <<https://www.nzz.ch/international/italien-erklart-sterbehilfe-in-ausnahmen-straftfrei-ld.1511415>> (02.02.2020).

¹¹⁹ vgl. Sterbehilfe ist in Italien kein Tabu mehr.

¹²⁰ vgl. *Griffiths, Weyers, Adams*, Euthanasia and Law in Europe, 415.

¹²¹ vgl. Ulrich H.J. *Körtner*, Christian *Kopetzki*, Maria *Kletecka-Pulker* (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 1, Wien 2007) 7.

¹²² vgl. *Körtner, Kopetzki, Kletecka-Pulker* (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz, 46.

Antrag an den österreichischen Verfassungsgerichtshof von der Österreichischen Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) gestellt, um das strenge Sterbehilfeverbot aufzuheben. Dies soll im Juni 2020 behandelt werden.¹²³ Wie in vielen anderen europäischen Staaten auch, können Personen, die einen assistierenden Suizid wollen, sich derzeit als einzige Alternative an eine Schweizer Sterbehilfeorganisation wenden, was oft eine große finanzielle Belastung bedeutet.¹²⁴

Europaweit gesehen haben die Niederlande die höchste aktive Sterbehilferate, Schweiz jene mit dem assistierenden Suizid. Dies ist nicht verwunderlich, da Niederlande eine liberale Gesetzgebung in Bezug auf Sterbehilfe hat und die Schweiz assistierenden Suizid auch für nicht Schweizer StaatsbürgerInnen garantiert.¹²⁵ Je mehr die allgemeine Diskussion über Sterbehilfe in Europa zunimmt – besonders im Hinblick auf den Verlauf in den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und der Schweiz – gewinnt gegenwärtig auch der ökonomische Aspekt an Bedeutung. Mit dem medizinisch-technischen Fortschritt steigt der Bedarf an ärztlichem Personal, Krankenhausplätzen, Pflegekräften etc. Dadurch werden die Sozialsysteme der einzelnen Nationalstaaten in Zukunft immer größeren Belastungen ausgesetzt. Es besteht die Gefahr, dass mit der Legalisierung der Sterbehilfe eine Möglichkeit geschaffen wird, diese Belastungen zu reduzieren. Eine solche Kritik wird vor allem vonseiten der Sterbehilfe-GegnerInnen angeführt, sie befürchten die Kommerzialisierung der Sterbehilfe.¹²⁶

Die intensive öffentliche Auseinandersetzung mit der Thematik führte zu einer zunehmenden Enttabuisierung der Sterbehilfe.¹²⁷ Am Beispiel Deutschlands ist erkenntlich, dass Sterbehilfe von immer mehr Menschen akzeptiert und befürwortet wird. Bestimmend hierfür ist die Forderung nach Autonomie, nach Selbstbestimmung, die bis zum Lebensende erhalten bleiben soll.¹²⁸ Allerdings werden die schrecklichen Ereignisse des Nationalsozialismus auch heute immer wieder in die Diskussion um die Sterbehilfe eingebracht.

¹²³ vgl. Verfassungsgericht öffnet Tür für Sterbehilfe. In: Wiener Zeitung, 26.02.2020, online unter <<https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/europa/2051976-Verfassungsgericht-oeffnet-Tuer-fuer-Sterbehilfe.html>> (27.02.2020).

¹²⁴ vgl. Christian Rath, Gute Arbeit soll bezahlt werden. Dignitas-Chef übers Sterben. In: taz, 16.08.2012, online unter <<https://taz.de/Dignitas-Chef-uebers-Sterben/!5086327/>> (29.11.2019).

¹²⁵ vgl. Griffiths, Weyers, Adams, Euthanasia and Law in Europe, 493.

¹²⁶ vgl. Preidel, Sterbehilfepolitik in Deutschland, 7f.

¹²⁷ vgl. Woellert, Schmiedebach, Sterbehilfe, 69f.

¹²⁸ vgl. Woellert, Schmiedebach, Sterbehilfe, 70.

Insgesamt gewinnt ein würdevoller Sterbeprozess immer mehr an gesellschaftlicher Bedeutung, wobei die meisten europäischen Staaten ihren Fokus auf Hospizarbeit und Palliativmedizin legen.¹²⁹ In der Palliativmedizin steht im Fokus Leiden zu vermindern und seelischen Beistand zu leisten.¹³⁰ Palliative Stationen in Krankenhäusern werden immer mehr zum Trend.¹³¹ Dadurch sehen die meisten europäischen Staaten keine Notwendigkeit, gesetzliche Regelungen zur Einführung der Sterbehilfe zu veranlassen.

¹²⁹ vgl. *Woellert, Schmiedebach*, Sterbehilfe, 16.

¹³⁰ vgl. Gerhard *Pott*, Durk *Meijer*, Sterbebegleitung in Europa. Am Beispiel Deutschlands und der Niederlande mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik (Stuttgart 2015) 3.

¹³¹ vgl. *Pott, Meijer*, Sterbebegleitung in Europa, 6.

5. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR), der seinen Sitz in Straßburg hat, wurde 1959 gegründet. Sein primäres Ziel als ständig tagendes Gericht ist die Kontrolle der Einhaltung der von den 47 Mitgliedstaaten des Europarates unterzeichneten Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). Individuen, Gruppen von Einzelpersonen und Nichtregierungsorganisationen können gegen eine Nichteinhaltung der Konvention klagen. Ebenso können Vertragsstaaten gegenseitig einen Antrag auf Verletzung der EMRK stellen.¹³²

Die RichterInnen des EGMR entscheiden ausschließlich auf der Grundlage der EMRK. Sie werden von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates aus einer Auswahlliste der Staaten gewählt. Die Entscheidungen des EGMR werden von RichterInnen getroffen, die als Plenum aller RichterInnen, als Ausschuss von drei RichterInnen, als Kammer von sieben RichterInnen oder - in seltenen Fällen - als Große Kammer von siebzehn RichterInnen tagen. Alle AntragsstellerInnen können nach einem gefällten Urteil der Kammer, eine Entscheidung der Großen Kammer beantragen. In diesem Fall wird die Angelegenheit neu angehört und geprüft.¹³³ In der Regel erfolgen die Verhandlungen nicht öffentlich und die Urteile ergehen in schriftlicher Form. Nur in wenigen Fällen kommt es zu öffentlichen Anhörungen.¹³⁴ Der EGMR agiert immer nach dem Subsidiaritätsprinzip, auch wenn das in den EMRK nicht ausschließlich verankert ist.¹³⁵ Das bedeutet, dass er nur dann angerufen werden kann, wenn der nationale Rechtsweg in allen Instanzen beschritten worden ist und keine zufriedenstellende Entscheidung zustande kam.¹³⁶

Wenn ein Urteil gefällt wurde, dann ist dieses rechtsbindend und der Mitgliedstaat muss daraufhin Maßnahmen setzen, dass sich weitere Rechtsverletzungen nicht mehr wiederholen.¹³⁷ Die in der EMRK sehr allgemein gehaltenen Formulierungen der Rechte und Pflichten bedürfen immer wieder der Interpretation durch den EGMR im Hinblick

¹³² vgl. European Court of Human Rights. In: Peter Cane, Joanne Conaghan (Hg.), *The New Oxford Companion to Law* (Oxford 2009).

¹³³ vgl. European Court of Human Rights.

¹³⁴ vgl. Arthur Brunner, Subsidiaritätsgrundsatz und Tatsachenfeststellung unter der Europäischen Menschenrechtskonvention: Analyse der Rechtsprechung zu Art. 3 EMRK (Beiträge zum ausländischen öffentlichen Recht und Völkerrecht 283, Berlin/Heidelberg 2019) 78.

¹³⁵ vgl. Brunner, Subsidiaritätsgrundsatz und Tatsachenfeststellung, 62.

¹³⁶ vgl. Brunner, Subsidiaritätsgrundsatz und Tatsachenfeststellung, 2.

¹³⁷ vgl. European Court of Human Rights.

auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen in Europa. Dies betrifft Bereiche wie z.B. gleichgeschlechtliche Ehe, Umweltschutz und – vor allem auch – die Auswirkungen und nötigen gesetzlichen Regelungen von neuen Technologien. Auch die Thematik der Sterbehilfe bedarf einer sehr differenzierten Beurteilung.¹³⁸

Seit Inkrafttreten der EMRK 1953 stieg die Zahl der Staaten, die sie ratifizierten, kontinuierlich an. Unter anderem durch die mediale Verbreitung wurde die EMRK allgemein bekannt und die Zahl der Beschwerden stieg rapide an. Damit gelangte die bestehende Struktur des EGMR an ihre Grenzen. Mit immer stärker steigender Arbeitslast des Gerichtshofes durch den gewaltigen Andrang der Beschwerden verlängerte sich die Verfahrensdauer z.B. 1993 auf durchschnittlich fünf Jahre und acht Monate.¹³⁹ In Folge der politischen Wende in Mittel- und Osteuropa“ im Jahr 1990 wurde der EGMR vor weitere große Herausforderungen gestellt.¹⁴⁰ Umfasste der Mitgliederstand des Europarates Anfang der 1990er Jahre noch 22 Mitgliedstaaten, hatte sich dieser in den folgenden Jahren mehr als verdoppelt.¹⁴¹ Die Arbeitsweise des EGMR entsprach zu diesem Zeitpunkt in keiner Weise der hohen Anzahl von Mitgliedstaaten und Beschwerden, unter anderem deswegen, weil er nicht ständig, sondern nur anlassbezogen tagte. Um einen wirksamen Schutz durch die EMRK zu gewährleisten, war es daher erforderlich, die Struktur des EGMR zu erweitern.¹⁴² Im Verhältnis des EGMR zu nationalen Gerichtsbarkeiten gab es einige Problemzonen, die ebenfalls einer Reform bedurften. So konnten beschwerdeführende Personen erst dann den EGMR anrufen, wenn die nationalen Gerichtsbarkeiten ihre Zustimmung erteilten.¹⁴³ Es wurden diverse Modelle diskutiert und in Zusatzprotokollen festgelegt, die eine Verbesserung des

¹³⁸ *European Court of Human Rights*, Film über den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, 03.01.2017, online unter <https://www.youtube.com/watch?v=czs-35tdB-U&list=PLR32LhhJMjQ4cJNjveljVl_WkhioZOPV5&index=2&t=195s> (20.06.2019) 00:08:20-00:09:29.

¹³⁹ vgl. Ingrid Siess-Scherz, Das neue Rechtsschutzsystem nach dem Protokoll Nr.11 zur EMRK über die Umgestaltung des durch die Konvention eingeführten Kontrollmechanismus. In: Christoph Grabenwarter, Rudolf Thienel (Hg.), Kontinuität und Wandel der EMRK – Studien zur Europäischen Menschenrechtskonvention (Kehl/Straßburg 1998) 9.

¹⁴⁰ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 36.

¹⁴¹ vgl. Christopher P. Schmidt, Grund- und Menschenrechte in Europa. Das neue System des Grund- und Menschenrechtsschutzes in der Europäischen Union nach dem Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon und dem Beitritt der Union zur EMRK (Ius Europaeum 56, Baden-Baden 2013) 38.

¹⁴² vgl. *Council of Europe*, Protocol No. 11 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, restructuring the control machinery established thereby, online unter <www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/155> (18.11.2019).

¹⁴³ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 42.

Rechtsschutzes ermöglichen sollten.¹⁴⁴ Zunächst wurde an die Einführung eines *two-tier-system* gedacht, dass zwei Instanzenzüge vorsieht. Die erste Instanz sollte in diesem Modell die EKMR sein und als Filterfunktion für Anträge dienen. Der EGMR sollte dann als zweite Instanz fungieren. Diese Idee wies aber den Nachteil auf, dass die ohnehin schon lang andauernden Gerichtsverfahren durch zwei Instanzen noch mehr in die Länge gezogen werden würden.¹⁴⁵ Als Alternative dazu trat die Idee in den Vordergrund, die EKMR abzuschaffen und ihre Funktion einem wesentlich erweiterten EGMR einzuverleiben. Auf diese Weise sollten die beiden Organe zu einem *single-court* fusioniert werden.¹⁴⁶ Nach langjährigen Diskussionen über die Vor- und Nachteile der verschiedenen Modelle kam es letztendlich zur Entscheidung für das Fusionsmodell, das vorsah, die Kommission und den Gerichtshof zusammenzuführen.¹⁴⁷

Mit der EMRK von 1950 lag es im Ermessen des Staates, ob eine Individualbeschwerde vor dem EGMR angehört wurde oder nicht. Diese Fakultativklärung war das Ergebnis eines Kompromisses, der bei der Schaffung der EMRK geschlossen worden war. Besonders Großbritannien befürchtete, dass die Individualbeschwerde zu Propagandazwecken gegen demokratische Staaten genützt werden könnte. Dadurch war die Position der Beschwerdeführerin oder des Beschwerdeführers geschwächt, da diese oder dieser keinen direkten Zugang zum EGMR hatte. Daraus resultierte, dass die Beschwerde einer Einzelperson gegen den eigenen Staat unterblieb.¹⁴⁸ Erste Änderungen kamen zunächst mit dem 9. Zusatzprotokoll vom 6. November 1990. Nun war es der jeweiligen Person möglich, ihre Rechte selbst vor dem EGMR zu vertreten, jedoch blieb die Zulässigkeitsentscheidung weiterhin auf der nationalen Ebene.¹⁴⁹

Das 11. Zusatzprotokoll wurde am 11. Mai 1994 unterzeichnet und trat am 1. November 1998 in Kraft.¹⁵⁰ Mit dem 11. Zusatzprotokoll lautet Art.34 der EMRK nun:

„Der Gerichtshof kann von jeder natürlichen Person, nichtstaatlichen Organisation oder Personengruppe, die behauptet, durch eine der Hohen Vertragsparteien in einem der in dieser Konvention oder den Protokollen dazu anerkannten Rechte verletzt zu

¹⁴⁴ vgl. Irene Karper, Reformen des Europäischen Gerichts- und Rechtsschutzsystem (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik der Universität Bremen 59, Bremen ²2011) 198.

¹⁴⁵ vgl. Karper, Reformen des Europäischen Gerichts- und Rechtsschutzsystem, 201.

¹⁴⁶ vgl. Karper, Reformen des Europäischen Gerichts- und Rechtsschutzsystem, 199f.

¹⁴⁷ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 44.

¹⁴⁸ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 40.

¹⁴⁹ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 40.

¹⁵⁰ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 41-43.

sein, mit einer Beschwerde befasst werden. Die Hohen Vertragsparteien verpflichten sich, die wirksame Ausübung dieses Rechts nicht zu behindern.“¹⁵¹

Seit der Einführung des 11. Zusatzprotokolls unterscheidet der EGMR also zwischen Individual- und Staatsbeschwerde. Mit dieser Erneuerung wurde ein Individualbeschwerderecht gewährt. Dadurch konnte immer mehr die Idealvorstellung eines Individualrechtsschutzes umgesetzt werden.¹⁵²

Das 11. Zusatzprotokoll gewährleistete nun, dass BeschwerdeführerInnen auch im Bereich Sterbehilfe den EGMR selbst anrufen konnten. Vier Jahre nach Inkrafttreten des 11. Zusatzprotokolls kam es zur ersten Anrufung. Es handelte sich um den Fall *Diane Pretty gegen das Vereinigte Königreich Großbritannien*. Er wurde zum Ausgangspunkt für weitere Verhandlungen und Urteile über die Sterbehilfe in nationalen und europäischen Prozessen.

¹⁵¹ *European Court of Human Rights, Council of Human Rights*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, online unter <https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_DEU.pdf> (18.11.2019) 21.

¹⁵² vgl. Stefan *Gilch*, Die Reform der Europäischen Menschenrechtskonvention unter besonderer Berücksichtigung des 14. Zusatzprotokolls (ungedr. Diss. Universität Innsbruck 2008) 43; *Karper*, Reformen des Europäischen Gerichts- und Rechtsschutzsystem, 201.

6. Urteile des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) zur Sterbehilfe

Die Grund- und Menschenrechte entwickelten sich in Europa auf verschiedenen Ebenen. Einerseits aufgrund der diversen nationalen Grundrechtskataloge, andererseits auch auf der Grundlage der Menschenrechtsverbürgungen der Europäischen Union sowie auf der völkerrechtlichen Ebene des Europarates.¹⁵³ Mit der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) entstand einer der bedeutendsten völkerrechtlichen Übereinkünfte. Deren Einhaltung gewährleistet ein engmaschiges System von Kontrollmechanismen, in letzter Instanz durch den EGMR. Die Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten war die Antwort auf die furchtbaren, schreckenerregenden Erfahrungen des Zweiten Weltkriegs, mit der Absicht eine Wiederkehr zu unterbinden und den Frieden in Europa zu bewahren.¹⁵⁴ Die ersten Ideen zur Schaffung eines allgemeinen Menschenrechtskatalogs entstanden während des Haager Europa-Kongresses 1948. 1949/50 erfolgte relativ kurzfristig die Ausarbeitung der EMRK mit der Implementierung diverser Kontrollmechanismen. Ratifiziert wurde diese am 4. November 1950 durch die zehn Mitgliedstaaten des Europarates, sie trat am 3. September 1953 in Kraft.¹⁵⁵ Die EMRK ist in englischer und französischer Sprache abgefasst. Aktuell haben sie 47 Mitgliedstaaten des Europarates unterzeichnet¹⁵⁶ und sich damit verpflichtet, die Grundrechte und Grundfreiheiten von Millionen von Menschen zu schützen.¹⁵⁷

Wie oben erwähnt, muss sich der EGMR immer den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen anpassen, da die EMRK sehr allgemein gehalten sind. Mit der Entwicklung der Sterbehilfe und deren fortschreitenden Liberalisierung stellte sich immer häufiger die Frage: Gibt es ein (Menschen-)Recht auf Sterbehilfe? Im Jahr 2002 erreichte diese Frage erstmals den EGMR mit dem Fall *Pretty* gegen das Vereinigte Königreich.

¹⁵³ vgl. *Schmidt*, Grund- und Menschenrechte, 35.

¹⁵⁴ vgl. *Schmidt*, Grund- und Menschenrechte, 37.

¹⁵⁵ vgl. *Schmidt*, Grund- und Menschenrechte, 37f.

¹⁵⁶ vgl. *Council of Europe*, Chart of signatures and ratifications of Treaty 005, online unter www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/005/signatures?p_auth=pHWlqipN (08.03.2019).

¹⁵⁷ vgl. *Schmidt*, Grund- und Menschenrechte, 37.

6.1 Pretty gegen Vereinigtes Königreich (2002)

6.1.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Diane Pretty war 2002, zum Zeitpunkt der Verhandlung vor dem EGMR, 43 Jahre alt und verheiratet. Sie lebte mit ihrem Ehemann, ihren Töchtern und einer Enkeltochter zusammen. Diane litt an amyotrophischer Lateralsklerose (ALS), einer Erkrankung, die unheilbar fortschreitet und das zentrale Nervensystem zerstört, einhergehend mit einer zunehmenden Muskelschwäche. Diese schwächt die Arm- und Beinmuskulatur sowie die für die Atmung notwendigen Muskeln. Am Ende der Krankheit erfolgt ein qualvoller Tod durch Lungenentzündung und Atemstillstand. Diane Pretty war vom Kopf abwärts gelähmt, konnte sich nicht mehr verbal äußern und musste künstlich ernährt werden. Sie wusste, dass ihre Lebenserwartung nur noch sehr gering war und sah einem qualvollen Tod entgegen. Ihr war ferner bewusst, dass keine ärztliche Behandlung das Fortschreiten der Krankheit verhindern oder auch nur verzögern konnte. Ihr körperlicher Zustand hatte keinen negativen Einfluss auf ihren Intellekt und ihre Entscheidungsfähigkeit. Angesichts des bevorstehenden äußerst qualvollen und unwürdigen Verlaufs ihres Sterbens wollte Diane Pretty den Zeitpunkt und die Art und Weise, wie sie aus dem Leben scheidet, selbst bestimmen.¹⁵⁸

Aufgrund ihrer Krankheit war es Diane Pretty nicht möglich, sich ohne Assistenz das Leben zu nehmen, weshalb sie ihren Ehemann bat, ihr zu helfen. Dieser erklärte sich auch dazu bereit, den assistierenden Suizid an seiner Ehefrau durchzuführen. Wie er den Suizid durchführen wollte, war nicht bekannt. Da Beihilfe zum Selbstmord nach britischem Recht strafbar ist (*Suicide Act* 1961), stellte Diane Pretty im Juli 2001 beim *Director of Public Prosecutions (DPP)* einen Antrag auf Zusicherung von Straffreiheit für ihren Ehemann, wenn er ihr beim Suizid hilft. Der Generalstaatsanwalt verweigerte diese Zusicherung. Dagegen berief Pretty beim *Queen's Bench Divisional Court*. Dieses stellte fest, dass der *Director of Public Prosecutions* nicht die Kompetenz habe, Straffreiheit zuzusichern. Auch eine Berufung an das britische Oberhaus blieb ohne Erfolg. Daher wandte sich Diane Pretty an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte. Sie berief sich auf verschiedene Artikel der Europäischen Menschenrechtskonvention, die ihrer Meinung nach verletzt bzw. nicht beachtet worden seien.¹⁵⁹

¹⁵⁸ vgl. *European Court of Human Rights, CASE OF PRETTY v. THE UNITED KINGDOM*, 29.07.2002, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448>> (18.11.2019) 2f.

¹⁵⁹ vgl. *CASE OF PRETTY*, 4.

6.1.2 Die rechtliche Situation im Vereinigten Königreich bis zum Fall Pretty

In Großbritannien kam nach dem Ende des 2. Weltkrieges angesichts der Euthanasie-Verbrechen der deutschen Nationalsozialisten die Sterbehilfe-Debatte beinahe zum Stillstand. Erst 1950 wurde im Oberhaus ein Antrag auf Legalisierung der Euthanasie eingebracht, der von der britischen *Euthanasia Society* Unterstützung erhielt. Dieser Antrag löste umfangreiche öffentliche Debatten aus, woraufhin er wieder zurückgezogen wurde, denn es war kaum damit zu rechnen, dass er Zustimmung finden würde.¹⁶⁰ In den 1960er Jahren kam es zu vermehrten Berichten über eine „Übertherapie“ von PatientInnen, die kurz vor ihrem Tod stünden. *The Voluntary Euthanasia Society* (zuvor *Euthanasia Society*) reichte einen erneuten Antrag für einen Gesetzesentwurf am 6. März 1969 im Oberhaus ein. In ihm wurde vor allem die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gefordert, er wurde jedoch am 25. März 1969 abgelehnt. In den folgenden Jahrzehnten gelangte das Thema immer wieder auf die Tagesordnung des britischen Parlaments, ohne dass es zu einer Gesetzesänderung kam.¹⁶¹

Um die Legalisierung der Sterbehilfe in Großbritannien zu erreichen, muss vor allem der *Suicide Act* von 1961 geändert werden. Darin wird festgehalten, dass Selbstmord an sich keine Straftat ist, er verbietet allerdings jegliche Beihilfe durch andere Personen. Diese Bestimmung ist im *Suicide Act* unter *Section 2(1)* angegeben:¹⁶²

“A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.”¹⁶³

6.1.3 Verhandlung und Urteil des EGMR

Am 19. und 25. März 2002 befasste sich der EGMR (Kammer IV) zum ersten Mal seit seines Bestehens mit einem Fall, der Sterbehilfe zum Gegenstand hatte. Es handelte sich um die Beschwerdesache Pretty gegen das Vereinigte Königreich.¹⁶⁴ Bereits vorher war

¹⁶⁰ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 135.

¹⁶¹ vgl. Benzenhöfer, Der gute Tod?, 136.

¹⁶² vgl. Martin Curtice, Charlotte Field, Assisted suicide and human rights in the UK. In: The Psychiatrist 34, H. 5 (2010) 187.

¹⁶³ Curtice, Field, Assisted suicide and human rights in the UK, 187.

¹⁶⁴ vgl. CASE OF PRETTY, 1.

ein anderer Fall an den EGMR herangetragen (Sanles Sanles gegen Spanien, 26. Oktober 2000), jedoch nicht zugelassen worden.¹⁶⁵

Die Kammer IV des EGMR, die den Fall Pretty behandelte, bestand aus 7 RichterInnen: Sir Nicolas Bratza (Großbritannien), Elisabeth Palm (Schweden), Jerzy Makarczyk (Polen), Marc Fischbach (Luxemburg), Josep Casadevall (Andorra), Stanislav Pavlovski (Moldawien) und dem Präsidenten Matti Pellonpää (Finnland).¹⁶⁶ Als Vertreter der Regierung erschienen C. Whomersley mit den AnwältInnen J. Crow und D. Perry sowie den BeraterInnen A. Bacarese und R. Cox. Diane Pretty war mit ihrem Ehemann B. Pretty ebenfalls anwesend. Sie wurde von ihren AnwältInnen P. Havers, F. Morris und A. Gask vertreten¹⁶⁷ und bekam für ihren Rechtsweg Prozesskostenhilfe. Als dritte Partei beteiligten sich die *Voluntary Euthanasia Society (Dignity in Dying)* und die Katholische Bischofskonferenz von England und Wales.¹⁶⁸ Die Anhörung fand am 19. März 2002 im Menschenrechtsgebäude in Straßburg öffentlich statt. Diane Pretty vertrat die Ansicht, dass Großbritannien in ihrem Fall Art. 2, 3, 8, 9 und 14 der EMRK verletzt hätte.¹⁶⁹

6.1.3.1 Zur behaupteten Verletzung von Art. 2 EMRK: Recht auf Leben

„1. Das Recht jedes Menschen auf Leben wird gesetzlich geschützt. Niemand darf absichtlich getötet werden, außer durch Vollstreckung eines Todesurteils, das ein Gericht wegen eines Verbrechens verhängt hat, für das die Todesstrafe gesetzlich vorgesehen ist.

2. Eine Tötung wird nicht als Verletzung dieses Artikels betrachtet, wenn sie durch eine Gewaltanwendung verursacht wird, die unbedingt erforderlich ist, um

(a) jemanden gegen rechtswidrige Gewalt zu verteidigen;

(b) jemanden rechtmäßig festzunehmen oder jemanden, dem die Freiheit rechtmäßig entzogen ist, an der Flucht zu hindern;

(c) einen Aufruhr oder Aufstand rechtmäßig niederzuschlagen.“¹⁷⁰

Die Antragsstellerin interpretierte den obigen Artikel so, dass dieser nicht nur das Recht auf Leben schütze, sondern auch implizit das Recht der freien Entscheidung enthalte,

¹⁶⁵ vgl. *European Court of Human Rights*, End of life and the European Convention on Human Rights, Mai 2019, online unter <https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf> (25.01.2020) 4.

¹⁶⁶ vgl. CASE OF PRETTY, 1.

¹⁶⁷ vgl. CASE OF PRETTY, 2.

¹⁶⁸ vgl. CASE OF PRETTY, 1.

¹⁶⁹ vgl. CASE OF PRETTY, 2.

¹⁷⁰ *European Court of Human Rights*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 6.

seinem Leben ein Ende zu setzen. Nicht das Leben selbst, nur das Recht auf Leben sei geschützt. Das Tötungsverbot schütze das Leben des Individuums vor Eingriffen Dritter, z.B. des Staates, aber nicht die Tötung des Individuums durch sich selbst. Der obige Artikel beinhalte also das Recht des Einzelnen auf Leben und das Recht, freiwillig aus dem Leben zu scheiden.¹⁷¹

Schon zu Beginn der Verhandlung stellte der EGMR fest, dass Artikel 2 die grundlegende Bestimmung dieses Falles sei, denn dieser behandelt die Frage, ob das Recht auf Leben auch gleichzeitig das Recht auf den Tod beinhalte.¹⁷² Im weiteren Verlauf des Gerichtsverfahrens und auch in späteren Diskussionen zeigte sich, dass Art. 8 der EMRK ebenfalls eine primäre Rolle in diesem Diskurs spielte. Dabei ging es um Selbstbestimmung und die Abgrenzung durch die Frage, wann ein Staat in das Privatleben einer Staatsbürgerin oder eines Staatsbürgers eingreifen darf. Durch den großen Interpretationsspielraum, den diese beiden Artikel zulassen, ist es somit nicht immer einfach, klare Entscheidungen zu treffen. Im Fall von Diane Pretty konnte mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ihr baldiges Ableben vorhergesagt werden. Dies wurde von allen sie behandelnden Ärztinnen und Ärzten bestätigt. In Art. 2 der EMRK ist das Recht auf Leben gesetzlich geschützt. Die Antragstellerin Diane Pretty argumentierte, dass der assistierende Suizid nicht im Konflikt mit diesem Artikel stehe, denn sonst würden andere Länder, in denen der assistierende Suizid legal ist (z.B. Schweiz), gegen ihn verstoßen. Dabei betonte sie, dass der Artikel nur das Recht auf Leben schützt und nicht das Leben an sich.¹⁷³ Diese Argumentation wird rechtswissenschaftlich unterstützt durch die Ansicht, dass jeder Mensch auf sein Leben verzichten kann, da es keine Pflicht zum Weiterleben gibt.¹⁷⁴ Damit zeigte sich der große Interpretations-Spielraum dieses Artikels. Im Laufe der Verhandlung stellte der Gerichtshof fest, dass unterschiedliche Interpretationen des Art. 2 der EMRK zulässig sind, allerdings nicht eine ihm diametral entgegengesetzte Auslegung, nämlich das Recht auf Sterben.¹⁷⁵

“The Court is not persuaded that “the right to life” guaranteed in Article 2 can be interpreted as involving a negative aspect. (...) The Court accordingly finds that no

¹⁷¹ vgl. CASE OF PRETTY, 4.

¹⁷² vgl. CASE OF PRETTY, 27.

¹⁷³ vgl. CASE OF PRETTY, 26.

¹⁷⁴ vgl. Ludwig A. Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. Wie antwortet darauf das Schweizer Recht? In: Aktuelle juristische Praxis 5 (2004) 492.

¹⁷⁵ vgl. CASE OF PRETTY, 28.

right to die, whether at the hands of a third person or with the assistance of a public authority, can be derived from Article 2 of the Convention.”¹⁷⁶

Mit dieser Interpretation formulierte der EGMR vor allem die staatliche Schutzpflicht für das Leben. Er stellte klar, dass dieses Recht auf Leben keine negative Interpretation zulässt, das Leben muss effektiv geschützt werden. Mit diesem Zusatz anerkannte der EGMR nur solche Maßnahmen der Sterbehilfe (aktive, passive, indirekte Sterbehilfe und assistierender Suizid), die durch nationale Gesetze erlaubt sind.¹⁷⁷

„Furthermore, the Court has held that the first sentence of Article 2 enjoins the State not only to refrain from the intentional and unlawful taking of life, but also to take appropriate steps to safeguard the lives of those within its jurisdiction.”¹⁷⁸

Die besondere Problematik im Falle von Diane Pretty ergab sich vor allem durch ihre Forderung für Straffreiheit ihres Ehemanns, wenn er ihr das todbringende Mittel verabreicht. Aus Art. 2 der EMRK könne nicht der Anspruch abgeleitet werden, Sterbehilfe ohne staatliche Intervention durchzuführen.¹⁷⁹

Die Vertreter der Regierung waren der Meinung, dass Pretty den in Betracht kommenden Art. 2 der EMRK nicht richtig interpretiert habe. Sie räumten allerdings ein, dass in ihrem Fall im Hinblick auf die EMRK positive Verpflichtungen des Staates entstünden, jedoch würden die negativen Verpflichtungen¹⁸⁰ insgesamt überwiegen. Dabei bezogen sie sich auf den Wortlaut des Art. 2 der EMRK, dass keiner Person absichtlich das Leben genommen werden darf.¹⁸¹

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte interpretierte den Art. 2 der EMRK in der Hinsicht, dass der Nationalstaat verpflichtet sei, das Leben seiner BürgerInnen und aller Individuen, die seiner Rechtsprechung unterworfen sind, zu schützen. Er müsse daher dementsprechende Strafgesetze erlassen und deren Exekution sicherstellen. Der EGMR konnte sich im Weiteren nicht der Auffassung der Beschwerdeführerin anschließen, dass aus der Formulierung des Art. 2 EMRK das Recht auf Selbsttötung

¹⁷⁶ CASE OF PRETTY, 27f.

¹⁷⁷ vgl. CASE OF PRETTY, 27.

¹⁷⁸ CASE OF PRETTY, 27.

¹⁷⁹ vgl. Nicola *Jacob*, Sterbehilfe unter der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). In: vorgänge 210/211, H.2-3 (2015) 80.

¹⁸⁰ Negative und positive Verpflichtungen (auch negatives und positives Recht) können aus einer Aktion (positiv) oder einer Untätigkeit (negativ) herausgehen. Positive Verpflichtung sind Rechte wie Recht auf Sicherheit, Gesundheit, Bildung, also Handlungen indem der Staat zu einem positiven Tun verpflichtet ist. Negative Verpflichtungen können beispielsweise eine unterlassene Handlung darstellen.

¹⁸¹ vgl. CASE OF PRETTY, 26.

geschlossen werden könne. Weder unerträgliches Leid, noch der Wille des geschützten Individuums stehen mit dem im Artikel 2 explizit bezeichneten Recht auf Leben in einem Zusammenhang. Aus ihm könne das Recht auf die Wahl zwischen Leben und Tod im Sinne einer individuellen Selbstbestimmung nicht abgeleitet werden. Auch das Recht auf eine Sterbeunterstützung durch Dritte oder durch Behörden sei in diesem Artikel nicht enthalten.¹⁸² Der EGMR stellte fest, dass Großbritannien Art. 2 der EMRK nicht verletzt habe.¹⁸³

6.1.3.2 Zur behaupteten Verletzung von Art. 3 EMRK: Verbot der Folter

„Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.“¹⁸⁴

Die Beschwerdeführerin war der Ansicht, dass das von ihr erwartete qualvolle Sterben eine „erniedrigende Behandlung“ im Sinne des obigen Artikels darstellt. Obwohl der Staat dafür nicht verantwortlich zu machen sei, hätte er die Verpflichtung, sie davor zu schützen, eine „erniedrigende Behandlung“ in Form ihres qualvollen Sterbens erleiden zu müssen. Dadurch, dass der Staat die Zusicherung von Straffreiheit für ihren Ehemann, auf dessen Hilfe sie angewiesen sei, verweigerte, würde er seine Schutzpflicht verletzen.¹⁸⁵ Hierbei kritisierte sie vor allem den *Suicide Act*, der eine generelle Beihilfe zum Suizid ohne Ausnahmen ausschließt. Individuelle Umstände wurden außer Acht gelassen.¹⁸⁶ Daraus würde resultieren, dass den Verpflichtungen des Staates nicht nachgegangen werde und somit der *Suicide Act* von 1961 die EMRK verletzen würde.¹⁸⁷ Die Vertreter der Regierung sahen aus drei Gründen keine Verletzung des Art. 3 der EMRK: Pretty wäre von keiner Privatperson gefoltert worden, der Staat hätte sie nicht erniedrigend oder unmenschlich behandelt und ihr keine medizinischen Therapien verwehrt. Sie waren weiters der Meinung, dass durch den 2. Abschnitt des *Suicide Act* die „Heiligkeit des Lebens“ geschützt werde. Dadurch, dass dieses Gesetz schon sorgfältig vom *House of Lords* geprüft worden war – unterstützt von einem Komitee für

¹⁸² vgl. CASE OF PRETTY, 5-8, 27f.

¹⁸³ vgl. CASE OF PRETTY, 28.

¹⁸⁴ *Europäischer Gerichtshof*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 6.

¹⁸⁵ vgl. CASE OF PRETTY, 8.

¹⁸⁶ vgl. CASE OF PRETTY, 30.

¹⁸⁷ vgl. CASE OF PRETTY, 8.

medizinische Ethik – sahen sie darin eine gültige Festlegung, dass das einvernehmliche Töten illegal sei.¹⁸⁸

Der EGMR konnte sich der Interpretation des Begriffs „erniedrigende Behandlung“ durch Diane Pretty nicht anschließen. Er zeigte zwar Verständnis dafür, die EMRK dynamisch und flexibel auszulegen, jedoch müssten die grundlegenden Absichten und Zusammenhänge berücksichtigt werden. Es könne daher im Einklang von Art. 2 und 3 der EMRK kein Individuum verlangen, dass der Staat den Tod einer Bürgerin / eines Bürgers zulässt oder erleichtert. Die Forderung der Beschwerdeführerin beinhalte nicht die Minderung von Leid, vielmehr wurde die Zuerkennung der Rechtmäßigkeit von Handlungen verlangt, die den Tod herbeiführen.¹⁸⁹ Der EGMR machte jedoch auch geltend, dass es in Art. 3 der EMRK vor allem um den Begriff „Misshandlung“ gehe. Dieser enthalte Körperverletzung, körperliches und psychisches Leid, Demütigung, Erniedrigung, Nicht-Respektieren der Menschenwürde und das Brechen des moralischen und physischen Widerstandes. Der EGMR kam zu der Auffassung, dass es zu keiner solchen Misshandlungen durch den Staat gekommen war und die Beschwerdeführerin ausreichend medizinische Versorgung erhalten hatte. Somit entschied der Gerichtshof, dass Art. 3 der EMRK nicht verletzt wurde.¹⁹⁰

6.1.3.3 Zur behaupteten Verletzung von Art.8 EMRK: Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

„1. Jede Person hat das Recht auf Achtung ihres Privat- und Familienlebens, ihrer Wohnung und ihrer Korrespondenz.

2. Eine Behörde darf in die Ausübung dieses Rechts nur eingreifen, soweit der Eingriff gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig ist für die nationale oder öffentliche Sicherheit, für das wirtschaftliche Wohl des Landes, zur Aufrechterhaltung der Ordnung, zur Verhütung von Straftaten, zum Schutz der Gesundheit oder der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.“¹⁹¹

Diane Pretty argumentierte, dass die nationalen gesetzlichen Regelungen (z.B. Suicide Act 1961) den obigen Artikel verletze. Sie interpretierte ihn so, dass sie das Recht zu wählen hätte, wie und wann sie stirbt. Besonders wollte sie sich die Demütigung ihres

¹⁸⁸ vgl. CASE OF PRETTY, 31.

¹⁸⁹ vgl. CASE OF PRETTY, 16f, 31-33.

¹⁹⁰ vgl. CASE OF PRETTY, 31-33.

¹⁹¹ *Europäischer Gerichtshof*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 11.

qualvollen, entwürdigenden Ablebens ersparen. Jede staatliche Einmischung bedeutete für sie einen Eingriff in ihr Privatleben. Die Beihilfe zur Selbsttötung durch ihren Ehemann wäre somit durch den Artikel 8 EMRK rechtlich gedeckt.¹⁹²

Der EGMR entschied daraufhin einstimmig, dass in Artikel 8 der EMRK keine Rechtsverletzung durch die britischen gesetzlichen Regelungen vorliege. Das begründete er damit, dass ein assistierender Suizid als eine Straftat angesehen wird und als solche nicht als Eingriff in das Privatleben bewertet werden kann. Dieses nationale Gesetz sei notwendig, um den Schutz des Lebens zu gewährleisten. Eine Lockerung dieses Gesetzes könnte zu Missbräuchen führen.¹⁹³

In Bezug auf Art. 8 der EMRK ließ der EGMR mehr Offenheit und Interpretationsspielraum zu. Dies gab er in einer externen Beurteilung bekannt, welche im Laufe des Prozesses stattfand.¹⁹⁴

“As the Court has had previous occasion to remark, the concept of “private life” is a broad term not susceptible to exhaustive definition. It covers the physical and psychological integrity of a person (...). It can sometimes embrace aspects of an individual's physical and social identity. (...) Although no previous case has established as such any right to self-determination as being contained in Article 8 of the Convention, the Court considers that the notion of personal autonomy is an important principle underlying the interpretation of its guarantees.”¹⁹⁵

Bei Diane Pretty war vor allem der Zusammenhang zwischen Art. 8 der EMRK und dem Selbstbestimmungsrecht von Bedeutung. Der Artikel besagt, dass nur unter bestimmten Voraussetzungen (siehe oben) der Staat in das Privat- und Familienleben eingreifen darf. In der öffentlichen Diskussion, die durch den Fall ausgelöst wurde, stand die Frage im Mittelpunkt, ob Art. 8 das Selbstbestimmungsrecht in der Sterbehilfe miteinschließt. Der Gerichtshof wies darauf hin, dass die Selbstbestimmung und die eigene Autonomie einen wichtigen Grundsatz bilde.¹⁹⁶

Weiters akzeptierte der EGMR, dass sich mit zunehmendem medizinischem Fortschritt auch die Interpretation der EMRK verändern könne. Er erkannte auch, dass Art. 8 der EMRK die Lebensqualität miteinschließt.

“The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom. Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under

¹⁹² vgl. CASE OF PRETTY, 11.

¹⁹³ vgl. CASE OF PRETTY, 34.

¹⁹⁴ vgl. CASE OF PRETTY, 34.

¹⁹⁵ CASE OF PRETTY, 34.

¹⁹⁶ vgl. *Jacobs*, Sterbehilfe unter der Europäischen Menschenrechtskonvention, 83.

the Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self and personal identity. (...) The applicant in this case is prevented by law from exercising her choice to avoid what she considers will be an undignified and distressing end to her life. The Court is not prepared to exclude that this constitutes an interference with her right to respect for private life as guaranteed under Article 8 § 1 of the Convention.”¹⁹⁷

Auch wenn der EGMR befundet, dass die individuelle Autonomie ein wichtiges Menschenrecht ist, müsse jedoch abgewogen werden, ob deren Einschränkung in einer demokratischen Gesellschaft notwendig sei. Die Entscheidung, ob Sterbehilfe in bestimmten Fällen legal sein könne, wurde also auf die nationale Ebene verlagert. Die allgemein gehaltenen Formulierungen der EMRK ermöglichten den Mitgliedsstaaten eigene Interpretationen. So sah der EGMR keine unrechtmäßige Vorgehensweise der Organe des Vereinigten Königreichs, da dort ein unbedingtes Verbot der Suizidbeihilfe galt. Es war für die britische Strafverfolgungsbehörde nicht möglich, Prettys Ehemann im Vorhinein Straffreiheit zu gewähren. Eine solche Ausnahme der Gesetzesanwendung wäre rechtsstaatlich äußerst bedenklich gewesen.¹⁹⁸

Der ehemalige Präsident des EGMR Luzius Wildhaber nahm im Nachhinein ausführlich zur Willensautonomie im Zusammenhang mit Art. 8 der EMRK Stellung. Er amtierte von 1998 bis 2007. In diese Periode fielen die Verhandlungen und das Urteil im Fall Diane Pretty. Er ist der Auffassung, dass die persönliche Entscheidungsfreiheit und Willensautonomie mit dem Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht eine Einheit bildet. Damit ergibt sich das Recht des Menschen auf sein eigenes Leben zu verzichten, wenn diese Person in der Lage ist, bewusst darauf zu verzichten. Auch Art. 2 der EMRK stehe dem nicht im Weg, da er den Staat nicht dazu verpflichtet, das Recht auf Leben des Menschen vor sich selbst zu schützen. Aus diesem Grund sind Suizidversuche nicht mehr strafbar, denn dies würde gegen Art. 8 der EMRK verstoßen.¹⁹⁹

¹⁹⁷ CASE OF PRETTY, 35f.

¹⁹⁸ vgl. *Jacobs*, Sterbehilfe unter der Europäischen Menschenrechtskonvention, 84.

¹⁹⁹ vgl. *Minelli*, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit, 493.

6.1.3.4 Zur behaupteten Verletzung von Art. 9 EMRK: Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit

„1. Jede Person hat das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit; dieses Recht umfasst die Freiheit, seine Religion oder Weltanschauung zu wechseln, und die Freiheit, seine Religion oder Weltanschauung einzeln oder gemeinsam mit anderen öffentlich oder privat durch Gottesdienst, Unterricht oder Praktizieren von Bräuchen und Riten zu bekennen.

2. Die Freiheit, seine Religion oder Weltanschauung zu bekennen, darf nur Einschränkungen unterworfen werden, die gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft notwendig sind für die öffentliche Sicherheit, zum Schutz der öffentlichen Ordnung, Gesundheit oder Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer.“²⁰⁰

Diane Pretty argumentierte, dass der assistierte Suizid, den sie für rechtmäßig hielt, unter Gedanken- und Gewissensfreiheit im Sinne des obigen Artikels falle. Sie bezog sich besonders auf den 2. Absatz und begründete ihre Beschwerde in gleicher Weise wie in Bezug auf Art. 8 der EMRK.²⁰¹

Das Gericht entschied, dass aus Artikel 9 keine Verletzung der Gedanken- und Gewissensfreiheit im gegenständlichen Fall argumentiert werden könne. Die Freiheit der Gedanken könne nicht unmittelbar zu einer Freiheit der Tat durch ihren Ehemann führen. Für die Annahme der Beschwerdeführerin, der assistierte Selbstmord sei rechtmäßig, könne keinesfalls Art. 9 der EMRK die rechtliche Grundlage bilden.²⁰²

6.1.3.5 Zur behaupteten Verletzung von Art. 14 EMRK: Diskriminierungsverbot

„Der Genuss der in dieser Konvention anerkannten Rechte und Freiheiten ist ohne Diskriminierung insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder eines sonstigen Status zu gewährleisten.“²⁰³

Der letzte Punkt, auf den sich die Antragstellerin bezog, betraf das Recht der Menschen nicht diskriminiert zu werden. Darin, dass sie nicht in der Lage sei, sich ohne

²⁰⁰ *Europäischer Gerichtshof*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 11.

²⁰¹ vgl. CASE OF PRETTY, 39.

²⁰² vgl. CASE OF PRETTY, 17, 39.

²⁰³ *Europäischer Gerichtshof*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 13.

Unterstützung das Leben zu nehmen, erblickte sie eine erhebliche Diskriminierung im Sinne des Art. 14 der EMRK.²⁰⁴

Der EGMR sah in Diane Pretty's Auslegung des Artikels eine Missinterpretation. Es bestehe keine Verbindung zwischen dem Inhalt des Artikels und dem Thema Selbstmord. Eine Unterscheidung zwischen Menschen, die Selbstmord begehen und jenen, die es nicht können, fände nicht statt.²⁰⁵ Der EGMR interpretierte Art. 14 der EMRK insofern, dass er nur verletzt werden könne, wenn eine unterschiedliche oder unvernünftige Begründung einer Handlung seitens des Staats vorliege. Dieser Tatbestand würde im Fall Pretty nicht vorliegen. Hätte sie ihre Klage gegen Diskriminierung durch den *Suicide Act* geführt, wäre die Kammer veranlasst gewesen, die Sachlage in dieser Richtung zu prüfen. Die Diskriminierung bestünde darin, dass es ihr als schwerstbehinderte Person nicht möglich sei, von ihrem Selbstmordrecht Gebrauch zu machen.²⁰⁶

6.1.4 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR

Am 29. März 2002 wurde das Urteil im Fall Diane Pretty gegen Vereinigtes Königreich einstimmig gefällt. Die größte Angst hatte Diane vor dem Erstickten, das durch die zunehmende Muskelschwäche – verursacht durch ihre Krankheit – eintreten würde. Am 2. Mai 2002 rief ihr Ehemann zum ersten Mal den behandelnden Arzt, da seine Ehefrau große Probleme mit der Atmung hatte. Obwohl der Arzt keine Infektion feststellen konnte, verschlechterte sich ihr Zustand weiter. Sie wurde in ein Hospiz nahe ihres Wohnhauses eingewiesen. Die ÄrztInnen und das Krankenpflegepersonal versuchten sie zu stabilisieren und ihre Schmerzen so gut wie möglich zu lindern, was nur unzureichend gelang. Diane musste weiter leiden, denn die palliative Behandlung zeigte kaum Wirkung. Schließlich fiel sie in einen komatösen Zustand und starb am 11. Mai 2002.²⁰⁷ Nach dem Fall Pretty gab es im Jahr 2009 einen weiteren Sterbehilfe-Fall, der Großbritanniens Öffentlichkeit insofern erregte, da wieder die Überarbeitung des Abschnitt 2(1) des *Suicide Act* Gegenstand zahlreicher Auseinandersetzungen wurde. Es handelte sich um die an Multiple Sklerose erkrankte Debbie Purdy. Sie wollte assistierenden Suizid mit Unterstützung der Sterbehilfeorganisation Dignitas in der

²⁰⁴ vgl. CASE OF PRETTY, 18, 40.

²⁰⁵ vgl. CASE OF PRETTY, 18, 40f.

²⁰⁶ vgl. CASE OF PRETTY, 18, 41.

²⁰⁷ vgl. Diane Pretty dies. In: BBC News, 12.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983457.stm>> (18.11.2019).

Schweiz in Anspruch nehmen. Da sie durch ihre fortgeschrittene Erkrankung nicht allein reisen konnte, war sie auf die Hilfe ihres Ehemanns angewiesen. Dieser hätte sich dadurch allerdings laut dem *Suicide Act* Abschnitt 2(1) strafbar gemacht.²⁰⁸ Der Fall Purdy gelangte sogar ins britische Parlament, in dem zahlreiche Abgeordnete eine Überarbeitung des *Suicide Act* im Sinne der Auslegungen des EGMR bezüglich Art. 8 der EMRK forderten. Dieses Begehren fand abermals keine parlamentarische Zustimmung.²⁰⁹

Im Jahr 2005 versuchte die *Voluntary Euthanasia Society*, die sich ab diesem Jahr *Dignity in Dying* nannte, mit zahlreichen Gesetzesentwürfen und Anträgen, die gesetzliche Zulassung der aktiven Sterbehilfe zu erreichen. Abermals verweigerten sowohl das Unterhaus als auch das Oberhaus ihre Zustimmung.²¹⁰

Im Jahr 2010 wurde die Problematik des *Suicide Act* von der britischen Regierung aufgegriffen. Vor allem erkannte sie, dass dieser 2. Abschnitt modernisiert werden müsse.²¹¹ Lord Joffe²¹², Mitglied des Oberhauses, der schon 2005 mit *Dignity in Dying* im britischen Parlament einen neuen Gesetzesentwurf eingebracht hatte²¹³, bereitete neuerlich einen Antrag auf Gesetzesänderung vor, die eine Aktualisierung des *Suicide Act* enthielt.²¹⁴ Bis dato wurde das Gesetz allerdings nicht verändert.

Mit Diane Pretty bekam die Debatte über Sterbehilfe eine emotionale Dimension. Besonders in den Zeitungen wurde sie als „Kämpferin für das Recht auf Sterbehilfe“²¹⁵ bezeichnet. Die meisten Artikel stellten die Tatsache, dass sie Mutter war, in den Vordergrund.²¹⁶ Der Begriff Sterbehilfe wurde in vielen Berichten unrichtig verwendet. Bei Pretty handelte es sich um einen assistierenden Suizid, während die Medien meist

²⁰⁸ vgl. *Curtice, Field*, Assisted suicide and human rights in the UK, 187.

²⁰⁹ vgl. *Curtice, Field*, Assisted suicide and human rights in the UK, 188.

²¹⁰ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 136.

²¹¹ vgl. *Curtice, Field*, Assisted suicide and human rights in the UK, 189.

²¹² Joel Joffe war vor allem bekannt, da er einer der Verteidiger von Nelson Mandela im Rivonia-Prozess war. Seit 2000 war ein Mitglied des *House of Lords*, verstarb jedoch am 18. Juni 2017.

²¹³ vgl. *Benzenhöfer*, Der gute Tod?, 136.

²¹⁴ vgl. *Curtice, Field*, Assisted suicide and human rights in the UK, 189.

²¹⁵ Kämpferin für das Recht auf Sterbehilfe Diane Pretty gestorben. In: Der Spiegel, 13.05.2002, online unter <https://www.spiegel.de/panorama/kaempferin-fuer-das-recht-auf-sterbehilfe-diane-pretty-gestorben-a-195815.html> (28.01.2020).

²¹⁶ vgl. Diane Pretty: Kämpferin für Recht auf Sterbehilfe tot. In: News, 13.05.2002, online unter <https://www.news.at/a/diane-pretty-kaempferin-recht-sterbehilfe-34602> (28.01.2020).

von aktiver Sterbehilfe sprachen.²¹⁷ Da der Fall seine Wurzeln in Großbritannien hatte, war dort die mediale Aufmerksamkeit erheblich. Zum Beispiel wurde der Ablauf ihres Falles in einer Zeitachse²¹⁸ oder ihr Leben in Bildern dargestellt (Hochzeitsfotos, Bilder ihrer Kinder, Enkelkinder und Ehemann).²¹⁹

Mit Diane Pretty hatte die Öffentlichkeit ein Gesicht zu all den oft abstrakten Diskussionen. Diane Pretty wurde zur Leitfigur der Auseinandersetzungen. Auch in den nachfolgenden Gerichtsfällen des EGMR mit ähnlicher Thematik wurde ihr Beispiel immer wieder zitiert beziehungsweise zum Vergleich herangezogen.

²¹⁷ vgl. Diane Pretty: Kämpferin für Recht auf Sterbehilfe tot, Kämpferin für das Recht auf Sterbehilfe Diane Pretty gestorben. Richard *Herzinger*, Vom Recht auf Leben – zur Pflicht zum Leiden? In: Die Zeit, 02.05.2002, online unter <https://www.zeit.de/2002/19/herzinger02_0502.xml> (28.01.2020). Jost *Müller-Neuhof*, Sterbehilfeprozess. Tod auf Rezept. In: Der Tagesspiegel, 23.11.2010, online unter <<https://www.tagesspiegel.de/politik/sterbehilfeprozess-tod-auf-rezept/3202360.html>> (28.01.2020).

²¹⁸ vgl. Diane Pretty. Timeline. In: BBC News, 12.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983562.stm>> (28.01.2020).

²¹⁹ vgl. In pictures: Diane Pretty. In: BBC News, 13.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983832.stm>> (28.01.2020).

6.2 Haas gegen die Schweiz (2011)

6.2.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Ernst G. Haas litt zum Zeitpunkt der Verhandlung vor dem EGMR seit ca. 20 Jahren an einer schweren bipolaren Störung, weswegen er bereits zwei Suizidversuche verübt hatte, die zu mehreren stationären Aufenthalten in psychiatrischen Krankenanstalten geführt hatten. Haas trat am 1. Juli 2004 der Sterbehilfeorganisation Dignitas bei, da er sein Leben als nicht mehr menschenwürdig erachtete. Er bat mehrere Psychiaterinnen und Psychiater ihm 15g Natrium-Pentobarbital zu verschreiben. Dieses sollte ihm zu einem gelungenen Suizid verhelfen, den er als sein Menschenrecht ansah. Jedoch wurde sein Ansuchen immer abgelehnt. Unter der Vermittlung von Dignitas versuchte es Haas weitere Male. Er appellierte an amtliche Stellen, ihm zu ermöglichen, das Mittel rezeptfrei beziehen zu können. Das Bundesamt für Gesundheit wies sein Gesuch am 20. Juli 2005 mit der Begründung zurück, dass Natrium-Pentobarbital nur gegen ärztliche Verschreibung bezogen werden könne. Die Behörde vertrat die Meinung, dass Art. 8 der EMRK keine positive Verpflichtung für den Staat vorsehe, die Bedingungen für einen gelungenen Suizid zu schaffen, bei dem die Gefahr eines Versagens, also eines Nichteintretens des vorgesehenen Todes oder Schmerzen, ausgeschlossen sei. Auch das Gesundheitsamt des Kantons Zürich weigerte sich, dem Ansuchen nachzukommen. Dessen Standpunkt wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons bestätigt. Haas' Einspruch gegen den Bescheid des Bundesamts für Gesundheit wurde am 20. Dezember 2005 vom Eidgenössischen Departement des Innern mit der Begründung abgelehnt, dass es sich nicht um einen Notfall handle, in dem ein normalerweise verschreibungspflichtiger Stoff ohne ein Rezept geliefert werden könne. Gegen diesen Bescheid und das Urteil des Verwaltungsgerichts machte Haas vor dem Bundesgericht geltend, dass die Bestimmung des Art. 8 Absatz 2 der EMRK das Recht auf Suizid beinhalte. Seiner Ansicht nach seien die ÄrztInnen dazu verpflichtet, ihm das Rezept zu verschreiben, denn dies falle unter das Recht auf Achtung seines Privatlebens.²²⁰

Im Mai 2007 wandte sich Haas mit einem Schreiben an 170 PsychiaterInnen, vorwiegend im Raum Basel, in dem er seinen Fall schilderte und um psychiatrische Gutachten bat, die die Ausstellung eines Rezepts für Natrium-Pentobarbital ermöglichen sollten. Er bekam auf keine seiner Anfragen positive Antworten. Als Gründe für die Ablehnungen

²²⁰ *European Court of Human Rights, CASE OF HAAS v. SWITZERLAND*, 20.01.2011, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940>> (16. Juli 2019), 2f.

wurden u.a. Zeitmangel, fehlende Kompetenz oder ethische Bedenken angegeben. Manche PsychiaterInnen teilten ihm mit, dass sie seine Krankheit therapieren könnten.²²¹

6.2.2 Die rechtliche Situation in der Schweiz

Im Schweizer Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 ist der assistierende Suizid unter bestimmten Voraussetzungen nicht strafbar. Art. 115 StGB-Schweiz besagt: „Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.“²²² Dies wird dahingehend interpretiert, dass - sofern keine „selbstsüchtigen Beweggründe“ vorliegen - die Beihilfe zum Suizid strafrechtsfrei ist. Diese Interpretation wurde 2004 folgendermaßen konkretisiert: Der assistierende Suizid in der Schweiz wurde ab 1985 von vier Organisationen (Dignitas, Exit Deutsche Schweiz, Exit A.D.M.D. Suisse romande und Exit international) „uneigennützig“ durchgeführt.²²³ Die erste Sterbehilfeorganisation war Exit, gegründet von Rolf Sigg. Das erste Mitglied, dass den assistierenden Suizid in dieser Organisation durchführen konnte, war seine Frau im Jahr 1985.²²⁴

Um den assistierenden Suizid zu genehmigen, waren seit 2004 von der Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gewisse Kriterien von einer Ärztin oder von einem Arzt zu beachten. Katharina Woellert und Heinz-Peter Schmiedebach fassten in ihrem Werk „Sterbehilfe“ (2008) die Kriterien zusammen, welche die PatientInnen erfüllen müssen, damit ihnen der assistierende Suizid in der Schweiz gewährt wird:

- „Dem Patienten bleibt aufgrund seiner Erkrankung nur wenig Lebenszeit. Das entspricht der ‚Sterbehilfe im weiteren Sinne‘.
- Der Patient wurde über Alternativen, wie sie beispielsweise die Palliativmedizin bietet, aufgeklärt bzw. hat diese auch erprobt.
- Der Patient hat im Sinne des Informed Consent [...] zugestimmt, und eine dritte Person hat überprüft, dass die Bedingungen des Informed Consent erfüllt waren.

²²¹ vgl. CASE OF HAAS, 7.

²²² Gavela, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 65.

²²³ vgl. Woellert, Schmiedebach, Sterbehilfe, 37.

²²⁴ vgl. Lewy, Assisted Death in Europe and America, 19f.

- Der Entscheidungsprozess muss dokumentiert und der Fall nach Todeseintritt behördlich gemeldet werden.
- Die zum Tode führende Handlung muss vom Patienten selbst ausgeführt werden.²²⁵

Der assistierende Suizid wurde ebenfalls für PatientInnen mit psychischen Krankheiten zugelassen, wenn der Sterbewunsch wohlüberlegt und einer dauerhaften Entscheidung zu Grunde lag.²²⁶

Für die begleitende Sterbehilfe kam und kommt auch heute ein starkes Schlafmittel namens Natrium-Pentobarbital in einer bestimmten Dosis (ca.15g) zur Anwendung, das einen schmerzlosen Tod herbeiführt. Dieses Mittel wird unter anderem auch in der Veterinärmedizin verwendet. Um in Besitz dieses Mittels zu gelangen, muss eine Ärztin oder ein Arzt ein Rezept ausstellen. Somit sind Letztere in den Entscheidungsprozess der Sterbehilfe involviert. Laut dem Verein Exit seien folgende Unterlagen für die Freitodbegleitung notwendig: aktuelles Diagnoseschreiben von einer Ärztin oder einem Arzt, Bestätigung der Urteilsfähigkeit der Patientin oder dem Patienten durch eine Ärztin oder einen Arzt, ärztliches Rezept für das Sterbemittel Natrium-Pentobarbital.²²⁷

6.2.3 Verhandlung und Urteil des EGMR

Nachdem das Anliegen von Haas von den staatlichen Schweizer Behörden abgelehnt worden war, wandte er sich mit einer Beschwerde an den EGMR. Er kritisierte vor allem die oben angeführten Vorgaben und sah darin eine Verletzung von Art. 8 Absatz 1 der EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens), da er über den Zeitpunkt und die Art seines Todes selbst bestimmen wollte. Nach seiner Auffassung befand er sich in einer Ausnahmesituation, und durch die besonderen Umstände seiner Krankheit müsse ihm der Staat den rezeptfreien Zugang zu Natrium-Pentobarbital ermöglichen.²²⁸

Der Fall Haas wurde am 14. Dezember 2010 von einer Kammer des EGMR, die aus sieben RichterInnen bestand, nicht öffentlich behandelt. Die Namen der RichterInnen lauteten Christos Rozakis (Griechenland) als Präsident, Nina Vajić (Kroatien), Anatoly Kovler (Russische Föderation), Khanlar Hajiyev (Aserbaidshan), Sverre Erik Jebens

²²⁵ Woellert, *Schmiedebach*, Sterbehilfe, 37.

²²⁶ vgl. Woellert, *Schmiedebach*, Sterbehilfe, 37.

²²⁷ vgl. Gavela, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, 88.

²²⁸ vgl. CASE OF HAAS, 11.

(Norwegen), Giorgio Malinverni (Schweiz) und George Nicolaou (Griechenland). Der Beschwerdeführer Haas wurde vom Schweizer Anwalt P.A. Schaerz vertreten. Der „Leiter der Abteilung Menschenrechte und Europarat beim Bundesamt für Justiz“ F. Schürmann wurde als Vertreter der Schweizer Regierung entsandt.²²⁹

Haas machte vor der Kammer des EGMR geltend, dass er Opfer eines staatlichen Eingriffs in seine Privatsphäre wäre, da ihm keine andere Möglichkeit geboten wurde, sich schmerzfrei das Leben zu nehmen. Natrium-Pentobarbital wäre für ihn die einzige schmerzfreie Möglichkeit zum Suizid. Die 170 PsychiaterInnen, die sein Ersuchen nach einem Rezept für dieses Medikaments abgelehnt hatten, seien der Beweis, dass es unmöglich sei, die vom Bundesgericht vorgeschriebenen Voraussetzungen zu erfüllen. Er vermutete, dass ihre ablehnende Haltung unter anderem auch mit der Angst vor strafrechtlicher Verfolgung begründet gewesen sei.²³⁰ Daher habe ihm der Verein Dignitas auch helfen können. Der Beschwerdeführer wies noch einmal darauf hin, dass die Regierung die Tatsache nicht berücksichtigt hatte, dass er seit vielen Jahren an der psychiatrischen Krankheit leide. Aufgrund seiner früheren Selbstmordversuche müsse er nicht mehr den Beweis erbringen, dass er seine Entscheidung für den Suizid ernst meine.²³¹

Der Vertreter der Schweizer Regierung bestritt, dass dieser Fall gegen Art. 8 der EMRK verstößt und argumentierte, dass Haas' Recht auf Achtung seines Privatlebens garantiert würde. Dabei bezog er sich auf den Fall von Diane Pretty und war der Ansicht, dass sich diese beiden Fälle diametral unterscheiden. Dies begründete er damit, dass Diane Pretty nicht autonom handeln konnte und somit gehindert war, ihren Suizid in die Praxis umzusetzen. Die Regierung würde den Beschwerdeführer nicht daran hindern, autonom zu handeln, da er in der Lage sei, sich selbst das Leben zu nehmen. Ebenso war er der gleichen Auffassung wie das Bundesgericht, das in Art. 8 Absatz 1 der EMRK nicht das Recht eines Einzelnen enthalten sei, assistierenden Selbstmord zu begehen. Er wies darauf hin, dass es wichtig sei, den Zugang zu Natrium-Pentobarbital zu beschränken – zum Wohle der öffentlichen Gesundheit und Sicherheit und zur Prävention von Straftaten. In der Schweiz herrsche ohnehin eine große Toleranz gegenüber dem

²²⁹ vgl. CASE OF HAAS, 1.

²³⁰ vgl. CASE OF HAAS, 11f.

²³¹ vgl. CASE OF HAAS, 12.

assistierenden Suizid im Gegensatz zu anderen europäischen Staaten.²³² Der Vertreter der Regierung führte weiters aus, dass assistierender Suizid mit der Begründung einer psychiatrischen Erkrankung in der Schweiz schon des Öfteren praktiziert worden sei, ohne dass ÄrztInnen strafrechtlich verfolgt wurden. 2001 bis 2004 wurden Suizide untersucht, die von den Organisationen Dignitas und Exit unterstützt worden waren. Unter anderem ergab sich, dass zwölf Personen wegen schwerer psychischer Erkrankungen den assistierenden Suizid in Anspruch genommen hatten. Von den ÄrztInnen wurde keine(r) im Nachhinein strafrechtlich verfolgt. Die Fälle, bei denen es zu einer Bestrafung gekommen war, betrafen solche, in denen falsche Diagnosen gestellt worden waren. Im weiteren Verlauf des Prozesses wurden weitere Argumentationen vom Schweizer Regierungsvertreter vorgebracht. Der Beschwerdeführer hätte mit der Sterbehilfeorganisation Dignitas zusammengearbeitet, die bereits mehreren Personen mit psychischen Erkrankungen den assistierenden Suizid ermöglicht habe. Deshalb sollte er von ÄrztInnen Kenntnis haben, die die Verantwortung für einen assistierenden Suizid übernehmen könnten. Außerdem durften ÄrztInnen im Kanton Zürich, die ein Rezept für Natrium-Pentobarbital verschrieben, ab 2006 nicht mehr strafrechtlich verfolgt werden. Der schriftliche Appell an die 170 PsychiaterInnen war, laut dem Regierungsvertreter, so formuliert, dass eine positive Reaktion nicht erwartet werden konnte, vor allem da Haas sich einer mehrfach angebotenen Therapie verweigert hatte.²³³

Der Regierungsvertreter machte geltend, dass der Wunsch nach dem eigenen Tod mitunter zur Komplexität von psychischen Erkrankungen gehöre und somit einer eingehenden medizinischen Untersuchung sowie einer Beurteilung durch SpezialistInnen bedürfe. Ohne diese Voraussetzungen wäre die Ausstellung eines Rezepts nicht gesetzeskonform. Dies sei eine Maßnahme, die zum Schutz von Leben, Gesundheit und Sicherheit erforderlich ist und die Bedingungen von Artikel 8 Absatz 2 der Konvention erfülle.²³⁴

Nach Anhörung der beiden Parteien und nach eingehender Beratung kam die Kammer des EGMR am 29. Januar 2011 zu folgenden Entscheidung:

„Having regard to the foregoing and to the margin of appreciation enjoyed by the national authorities in such a case, the Court considers that, even assuming that the States have a positive obligation to adopt measures to facilitate the act of suicide with

²³² vgl. CASE OF HAAS, 13.

²³³ vgl. CASE OF HAAS, 14.

²³⁴ vgl. CASE OF HAAS, 15.

dignity, the Swiss authorities have not failed to comply with this obligation in the instant case. It follows that there has been no violation of Article 8 of the Convention.”²³⁵

In Artikel 115 des Schweizer Strafgesetzbuchs werde festgehalten, dass Beihilfe zum Selbstmord nur strafbar ist, wenn sie aus „selbstsüchtigen Motiven“ erfolgt. Insgesamt könne festgestellt werden, dass in der Schweiz der assistierende Suizid toleriert werde. Der EGMR wies darauf hin, dass die von den Schweizer Behörden erlassenen Vorschriften von großer Bedeutung sind, da sie das legitime Ziel verfolgten, die missbräuchliche Anwendung von Natrium-Pentobarbital zu verhindern.²³⁶

Im Zusammenhang mit der Frage von Ernst G. Haas' Urteilsvermögen und seines beabsichtigten Suizids, sah der EGMR für das ärztliche Personal, das das tödliche Mittel zu verschreiben hatte, trotz des Artikels 115 des Schweizer StGB die Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung. Weiters schloss sich der Gerichtshof der Meinung des Schweizer Regierungsvertreters an, dass die Kontaktaufnahme vom Beschwerdeführer mit ÄrztInnen mehrere Fragen aufwarf. Die 170 versendeten Briefe konnten nicht für eine Bewertung des EGMR herangezogen werden, da sie erst nach dem Urteil des Bundesgerichts verschickt worden waren.²³⁷ Der EGMR befand, dass es für Haas nicht unmöglich gewesen wäre, eine medizinische Fachkraft zu finden, die ihm Natrium-Pentobarbital hätte verschreiben können. Er stellte fest, dass es im Ermessensspielraum der einzelnen Nationalstaaten liege, unter der Annahme einer positiven Verpflichtung, selbst gesetzliche Maßnahmen zur Erleichterung eines würdevollen Selbstmordakts zu beschließen. Somit sah der Gerichtshof keine Verletzung des Art. 8 der EMRK durch die Schweizer Regierung.²³⁸

Das Spezifikum am Gerichtsfall Haas gegen die Schweizer Behörden war, dass der EGMR den Terminus „Privatleben“ einer näheren Betrachtung unterzog.

“As the Court has had previous occasion to remark, the concept of ‘private life’ is a broad term not susceptible to exhaustive definition. It covers the physical and psychological integrity of a person [...]. It can sometimes embrace aspects of an individual's physical and social identity [...].”²³⁹

²³⁵ CASE OF HAAS, 19.

²³⁶ vgl. CASE OF HAAS, 17f.

²³⁷ vgl. CASE OF HAAS, 18.

²³⁸ vgl. CASE OF HAAS, 19.

²³⁹ CASE OF HAAS, 15f.

Da Diane Pretty unter anderem ebenfalls geklagt hatte, dass Großbritanniens Behörden gegen Art. 8 der EMRK verstoßen hätten, wurde ihr Fall zum Vergleich herangezogen. Bei diesem hatte der EGMR festgestellt, dass das Recht auf ein würdiges Leben in den Anwendungsbereich des Art.8 der EMRK fiel. Laut EGMR fiel darunter auch das Recht zu entscheiden, zu welchem Zeitpunkt und mit welchem Mittel eine Person ihr Leben beendet. Dies setzte allerdings voraus, dass die Person bewusst und frei darüber entscheiden kann. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, dann ist dieses Recht Art. 8 der EMRK zuzuordnen.²⁴⁰ Der Gerichtshof war jedoch der Ansicht, dass der Fall Haas nicht mit dem von Diane Pretty gleichzusetzen sei, da es sich nicht um die mögliche Straffreiheit für Beihilfe zum Suizid ging, sondern um die Frage, ob der Staat gewährleisten müsse, dass der Kläger eine tödliche Substanz rezeptfrei erhalten könne, um einen schmerzfreien Suizid zu begehen. Außerdem befand sich Diane Pretty im Gegensatz zu Haas im Endstadium einer unheilbar degenerativen Krankheit.²⁴¹

Der Gerichtshof anerkannte den Wunsch des Beschwerdeführers, Suizid würdevoll und ohne unnötiges Leid zu begehen. Er bedauerte die hohen Zahlen an erfolglosen Selbstmordversuchen, die meist schwerwiegende Auswirkungen für die Betroffenen und deren Familien haben.²⁴² Der EGMR hielt weiters fest, dass das Missbrauchsrisiko durch eine Gesetzeslage wie jener in der Schweiz nicht unterschätzt werden dürfe. Hierbei bezog sich der Gerichtshof auf Art. 2 der EMRK und hielt die Einschränkungen, die der Staat für Natrium-Pentobarbital vorgab, insofern für wichtig, da sie die öffentliche Gesundheit und Sicherheit schützen und auch Straftaten verhindern sollten. Aus diesem Grund müsse die Schweiz aufgrund Art.2 der EMRK das garantierte Recht auf Leben sicherstellen und ein Verfahren anordnen, welches die Erfordernisse (s.o.) einer ärztlichen Verschreibung auf Grundlage einer psychiatrischen Beurteilung regelte, das den freien Willen über die Entscheidung eines Suizids sicherstelle.²⁴³

Der EGMR kam anhand von Untersuchungen zur Erkenntnis, dass die Mitgliedsstaaten des Europarates noch längst keine Einigung darüber erzielt hätte, wie und wann ihre BürgerInnen darüber entscheiden können, ob und wie sie Leben beenden. Im Vordergrund stehe bei den meisten Staaten das Recht auf Schutz des Lebens.²⁴⁴

²⁴⁰ vgl. CASE OF PRETTY, 34.

²⁴¹ vgl. CASE OF HAAS, 16f.

²⁴² vgl. CASE OF HAAS, 17.

²⁴³ vgl. CASE OF HAAS, 18.

²⁴⁴ vgl. CASE OF HAAS, 17.

Auch wenn der Fall Haas keine große mediale Aufmerksamkeit erlangte, war er für Sterbehilfebefürworter von einiger Bedeutung, vor allem durch die aktualisierte Auslegung von Art. 8 EMRK durch den EGMR. Im Fall Pretty bezog sich das Urteil des EGMR vor allem auf Art. 2 EMRK und stellte somit das Recht auf Leben in den Mittelpunkt. Im Fall Haas verlagerte sich die Grundlage des Urteils des EGMR auf Art. 8 der EMRK, wobei die Frage der Selbstbestimmung große Bedeutung gewann.

Im Diskurs über Sterbehilfe bewirkte der Fall Haas einen wesentlichen Fortschritt. In Auslegung des Art. 8 der EMRK kam der EGMR zur Auffassung, dass er das Recht der freien Entscheidung über den Suizid enthalte. Somit bestätigte er, dass sich die Gesetzgebung in der Schweiz an der Menschenrechtskonvention orientierte.²⁴⁵

Der Fall Ernst G. Haas erregte im Gegensatz zu jenem von Diane Pretty keine große mediale Aufmerksamkeit. Relevant war der Fall vor allem für Schweizer Sterbehilfeorganisationen im Hinblick auf die Rechtssicherheit ihrer Aktivitäten. Wie das weitere Schicksal von Ernst G. Haas verlaufen ist, konnte nicht eruiert werden.

²⁴⁵ vgl. *Jacob*, Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich, 397.

6.3 Koch gegen Deutschland (2012)

6.3.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Die verstorbene Ehefrau des Beschwerdeführers, Bettina Koch, litt seit 2002 an einer totalen sensomotorischen Tetraplegie, einer Form von Querschnittslähmung, durch die sie fast vollständig gelähmt war. Dieser Zustand war die Folge eines Sturzes vor ihrer Haustür. Zusätzlich musste sie künstlich beatmet werden und war auf ständige medizinische Betreuung angewiesen. Ihre ÄrztInnen prophezeiten ihr eine Lebenserwartung von ca. 15 Jahren. Daraufhin äußerte sie den Wunsch, mithilfe ihres Ehemanns Suizid zu begehen, da sie das Weiterleben in ihrem Zustand für nicht mehr erträglich empfand. Da in Deutschland Sterbehilfe zu diesem Zeitpunkt verboten war, trat das Ehepaar daraufhin mit dem Schweizer Sterbehilfeverein Dignitas in Kontakt und bat um Unterstützung.²⁴⁶

Herr Koch suchte im Namen seiner Frau im November 2004 beim deutschen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) um 15g Natrium-Pentobarbital an. Ein Monat später lehnte die Behörde das Ansuchen ab, da diese der Ansicht war, dass die Verschreibung gegen das Betäubungsmittelgesetz verstoße. Im Jänner 2005 erhob das Ehepaar dagegen Einspruch, allerdings ohne die Annahme, dass dieser erfolgreich sein würde.²⁴⁷ Im folgenden Monat fuhr Herr Koch mit seiner Ehefrau nach Zürich, die dort mit Unterstützung des Vereins Dignitas am 12. Februar 2005 den Suizid durchführte.²⁴⁸

Am 3. März 2005 bestätigte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte seine frühere Entscheidung und äußerte Zweifel, ob sich aus Artikel 8 der EMRK ein staatlich anerkanntes Recht zum Suizid ableiten lasse. Ebenfalls informierte es den Beschwerdeführer, dass er nicht befugt sei, Berufung zu erheben. Es argumentierte damit, dass ihm ein Rechtsschutzbedürfnis fehle. Daraufhin klagte Herr Koch die Behörde vor dem Kölner Verwaltungsgericht am 4. April 2005, da er der Ansicht war, dass die Entscheidung des Bundesinstituts rechtswidrig war. Der Verwaltungsgerichtshof erklärte am 21. Februar 2006, dass die Klage unzulässig sei, da er nicht beweisen könne, dass Herr Koch selbst Opfer einer Verletzung seiner eigenen Rechte geworden wäre. Die Tatsache, dass Frau Koch um die Verordnung des Natrium-Pentobarbitals angesucht

²⁴⁶ vgl. *European Court of Human Rights*, CASE OF KOCH v. Germany, 19.07.2012, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282>> (05. September 2019) 2.

²⁴⁷ vgl. CASE OF KOCH, 2f.

²⁴⁸ vgl. CASE OF KOCH, 3.

habe, würde weder gegen den Schutz der Ehe und des Familienlebens in Artikel 6 Absatz 1 des Deutschen Grundgesetzes verstoßen noch gegen Art. 8 der EMRK. Die Auslegung dieser Gesetze durch Herrn Koch würde zur Annahme führen, dass die Verletzung der Rechte eines Ehepartners automatisch den anderen miteinschließen würde. Somit konnte Herr Koch sich nicht auf die Ansprüche seiner Frau berufen, da diese nicht übertragbar seien.²⁴⁹ Darüber hinaus sei die Ablehnung des Bundesinstituts, Natrium- Pentobarbital zu genehmigen, rechtens gewesen.²⁵⁰

Herr Koch stellte einen weiteren Antrag in dieser Sache, der am 22. Juni 2007 vom Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen ebenfalls abgelehnt wurde. Auch dieses Gericht sah keine Verletzung des Artikels 6 Absatz 1 des Grundrechts und des Artikels 8 Absatz 1 der EMRK. Selbst wenn aus diesen gesetzlichen Bestimmungen abgeleitet werden könnte, dass Suizid erlaubt sei, habe Herr Koch kein Recht anstelle seiner Ehefrau Klage zu führen.²⁵¹ Herr Koch reichte daraufhin eine Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht ein, die ebenfalls am 4. November 2008 für unzulässig erklärt wurde. Der Gerichtshof argumentierte, dass sich der Beschwerdeführer postmortal auf den Schutz der Menschenwürde seiner Frau berufen könne. Dazu fügte das Gericht hinzu, dass Herr Koch auch als Rechtsnachfolger nicht berechtigt sei, eine Verfassungsbeschwerde für seine verstorbene Frau einzulegen.²⁵²

6.3.2 Verhandlung und Urteil des EGMR

Nachdem Herr Koch mit seiner Klage alle deutschen Gerichtsinstanzen erfolglos durchlaufen hatte, brachte er sein Anliegen vor den EGMR. Die Entscheidung in seinem Fall wurde in einer Kammer von sieben RichterInnen gefällt. Diese bestand aus dem Präsidenten Peer Lorenzen (Dänemark) und den RichterInnen Renate Jaeger (Deutschland), Mark Villiger (Liechtenstein), Isabelle Berro-Lefèvre (Monaco), Mirjana Lazarova Trajkovska (Nordmazedonien), Zdravka Kalaydjieva (Bulgarien), Ganna Yudkivska (Ukraine). Die deutsche Regierung wurde durch eine Regierungsbeamtin (A. Wittling-Vogel) und durch die RechtsexpertInnen C. Walter, M. Indenhuck, V. Weissflog, V. Giesler vertreten. Der Beschwerdeführer war bei der Verhandlung

²⁴⁹ vgl. CASE OF KOCH, 3.

²⁵⁰ vgl. CASE OF KOCH, 4.

²⁵¹ vgl. CASE OF KOCH, 4.

²⁵² vgl. CASE OF KOCH, 4f.

anwesend und wurde von dem Anwalt D. Koch vertreten. Die Anhörung und das Urteil fanden am 23. November 2010 und am 26. Juni 2012 unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt.²⁵³ Weiters waren auch die Schweizer Sterbehilfeorganisation Dignitas und der deutsche Verein Aktion Lebensrecht für Alle (ALfA) bei der Anhörung zugelassen.²⁵⁴

Die Regierungsvertreter bestritten eine Verletzung des Art. 8 der EMRK. Sie waren der Auffassung, dass Herr Koch im Sinne von Art. 34 der EMRK (Individualklage) nicht berechtigt war, Klage zu führen, da er nicht als „indirektes Opfer“ anzusehen sei. Ebenso befanden sie, dass seine Klage nicht im öffentlichen Interesse sei, da schon im Fall von Diane Pretty geklärt worden war, dass weder Art. 8 noch Art. 14 der EMRK auf solch einen Fall anwendbar seien. Dem Begehren von Frau Koch, den Zugang zu Natrium-Pentobarbital zu erleichtern, konnte nicht entsprochen werden, da dies gegen Art. 2 der EMRK verstoßen hätte.²⁵⁵

Koch behauptete in seiner Stellungnahme, dass die innerstaatlichen Gerichte sich geweigert hätten, den Sachverhalt zu überprüfen. Seine Frau benötigte die tödliche Medikamentendosis, um ihrem Leben ein würdevolles und schmerzfreies Ende zu bereiten. Durch die behördliche Verweigerung wäre ihr verwehrt gewesen, zu Hause zu sterben. Somit war Herr Koch gezwungen mit ihr in die Schweiz zu fahren, um den assistierenden Suizid seiner Frau zu ermöglichen, da es in Deutschland seiner Frau nicht gestattet war, mit ärztlichem Beistand ihrem Leben ein Ende zu setzen. Er sah insofern eine Verletzung der Menschenrechtskonvention des Art. 8, als die Beschwerden und der Sterbewunsch seiner Frau auch sein Leben und seine Gesundheit beeinträchtigt hätten.²⁵⁶

Die Lebenssituation seiner Frau hätten ihn als einführenden Ehemann und als ihr Betreuer unmittelbar betroffen. Die Beziehung zu seiner Frau wäre äußerst eng gewesen und jedes Recht, dass seiner Frau vorenthalten worden sei, hätte ebenso seine Rechte verletzt. Als Folge des Verhaltens der deutschen Behörden und seine nicht vorhandene Möglichkeit die Verfahren zu beschleunigen, wurde der Zustand von Frau Koch immer unerträglicher. Wenn Herr Koch nicht mit ihr in die Schweiz gefahren wäre, hätte seine Ehefrau noch jahrelang unter ihrer Krankheit leiden müssen. Dies würde im Widerspruch von Menschenwürde, Freiheit und Autonomie stehen, die im deutschen Grundgesetz

²⁵³ vgl. CASE OF KOCH, 1f.

²⁵⁴ vgl. CASE OF KOCH, 17f.

²⁵⁵ vgl. CASE OF KOCH, 9.

²⁵⁶ vgl. CASE OF KOCH, 10.

verankert sind. Koch war der Ansicht, dass Art. 8 der EMRK sehr wohl verletzt worden war, da dieser Artikel das Recht beinhalte, das eigene Leben zu beenden.²⁵⁷

Der Gerichtshof qualifizierte den Opferstatus des Beschwerdeführers als relevante Frage. Aus diesem Grund musste der EGMR zuerst prüfen, ob wirklich ein so enges familiäres Verhältnis zwischen dem Ehepaar existiert hatte. Er kam zu dem Ergebnis, dass dies der Fall war.²⁵⁸ Daraufhin entschied der EGMR, dass die Ablehnung von Frau Kochs Antrag durch das Bundesinstitut und die Weigerung des Kölner Verwaltungsgerichtshofs einen Eingriff in das Recht der Klägerin auf Respekt des Privatlebens laut Art. 8 der EMRK darstellte.²⁵⁹

Nachdem dies präzisiert worden war, prüfte der EGMR, ob die Rechte des Beschwerdeführers nach seiner Darstellung durch die innerstaatlichen Verfahren gewährleistet worden waren. Hierzu gelangte der EGMR zur Auffassung, dass die Vorgangsweisen der deutschen Behörden verfahrensrechtlich problematisch waren.²⁶⁰ In einem *obiter dictum*²⁶¹ hatte das Kölner Verwaltungsgericht geäußert, dass die Weigerung des Bundesinstituts auch im Sinne des Art. 8 der EMRK rechtmäßig war. Diese Ansicht wurde weder vom Oberverwaltungsgericht noch vom Bundesverfassungsgericht geprüft. Der EGMR schloss daraus, dass sich die Verwaltungsgerichte geweigert hatten, den von Frau Koch gestellten Antrag zu prüfen. Das Recht einer Antragstellerin oder Antragsstellers auf Prüfung ihres / seines Antrags durch die Behörden, war hiermit eindeutig verletzt worden.²⁶² Aus diesem Grund erkannte der EGMR auch Schadenersatz für Koch an: 2.500 € wegen immaterieller Schäden und 26.736,25 € für die Klagen vor den deutschen Gerichten und dem EGMR.²⁶³ Der EGMR stellte jedoch auch fest, dass die Grundsätze des Art. 8 der EMRK nicht auf eine andere Person übertragen werden könnten. Kochs Argumente reichten für den Gerichtshof nicht aus, die aus Art. 8 der EMRK anerkannten Rechte seiner Frau für sich

²⁵⁷ vgl. CASE OF KOCH, 11.

²⁵⁸ vgl. CASE OF KOCH, 13f.

²⁵⁹ vgl. CASE OF KOCH, 15.

²⁶⁰ vgl. CASE OF KOCH, 17f.

²⁶¹ lat. nebenbei Gesagte; eine geäußerte Rechtsansicht in einem Urteil, die für die Entscheidung an sich nicht relevant ist und über das Erforderliche hinausgeht.

²⁶² vgl. CASE OF KOCH, 17f.

²⁶³ vgl. CASE OF KOCH, 23.

geltend zu machen. Somit lehnte der EGMR Kochs Beschwerde über die Verletzung der Rechte seiner Ehefrau laut Art. 8 der EMRK ab.²⁶⁴

Die Entscheidungen zu den Fällen Pretty und Haas bildeten für den EGMR in Bezug auf Art. 8 der EMRK wichtige Präzedenzfälle. Im Fall Diane Pretty wurde die persönliche Autonomie als ein wichtiger Grundsatz des Art. 8 der EMRK hervorgehoben. Im Fall Haas anerkannte der Gerichtshof im Hinblick auf den obigen Artikel, das Recht des einzelnen Individuums zu entscheiden, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt es sein Leben beenden will. Dieses Recht bestehe unter der Voraussetzung des freien und eigenen Willens.²⁶⁵ Der EGMR selbst sah in diesen Erkenntnissen einen Beitrag zur Weiterentwicklung seiner Rechtsprechung:

“In the case of Haas v. Switzerland, the Court further developed this case-law by acknowledging that an individual’s right to decide in which way and at which time his or her life should end, provided that he or she was in a position freely to form her own will and to act accordingly, was one of the aspects of the right to respect for private life within the meaning of Article 8 of the Convention.”²⁶⁶

Diese Entwicklung erwies sich besonders wichtig im Hinblick auf die geänderten Herausforderungen, vor die sich der EGMR durch neue Verfahrensinhalte gestellt sah. Wie schon einleitend erwähnt, war die EMRK sehr allgemein gehalten und stets im Lichte der aktuellen Entwicklungen der Gesellschaft zu interpretieren.

Der EGMR anerkannte weiters, dass die zunehmende medizinische Raffinesse in Verbindung mit einer hohen Lebenserwartung stehe, was nicht immer eine qualitativ zufriedenstellende Lebensqualität bedeute.²⁶⁷

6.3.3 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR

Urteile des EGMR sind bindend und müssen vollzogen werden. Weiters muss das MinisterInnenkomitee des Europarates als Exekutivorgan kontrollieren²⁶⁸, dass eine erneute Verletzung der EMRK gleicher Art nicht wieder vorkommt.²⁶⁹

Nach dem Urteilsspruch des EGMR, das seit 17. Dezember 2012 rechtskräftig war, beantragte Herr Koch eine Wiederaufnahme des Verfahrens beim deutschen

²⁶⁴ vgl. CASE OF KOCH, 19f.

²⁶⁵ vgl. CASE OF KOCH, 14.

²⁶⁶ CASE OF KOCH, 14.

²⁶⁷ vgl. CASE OF KOCH, 14.

²⁶⁸ vgl. Brunner, Subsidiaritätsgrundsatz und Tatsachenfeststellung, 54.

²⁶⁹ vgl. Haß, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, 61.

Verwaltungsgericht. Dieses lehnte am 13. Mai 2014 seinen Antrag abermals ab mit der Begründung, dass eine erneute „Fortsetzungsfeststellungsklage zulässig, aber unbegründet sei“²⁷⁰. Natrium-Pentobarbital dürfe nur zu therapeutischen Zwecken verwendet werden, wie zum Beispiel für eine palliative Versorgung zur Linderung der Schmerzen und der Atemnot. Eine lebensverkürzende Wirkung dürfe dabei nicht beabsichtigt sein, sondern könne allenfalls nur als Nebenwirkung in Kauf genommen werden (indirekte Sterbehilfe). Gegen diese Entscheidung legte Herr Koch Berufung beim Oberverwaltungsgericht ein. Dieses wies seine Berufung in seinem Urteil vom 19. August 2015 zurück. Nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bedürfe der Bezug von Natrium-Pentobarbital einer Erlaubnis. Diese blieb Frau Koch verwehrt. Zwar enthalte das BtMG Ausnahmebestimmungen, die den Bezug von Natrium-Pentobarbital auch ohne gesonderte Erlaubnis durch ärztliche Verschreibung ermöglichen, doch die Berufsordnung der ÄrztInnen verbiete, das Mittel in tödlicher Dosis zu verschreiben. In Summe fehle es an eindeutigen Festlegungen im Gesetz.²⁷¹

Nach §§ 212, 216 StGB kann Sterbehilfe zulässig sein, wenn eine lebenserhaltende oder verlängerte medizinische Behandlung abgebrochen wird. Das vollständige Verbot der Abgabe von Betäubungsmitteln zum Zweck der Selbsttötung würde laut dem deutschen Bundesverwaltungsgericht gegen Art. 8 der EMRK und Art. 2 Abs. 1 (Recht auf eine freie Entfaltung der Persönlichkeit) des Deutschen Grundgesetzes verstoßen.²⁷² Bereits der EGMR hatte in seinem Urteil darauf hingewiesen, dass die deutsche Gesetzgebung in diesem Bereich Unklarheiten enthält.²⁷³ In seiner Interpretation machte Koch nach dem Urteil des EGMR geltend, dass sich aus den gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland nicht ableiten lasse, dass Betäubungsmittel der Anlage III (darunter Natrium-Pentobarbital) nicht auch für einen Suizid verwendet werden können. Daher stellte er in seiner Berufung fest, dass der Bescheid des BfArM am 16. Dezember 2004 rechtswidrig gewesen sei. Auch in diesem Punkt wurde seine Revision abgelehnt, da nach Auffassung des Gerichts das BfArM nicht verpflichtet war die Erlaubnis zu erteilen. Koch konnte durch ein weiteres Revisionsbegehren sein Klageverfahren wieder aufnehmen und somit

²⁷⁰ BVerwG 3 C 19.15, Urteil des Bundesverwaltungsgericht vom 02.03.2017 – Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung, online unter <<https://www.bverwg.de/entscheidungen/pdf/020317U3C19.15.0.pdf>> (19.11.2019) 5.

²⁷¹ vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 5.

²⁷² vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 5.

²⁷³ vgl. CASE OF KOCH, 23.

wurde das Urteil des Verwaltungsgerichts vom 21. Februar 2006 aufgehoben. Aufgrund des Urteils des EGMR wurde auch seine Fortsetzungsfeststellungsklage statthaft und zugelassen.²⁷⁴

In seiner Beurteilung gelangte das Bundesverwaltungsgericht zur folgenden Auffassung: Laut § 3 Abs. 1 des Deutschen Betäubungsmittelgesetzes musste das BfArM Natrium-Pentobarbital erlauben, da dieses Mittel unter Anlage III den verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmitteln angehörte. Somit war es erlaubnispflichtig, außer es hätte ein Ausnahmetatbestand vorgelegen, was bei Frau Koch nicht der Fall gewesen war. Da sie die Absicht hatte mithilfe des Mittels Suizid zu begehen, wurde ihr die Verschreibung verwehrt, da sich die Ärzteschaft mehrheitlich darauf geeinigt hatte, dass diese Verschreibung nicht mit dem hippokratischen Eid vereinbar sei.²⁷⁵

Das BfArM und das Oberverwaltungsgericht waren beide der Meinung, dass die Erlaubnis zum Verkehr mit Betäubungsmittel (§ 3 BtMG) abgelehnt werden musste, da diese mit dem Grundrecht nicht konform gewesen sei. Das Bundesverwaltungsgericht gestand jedoch ein, dass das Verbot der Verwendung dieser Arzneien der Anlage III zum Zwecke der Selbsttötung einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht darstellte²⁷⁶ und kam zu der Erkenntnis, dass § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG grundrechtskonform sei, wenn eine Suizidwillige oder ein Suizidwilliger aufgrund einer Erkrankung sich in einer Notlage befindet. Begründet wurde dies insofern, als der Staat hilflose Menschen nicht sich selbst überlassen dürfe.²⁷⁷ Die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts durch das Gericht bedingte eine geänderte Auslegung des § 5 Abs. 1 Nr. 6 BtMG und besagte:

„der Erwerb eines Betäubungsmittels für eine Selbsttötung mit dem Zweck des Gesetzes, die notwendige medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, [ist] ausnahmsweise vereinbar [...], wenn sich der suizidwillige Erwerber wegen einer schweren und unheilbaren Erkrankung in einer extremen Notlage befindet.“²⁷⁸

Mit dieser Auslegung wurde das strikte Verbot solcher Mittel (wie in Anlage III aufgezählt) durch das Oberverwaltungsgericht mit der oben genannten Ausnahmeregelung relativiert. Der Staat habe neben der Pflicht, seine BürgerInnen zu schützen und Missbrauch zu verhindern, auch die Pflicht, BürgerInnen in extremen

²⁷⁴ vgl. *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 7f.

²⁷⁵ vgl. *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 9f.

²⁷⁶ vgl. *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 10f.

²⁷⁷ vgl. *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 17.

²⁷⁸ *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 17.

Notlagen Hilfe zu leisten. Im Lichte des EGMR-Urteils im Fall Koch und der Untersuchungen der vorherigen EGMR-Fälle Pretty und Haas erkannte das deutsche Bundesverwaltungsgericht, dass die Zielsetzung des Verbots des Betäubungsmittelgesetzes erweitert werden müsse. Somit könne ein beabsichtigter Suizid mit einem Betäubungsmittel der Anlage III unter bestimmten Voraussetzungen unterstützt werden: Die betroffene Person müsse selbst „frei und ernsthaft“ entscheiden, es gebe keine andere erträgliche Möglichkeit den Suizid durchzuführen, und es müsse eine extreme Notlage gegeben sein. Diese „ist gegeben, wenn - erstens - die schwere und unheilbare Erkrankung mit gravierenden körperlichen Leiden, insbesondere starken Schmerzen verbunden ist, die bei dem Betroffenen zu einem unerträglichen Leidensdruck führen und nicht ausreichend gelindert werden können, - zweitens - der Betroffene entscheidungsfähig ist und sich frei und ernsthaft entschieden hat, sein Leben beenden zu wollen und ihm - drittens - eine andere zumutbare Möglichkeit zur Verwirklichung des Sterbewunsches nicht zur Verfügung steht.“²⁷⁹. Besonders letzteres sei wichtig und notwendig. Somit überwiege die Gewichtung des Selbstbestimmungsrechts des deutschen Grundgesetzes gegenüber allen anderen einschlägigen Bestimmungen. Mit dieser Entscheidung müsse der Staat seine Schutzpflicht für das Leben seiner BürgerInnen (Art.2 Abs.2 Satz 1 des Deutschen Grundgesetzes) zurücknehmen und die selbstbestimmte Entscheidung akzeptieren, dass die Person ihr Leben beenden möchte.²⁸⁰ Das Bundesverwaltungsgericht stellte in diesem Zusammenhang weiters fest, dass es legal sei seinem Sterbewunsch in einem anderen Staat (beispielsweise in der Schweiz) nachzugehen.²⁸¹ Im Fall Koch erblickte das Gericht erhebliche Verfahrensmängel des BfArM. Es hätte prüfen müssen, ob Frau Koch sich durch ihre schwere körperliche Beeinträchtigung in einer extremen Notlage befunden habe und der Sterbewunsch ihre eigene Entscheidung gewesen sei. Nach Einschätzung des Gerichts wäre Frau Koch Natrium-Pentobarbital zu verschreiben gewesen.²⁸² In seinem Urteil vom 2. März 2017 erklärte das Bundesverwaltungsgericht, dass in einer extremen Notlage das BfArM Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung herausgeben darf.²⁸³ Das Verbot der geschäftsmäßigen Tötung laut dem am 10. Dezember 2015 in Kraft getretenen § 217

²⁷⁹ BVerwG, Urteil vom 02.03.2017, 18.

²⁸⁰ vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 19.

²⁸¹ vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 21.

²⁸² vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 24.

²⁸³ vgl. BVerwG 3 C 19.15, Urteil vom 02.03.2017, 21.

StGB sollte aber weiterhin gelten, da das Gericht der Gefahr von wirtschaftlichen Eigeninteressen oder der „Verführung“ zum Suizid begegnen wollte.²⁸⁴

§217 Absatz 2 StGB besagte:

„Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht.“²⁸⁵

Die Einführung dieser gesetzlichen Bestimmung hatte allerdings für ÄrztInnen und PalliativmedizinerInnen letztendlich mehr Probleme als Lösungen gebracht. Die Frage, was unter „geschäftsmäßig“ zu verstehen sei, konnten oft nicht einmal JuristInnen erklären. „Geschäftsmäßig“ kann als Handeln mit finanziellem Gewinn verstanden werden, aber auch auf eine wiederholte Praxis hindeuten. Besonders durch letztere Auslegung entstanden für ÄrztInnen große Probleme, denn sie handeln bei Ausübung der Sterbehilfe eigentlich immer geschäftsmäßig.²⁸⁶ Das Natrium-Pentobarbital darf in Deutschland nicht von einem Hausarzt verschrieben werden, sondern die erkrankten Personen müssen sich an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte wenden. Das Institut lehnte jedoch alle Anträge ab.²⁸⁷ Begründet wurde diese Ablehnung unter anderem mit dem Ersuchen des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit, keinem dieser Anträge zuzustimmen.

Zu der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts publizierte das BfArM auch ein kritisches Rechtsgutachten. Darin vertrat es die Ansicht, dass die Freigabe von Natrium-Pentobarbital außerhalb therapeutischer Zwecke mit dem Grundgesetz nicht übereinstimme. Diese Publikation enthielt auch den Hinweis, dass seit der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtshof vom 2. März 2017 bis November 2017 bereits 60 Anträge auf Verschreibung von Natrium-Pentobarbital vorlagen.²⁸⁸

²⁸⁴ vgl. *BVerwG 3 C 19.15*, Urteil vom 02.03.2017, 22.

²⁸⁵ *Bundesärztekammer*, Bekanntmachung. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. In: *Deutsches Ärzteblatt* 114, H.7. (2017) 334.

²⁸⁶ vgl. *Bundesärztekammer*, Bekanntmachung. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung, 334.

²⁸⁷ vgl. Cornelia *Schmergal*, Gesundheitsministerium verwehrt Schwerstkranken todbringende Medikamente. In: *Spiegel* online, 29.06.2018, online unter <<https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/suizidbeihilfe-schwerstkranken-erhalten-keine-todbringenden-medikamente-a-1215871.html>> (19.11.2019).

²⁸⁸ vgl. Udo *Di Fabio*, Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existenziellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 – 3 C 19/15, November 2017, online unter

Bis dato wurde vom BfArM noch kein einziges Mal Natrium-Pentobarbital ausgegeben. Einer der Gründe dafür war die Ablehnung des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn (CDU), der argumentierte, dass es nicht die Aufgabe des Staates sei, den Suizid durch²⁸⁹ „behördliche, verwaltungsaktmäßige Erteilung von Erlaubnissen zum Erwerb des konkreten Suizidmittels aktiv zu unterstützen“²⁹⁰. Sechs Personen klagten daraufhin das BfArM, da ihnen dadurch das Mittel zu Selbsttötung verwehrt geblieben war.²⁹¹ Am 19. November 2019 trat die 7. Kammer des Bundesverwaltungsgerichts Köln zu diesem Thema zusammen. Sie gelangte zu der Auffassung, dass die im Grundgesetz verankerte Selbstbestimmung keine Legitimierung des assistierenden Suizids enthalte. Der Erwerb von Mitteln der Anlage III zur Selbsttötung sollte generell auszuschließen sein. Es stellte fest, dass das Urteil vom 2. März 2017 nicht verfassungskonform sei und forderte eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts.²⁹² Das Urteil vor dem Bundesverfassungsgericht erfolgte daraufhin am 26. Februar 2020 in Karlsruhe. Der Zweite Senat entschied über die geschäftsmäßige Tötung in Paragraph 217 des deutschen StGB.²⁹³ Das Bundesverfassungsgericht konzentrierte sich verstärkt auf das Recht des selbstbestimmten Sterbens und prüfte ebenfalls, ob der Paragraph im Einklang mit der EMRK stünde. Der Senat orientierte sich dabei an den EGMR-Urteilen *Pretty gegen das Vereinigte Königreich*, *Haas gegen die Schweiz* und *Koch gegen Deutschland*, in denen Art. 8 der EMRK in Bezug auf Lebensqualität und Sterben genau untersucht wurden. Die Urteile vor dem EGMR zeigten ebenfalls, dass auch Art. 2 der EMRK – das ein Recht auf Leben garantiert – nicht in Konflikt mit Sterbehilfe stehen würde, denn der Artikel besagt, dass auch Personen vor selbstgefährdenden Handlungen geschützt werden müssen.²⁹⁴

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf?__blob=publicationFile&v=2> (26.11.2019) 7.

²⁸⁹ vgl. *Schmergal*, Gesundheitsministerium verwehrt Schwerstkranken todbringende Medikamente.

²⁹⁰ *Schmergal*, Gesundheitsministerium verwehrt Schwerstkranken todbringende Medikamente.

²⁹¹ vgl. *Verwaltungsgericht Köln*, Recht auf Selbsttötung in Fällen schwerer Krankheit: Verwaltungsgericht Köln ruft Bundesverfassungsgericht an, online unter <https://www.vg-koeln.nrw.de/behoerde/presse/Pressemitteilungen/Archiv/2019/27_191119_02/index.php> (26.11.2019).

²⁹² vgl. *Verwaltungsgericht Köln*, Recht auf Selbsttötung in Fällen schwerer Krankheit.

²⁹³ vgl. *BVerfG*, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 26.02.2020, online unter <http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html> (01.03.2020) 1, 14.

²⁹⁴ vgl. *BVerfG*, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 86f.

Das Karlsruher Bundesverfassungsgericht entschied daraufhin, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben miteinschließt.²⁹⁵ Es kann daher auch eine Person den assistierenden Suizid verlangen, selbst wenn sie sich nicht „in einer extremen Notlage befindet“. Der Senat sieht bei einer „fremddefinierten Situation“ einen Eingriff in die Freiheit des Individuums, das im Grundgesetz bestimmt ist.²⁹⁶ Das Bundesverfassungsgericht kam ebenfalls zur Entscheidung, dass die geschäftsmäßige Tötung, wie sie in §217 Absatz 1 des deutschen StGB verankert ist, Grundrechte beeinträchtigen würde und beurteilte sie somit als verfassungswidrig.²⁹⁷ Nach dem Urteil am Karlsruher Bundesverfassungsgericht forderten Sterbehilfe-Vereine und betroffene Personen ein Statement von Jens Spahn, dem BfArM zu genehmigen die Nutzung von Natrium-Pentobarbital freizugeben. Der deutsche Bundesgesundheitsminister hatte sich bis dato noch nicht dazu geäußert.²⁹⁸ Dignitas und die DGHS hatten sich inzwischen dazu bereit erklärt, Personen bei ihrem Suizid zu unterstützen.²⁹⁹

²⁹⁵ vgl. *BVerfG*, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 1.

²⁹⁶ vgl. *BVerfG*, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 62f.

²⁹⁷ vgl. *BVerfG*, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2.

²⁹⁸ vgl. Druck auf Gesundheitsminister. Experten fordern von Spahn Freigabe eines Sterbehilfe-Medikaments. In: Der Spiegel, 28.02.2020, online unter <<https://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-jens-spahn-wegen-blockadehaltung-zu-sterbehilfe-medikament-unter-druck-a-00000000-0002-0001-0000-000169705028>> (01.03.2020).

²⁹⁹ vgl. Dignitas. Schweizer Verein will Sterbehilfe in Deutschland leisten. In: Die Zeit, 02.02.2020, online unter <<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-03/sterbehilfe-dignitas-verein-schweiz-paragraf-217>> (02.02.2020).

6.4 Gross gegen die Schweiz (2013/2014)

6.4.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Alda Gross, im folgenden Fall die Beschwerdeführerin, wurde 1931 geboren und verstarb am 10. November 2011. Mit zunehmendem Alter, das mit körperlichem Gerbrechen und dem allmählichen Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten einherging, beschloss sie, selbst über ihren Tod zu entscheiden. Aus diesem Grund wandte sie sich an die Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit.³⁰⁰

Um ein Gutachten zu erstellen, ob die Beschwerdeführerin geistig in der Lage war, selbstständig über ihren Tod zu entscheiden, wandte sie sich im Oktober 2008 an einen Psychiater (im folgenden Dr. T.). Dieser erklärte, dass es aus seiner Sicht keine Einwände gebe, die tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital der Beschwerdeführerin zu verschreiben. Er wollte ihr das Rezept nicht ausstellen, da er in ihrem Fall als medizinischer Gutachter auftrat und nicht als behandelnder Arzt. Deswegen wandte sie sich im November und Anfang Dezember 2008 sowie im Mai 2009 an mehrere ÄrztInnen und bat um die tödliche Dosis Natrium-Pentobarbital für ihren Suizid. Diese weigerten sich, ihr das Rezept auszustellen. Aus diesem Grund reichte Gross im Mai 2009 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Zürich ein. Dieser wies sie am 22. Oktober 2009 zurück, da Dr. T. nicht geprüft hätte, ob sie an einer Krankheit leide, die ihrer Annahme, sie würde bald sterben, rechtfertigte. Der alleinige Wunsch zu sterben, reiche nicht aus, um das Rezept für Natrium-Pentobarbital verschrieben zu bekommen.³⁰¹

Gross legte Beschwerde gegen diese Entscheidung ein und bat zusätzlich, dass sie von einer Apotheke 15g Natrium-Pentobarbital (tödliche Dosis) erhalte. Sie argumentierte, dass ihr Sterbewunsch nicht gegen Schweizer Gesetze verstoße, auch wenn sie nur an Altersschwäche und nicht an einer psychischen oder physischen Krankheit leide. Sie berief sich auf Art. 2, 3 und 8 der EMRK, die ihr nach ihrer Interpretation das Recht gaben, über die Mittel und den Zeitpunkt ihres Todes zu entscheiden.³⁰²

Im April 2010 lehnte auch das Bundesgericht die Beschwerde von Gross ab, da sie nicht die medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizer Akademie der Medizinischen Wissenschaft (SAMW) erfüllt habe. Da die Beschwerdeführerin nicht an einer tödlich

³⁰⁰ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-119703>> (02.12.2019).

³⁰¹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 3f.

³⁰² vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 4.

verlaufenden Krankheit litt, stellte die Nichtverschreibung von Natrium-Pentobarbital keine Verletzung der Pflichten einer Ärztin oder eines Arztes dar. Nur eine gründlich medizinische Untersuchung und längerfristige medizinische Betreuung rechtfertigen die Verschreibung.³⁰³

6.4.2 Verhandlung und Urteil des EGMR

Am 9. April 2013 fand die erste Verhandlung im Fall Gross gegen die Schweiz vor der EGMR-Kammer statt. Diese setzte sich zusammen aus Guido Raimondi (Italien) als Präsident, Danutė Jočienė (Litauen), Peer Lorenzen (Dänemark), András Sajó (Ungarn), Işıl Karakaş (Türkei), Nebojša Vučinić (Jugoslawien) und Helen Keller (Schweiz).³⁰⁴

Bei dieser Verhandlung untersuchte der EGMR die Schweizer Strafgesetzgebung in Bezug auf den assistierenden Suizid sowie das Bundesgesetz über Drogen, Arzneimittel und Medizinprodukte der Schweiz. Ebenso wurden die medizinischen Ethikrichtlinien behandelt, welche von der SAMW vorgegeben worden waren.³⁰⁵ Die Zentrale Ethikkommission der SAMW hatte ihre Richtlinien vom 25. November 2004 über die „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ veröffentlicht (siehe Kapitel 6.2.2.), die auch offiziell einen großen Stellenwert erlangten. Im Vordergrund stand nicht der Suizid an sich, sondern die Linderung physischen und psychischen Leidens.³⁰⁶ Die SAMW-Richtlinien hatten keine formelle Rechtsgültigkeit. Sie kamen als eine Hilfe zur Regelung der Sorgfaltspflicht in Strafverfahren oder Verfahren der zivilrechtlichen Haftung zu Anwendung.³⁰⁷

Gross' Klage beruhte auf ihrer Ansicht, dass die Schweizer Behörden ihr Recht verletzt hätten, über den Zeitpunkt und die Mittel ihres Suizids frei, unabhängig von einem Krankheitsfall, entscheiden zu können. Somit klagte sie gegen Art. 8 der EMRK.³⁰⁸ Der Vertreter von Gross erläuterte, dass die Schweizer Gesetzgebung Natrium-Pentobarbital nur dann zulasse, wenn die Patientin oder der Patient ein Rezept verschrieben bekommt. Allerdings stellten die ÄrztInnen gemäß den Richtlinien der SAMW nur dann Rezepte aus, wenn eine tödlich verlaufende Krankheit vorlag. Deshalb blieb es seiner Mandantin

³⁰³ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 5.

³⁰⁴ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 1.

³⁰⁵ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 9.

³⁰⁶ vgl. *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe, 80.

³⁰⁷ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 9.

³⁰⁸ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 11.

verwehrt, eine schmerzlose Selbsttötung durchzuführen. Damit wurde ihr das Recht genommen zu entscheiden, wann und wie sie aus dem Leben geht. Der Versuch, legal an eine Schusswaffe oder an eine tödliche Dosis Cyanid zu gelangen war ebenso erfolglos.³⁰⁹ Die Richtlinien des SAMW sahen vor, dass sich „SuizidkandidatInnen“ einer längeren Beobachtung durch ÄrztInnen unterziehen müssen. Gross war der Ansicht, dass eine solche „Langzeitaufsicht“ wegen ihres hohen Alters gegen ihren Sterbewunsch gerichtet sei.³¹⁰

Der Vertreter der Regierung bezog sich zu Beginn der Verteidigung auf das EGMR-Urteil im Fall Pretty. Dort hätte der EGMR geltend gemacht, dass es die Angelegenheit der einzelnen Staaten sei, wie sie den Problembereich der Sterbehilfe gesetzlich regelte. Die Schweizer Bestimmungen zur Verordnung von Natrium-Pentobarbital seien als Schutzmaßnahmen erstellt worden. Dabei bezog sich der Vertreter der Regierung auch auf das EGMR-Urteil Haas.³¹¹ Die Angaben von Gross bezüglich ihrer großen Anstrengungen, um an das Mittel zu gelangen, seien weit übertrieben. Das Gutachten von Dr. T. sei ausschließlich aufgrund von zwei Gesprächen, die jeweils eineinhalb Stunden gedauert hätten, erstellt worden. Dr. T. habe sich somit keine gründliche Übersicht über die Lage der Patientin verschaffen können. Der Regierungsvertreter wies auch darauf hin, dass die Schweizer Behörden – wie schon im Fall Haas – aufgrund des Art. 2 der EMRK entschieden hätten. Er berief sich dabei auf eine Statistik, die zeigte, dass vier von fünf Personen, die wegen einer Depression einen Suizidversuch unternahmen, keine weitere Selbsttötung mehr anstrebten.³¹² Abschließend erwähnte er, dass die Schweizer Behörden gegenüber dem assistierenden Suizid sehr liberal eingestellt seien und diesen auch Personen aus anderen Mitgliedsstaaten ermöglichten. Aus diesem Grund müsse die Schweiz besondere Schutzmaßnahmen erstellen, zum Beispiel die SAMW-Richtlinien.³¹³ In seiner Entscheidung wies der EGMR darauf hin, dass der wesentliche Terminus „Privatleben“ im Art. 8 der EMRK ein weit gefasster Begriff sei.³¹⁴ Im Fall Gross berücksichtigte der EGMR auch die Rechtsprechung der vergangenen Sterbehilfe-Fälle. Bei Pretty hatte er bereits festgestellt, dass das Recht auf Sterbehilfe in Art. 8 der EMRK

³⁰⁹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 12.

³¹⁰ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 12.

³¹¹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 13.

³¹² vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 14.

³¹³ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 14.

³¹⁴ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 15.

enthalten ist. Bei Haas zeigte sich, dass sich die Rechtsprechung weiterentwickelt hatte, da ihm auf Grund des Art. 8 der EMRK das Recht eingeräumt wurde, selbst über die Art und den Zeitpunkt seines Suizids zu entscheiden, sofern es sein Wille sei.³¹⁵

Der Gerichtshof erkannte in diesem Fall die Problemlage, dass es in der Schweiz nicht ausreichend gesetzlich geregelt war, unter welchen Umständen die ÄrztInnen befugt seien, der Beschwerdeführerin das gewünschte Mittel zu verschreiben. Der Schweizer Bundesgerichtshof hatte sich in seiner Rechtsprechung nur auf die medizinischen Ethikrichtlinien der SAMW, einer NGO gestützt. Diese Vorgaben hätten jedoch keine formale Rechtskraft. Das Schweizer StGB enthalte in Art. 115 lediglich die Aussage, dass die Beihilfe zum Suizid geahndet werden müsse, wenn sie aus egoistischen Gründen erfolge. Dem Gericht lagen auch Briefe von ÄrztInnen vor, in denen sie die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital ablehnten, da sie lange Gerichtsverfahren und negative berufliche Konsequenzen befürchteten. Der EGMR erkannte die schwierige Rechtslage an, in der sich die Schweizer Gerichte befanden, und stellte fest, ein demokratischer Staat und dessen legitimierte Gesetzgebung sollten jedoch klare Regelungen für den assistierenden Suizid beschließen und diese nicht an Berufsverbände delegieren. Nur entstünden für ÄrztInnen gesicherte Grundlagen und Richtlinien wie sie zu entscheiden haben, wenn eine Patientin oder ein Patient, welche/r nicht an einer tödlichen Krankheit leidet, den assistierenden Suizid verlangt.³¹⁶

Der EGMR kam letztendlich zu dem Schluss, dass durch die mangelnde gesetzliche Regelung des assistierenden Suizids in der Schweiz, Gross in einem Zustand von großer Angst und Unsicherheit – also in eine psychische Notlage – versetzt worden war.³¹⁷ Es entschied mit vier zu drei Stimmen, dass in ihrem Fall eine Verletzung des Art. 8 der EMRK vorlag.³¹⁸ Die Entscheidung erlangte jedoch keine Gültigkeit, da der Vertreter der Schweizer Regierung am 12. August 2013 den Antrag auf Revision des Verfahrens an die Große Kammer stellte.³¹⁹

Am 5. März und 27. August 2014 fand daraufhin die Verhandlung der Großen Kammer unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt.³²⁰ Über das Urteil Gross gegen die Schweiz

³¹⁵ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 16.

³¹⁶ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 17.

³¹⁷ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 16-18.

³¹⁸ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 20.

³¹⁹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 2.

³²⁰ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 1.

wurde am 30. September 2014 in der Großen Kammer des EGMR endgültig entschieden, nachdem es bereits am 14. Mai 2013 zu einem ersten Urteil des EGMR in dem Fall gekommen war. Diese Große Kammer setzte sich zusammen aus dem Präsidenten Dean Spielmann (Luxemburg) und den weiteren RichterInnen Josep Casadevall (Andorra), Ineta Ziemele (Lettland), Mark Villiger (Liechtenstein), Isabelle Berro-Lefèvre (Monaco), Boštjan M. Zupančič (Slowenien), Alvina Gyulumyan (Armenien), Khanlar Hajiyev (Aserbaidshan), Dragoljub Popović (Serbien), Ledi Bianku (Albanien), Nona Tsotsoria (Georgien), Ann Power-Forde (Irland), Vincent A. De Gaetano (Malta), Linos-Alexandre Sicilianos (Griechenland), Helen Keller (Schweiz), Helena Jäderblom (Schweden), Johannes Silvis (Niederlande).³²¹ Die Schweiz wurde vertreten von F. Schürmann, Leiter der Abteilung Menschenrechte und Europarat des Bundesministeriums der Justiz, Gross von F.T. Peterman, der Anwalt in St. Gallen war.

³²² Als dritte Parteien traten *Alliance Defending Freedom*, *European Centre of Law and Justice*, *Americans United for Life* und Dignitas auf.³²³

Am 7. Januar 2014 erfuhr der EGMR, dass Gross das Natrium-Pentobarbital inzwischen schon von einer Ärztin oder einem Arzt und mit Unterstützung von der Sterbehilfe-Organisation EXIT verschrieben bekommen hatte und am 10. November 2011 verstorben war. Der Vertreter der Regierung warf Gross' Anwalt vor, dass durch die Annahme, Gross sei noch am Leben, der EGMR irreführt worden sei.³²⁴

Der Anwalt teilte hingegen mit, er habe seit Januar 2010 keinen persönlichen Kontakt mehr zu seiner Mandantin gehabt. Die Korrespondenz sei ausschließlich über Herrn F., einem pensionierten Pastor, der für EXIT arbeitete, gelaufen. Erst am 9. Januar 2014 habe er erfahren, dass Frau Gross verstorben und es ihr Wunsch gewesen sei, dass dies geheim gehalten werde, damit das Gerichtsverfahren nicht eingestellt werde.³²⁵ Gross' Anwalt forderte nun, das Verfahren vor der Großen Kammer des EGMR fortzuführen, da eine Prüfung dieses Falles im öffentlichen Interesse der Thematik der Sterbehilfe stehen würde³²⁶ und brachte vor:

³²¹ vgl. *European Court of Human Rights*, CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146780>> (03.12.2019) 1.

³²² vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 1f.

³²³ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, 14f.

³²⁴ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 4-5.

³²⁵ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 5, 8.

³²⁶ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 5f.

„'Euthanasia' was a contentious and much-debated issue in many European countries. Cases of this nature were generally brought by persons who were elderly and/or ill. If proceedings were to be systematically abandoned when such a person died, the questions raised by such cases could never be decided by the Court.”³²⁷

Der EGMR sah es sehr kritisch, dass Gross' Anwalt nie im direkten Kontakt mit seiner Mandantin gewesen und somit nicht ganz seiner Rolle als gesetzlicher Vertreter nachgekommen war. Die Große Kammer konnte Gross' Wunsch nachvollziehen, jedoch führte sie das Gericht absichtlich in die Irre. Der EGMR kam zum Entschluss, dass aus diesem Grund die Einwände der Regierung richtig waren und anerkannten einen Missbrauch des Antragsrechts.³²⁸ Sie entschied mit neun gegen acht Stimmen, dass der Antrag unzulässig sei.³²⁹

Nach dem Urteil der Großen Kammer veröffentlichten die RichterInnen Dean Spielmann, Ineta Ziemele, Isabelle Berro-Lefèvre, Boštjan M. Zupančič, Khanlar Hajiyevev, Nona Tsotsoria, Linos-Alexandre Sicilianos und Helen Keller eine Begründung für ihre abweichende Meinung. Sie hatten gegen eine Verletzung von Art. 8 der EMRK gestimmt. Sie waren der Ansicht, dass die medizinischen Richtlinien des SAMW ausreichend und klar definiert seien und die Beschwerdeführerin die Voraussetzung für den assistierenden Suizid nicht erfüllt habe. Die RichterInnen sahen eine Gefahr für die Menschenrechte, wenn Angelegenheiten des Sterbens zu sehr liberalisiert würden. Ihrer Meinung nach sollte dem Nationalstaat ein großer Ermessensspielraum geltender Regelungen eingeräumt werden, in dem eine Verweigerung – wie im Fall Gross – zulässig sei. Deswegen sahen sie keine Verletzung von Art. 8 der EMRK vor.³³⁰

Richter Silvis, der eine Verletzung des Art. 8 EMRK anerkannt hatte, beschwerte sich in einer persönlichen Stellungnahme darüber, dass das Gericht keine Kenntnis vom Ableben von Gross erhalten habe. Erst als der Fall von der Kammer an die Große Kammer zur Revision überwiesen worden war, sei der Gerichtshof informiert worden, dass die Beschwerdeführerin an einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital gestorben sei. Der Anwalt von Gross hatte den EGMR nicht informiert, da er – nach seiner Aussage – selbst nicht von ihrem Tod erfahren hatte.³³¹

³²⁷ CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 6.

³²⁸ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 8.

³²⁹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 9.

³³⁰ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 12-14.

³³¹ vgl. CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, 10f.

6.4.3 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR

Die Schweizer Regierung nahm die Kritik aus dem Urteil des EGMR vom 14. Mai 2013 jedoch an und versuchte die Sterbehilfe-Regulierungen zu verbessern. Im Mai 2015 wurde die zentrale Ethikkommission der SAMW damit beauftragt, ihre medizinisch-ethischen Richtlinien zu erneuern.³³² Bei der Totalrevision dieser Richtlinien blieb die Struktur der Regelungen gleich. Es wurde weiterhin daran festgehalten, dass das primäre Ziel ärztlichen Handelns sei, die Krankheiten der PatientInnen zu heilen oder zumindest ihre Symptome zu lindern und sie auf diesem Weg zu begleiten. Die ÄrztInnen seien aber nicht dazu verpflichtet, Suizidbeihilfe zu leisten. Neu in den Richtlinien sind vor allem jene, die den gesundheitlichen Zustand der PatientInnen betreffen. Suizidbeihilfe ist erlaubt, wenn Krankheiten und Funktionseinschränkungen der PatientInnen unerträgliches Leiden bewirken. Damit ergeben sich jedoch zahlreiche juristische und praktische Fragen. Unerträgliches Leiden ist ein Terminus, der sehr unbestimmt ist, weil er von vielen subjektiven Gegebenheiten abhängt. Das Leiden von PatientInnen, die an Krebs erkrankt sind, wird anders beurteilt werden als Personen mit psychischen Erkrankungen. Dadurch können ÄrztInnen in schwierige Situationen geraten, da die Entscheidung, ob Suizidbeihilfe geleistet wird, von ihnen abhängt. Mit dem Kriterium des unerträglichen Leidens geht auch einher, dass psychische Krankheiten (z.B. Depressionen, Demenz usw.) miteingeschlossen sind. Selbstbestimmung ist aber wichtig beim assistierenden Suizid. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwiefern die PatientInnen mit psychischen Krankheiten noch urteilsfähig sind (z.B. bei Demenz).³³³

³³² vgl. *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (Hg.)*, Medizin-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod (Basel² 2019).

³³³ vgl. Michael Barnikol, Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien. In: Schweizerische Ärztezeitung 99, H.41. (2018), online unter <<https://doi.org/10.4414/saez.2018.17179>> (09.12.2019).

6.5 Lambert u.a. gegen Frankreich (2015)

6.5.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Vincent Lambert (geboren am 20. September 1976) erlitt am 29. September 2008 bei einem Verkehrsunfall schwere Kopfverletzungen und lag seither im Wachkoma. Außerdem erlitt er eine Tetraplegie - eine Form der Querschnittslähmung. Von 2008 bis 2009 wurde er in drei verschiedene Krankenhäuser und Stationen verlegt. Er musste künstlich ernährt werden, Flüssigkeit wurde ihm durch Infusionen extern zugeführt. ExpertInnen des Universitätsklinikums Lüttich untersuchten ihn im Juli 2011 sehr gründlich und stellten ebenfalls fest, dass er sich in einem chronischen neurovegetativen Zustand befand. Nach dieser Diagnose erhielt er tägliche Trainingseinheiten durch PhysiotherapeutInnen, die jedoch keinen Erfolg brachten. Auch Sprachtherapie und der Versuch zur Erstellung eines individuellen Sprachcodes blieben erfolglos. Die minimalen Reaktionen Lamberts interpretierte das medizinische Personal im Laufe des Jahres 2012 dahingehend, dass die medizinisch-technische Lebensverlängerung gegen seinen Willen geschah. Das war der Auslöser für den Beschluss seiner behandelnden ÄrztInnen, mit Zustimmung von Lamberts Ehefrau, Rachel, die Geräte, die ihn am Leben erhielten, allmählich auszuschalten. Die Verringerung der Flüssigkeitszufuhr und die Einstellung der Nahrung begannen am 10. April 2013.³³⁴

Vincent Lamberts Eltern, die streng katholisch sind, waren jedoch gegen diese Maßnahme und stellten am 9. Mai 2013 vor dem Verwaltungsgericht von *Châlons-en-Champagne* einen Dringlichkeitsantrag auf Weiterführung der lebenserhaltenden Maßnahmen. Dieser hatte zur Folge, dass das Krankenhaus dazu verpflichtet wurde, die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr wieder aufzunehmen. Dem Antrag wurde entsprochen, da Lambert keine Patientenverfügung erstellt hatte und seine Eltern von der Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen nicht informiert worden waren. Der Richter sah darin eine fundamentale Verletzung des Grundrechts auf Leben.³³⁵

Daraufhin wurde im September 2013 eine neuerliche Untersuchung durchgeführt, zu der neben Lamberts behandelndem Arzt noch sechs weitere Mediziner, die Hälfte davon aus einem anderen Krankenhaus, hinzugezogen wurden. Ebenso gab es Konsultationen mit Familienmitgliedern. Rachel Lambert und sechs von Vincents Geschwistern waren für

³³⁴ vgl. *European Court of Human Rights*, CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 05.06.2015, online unter < <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352> > (21. 12.2019) 3f.

³³⁵ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 4f.

ein Beenden der lebenserhaltenden Maßnahmen, Vincents Eltern und zwei andere seiner Geschwister waren dagegen. Nach diesen Konsultationen sprachen sich fünf der sechs ÄrztInnen für die Beendigung der künstlichen Ernährung sowie der Zufuhr von Flüssigkeit aus. Der leitende Arzt, Dr. Kariger, gab am 11. Januar 2014 bekannt, dass am 13. Januar 2014 die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt werden sollten. In seiner Begründung stellte er fest, dass der Patient an irreversiblen Hirnschäden leide und weitere Behandlungen keine Änderung seines Zustands bewirken würden. Er befand die Fortsetzung der Behandlung als eine „unvernünftige Hartnäckigkeit“ („unreasonable obstinacy“).³³⁶

Die Eltern und zwei Geschwister Lamberts stellten erneut einen Dringlichkeitsantrag an das Verwaltungsgericht von *Châlons-en-Champagne* und forderten, dass ihr Sohn sofort in eine spezielle Pflegeeinrichtung in Oberhausbergen verlegt werden sollte. Am 16. Januar 2014 wurde von diesem Gericht entschieden, dass auch wenn Lambert vor dem Unfall bei voller Gesundheit den Wunsch geäußert habe, es möge im Fall des Falles keine künstliche Lebensverlängerung vorgenommen werden, dieser Umstand nicht auf seine derzeitige Situation übertragbar sei. Zwar hatte er ein schwieriges Verhältnis zu seinen Eltern, da er weder ihre religiöse noch moralische Einstellung teilte, dennoch könne nicht davon ausgegangen werden, dass sein Wunsch zu sterben, eindeutig sei. Das Gericht vertrat daher die Ansicht, dass Lamberts Behandlungen nicht zwecklos seien, solange sie keinen Stress oder Schmerzen herbeiführten. Somit sah es die Entscheidung Dr. Karigers, die lebenserhaltenden Maßnahmen einzustellen, als rechtswidrig an. Da Lambert beim Lütticher Gutachten von 2011 bei geringfügigem Bewusstsein war, entschied das Gericht, vorerst die Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen aufzuschieben, lehnte jedoch die Verlegung Lamberts nach Oberhausbergen ab.³³⁷

Rachel Lambert und Lamberts Neffe François Lambert sowie die zuständige Universitätsklinik von Reims legten daraufhin Berufung beim *Conseil d'État*, dem obersten Verwaltungsgericht in Frankreich, ein. Die Eltern Lamberts folgten mit einer Anschlussbeschwerde und forderten erneut seine Verlegung. Die *Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés* (UNAFTC) stellte den Antrag, als dritte Partei gehört zu werden. Am 13. Februar 2014 fand die Anhörung

³³⁶ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 5f.

³³⁷ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 6f.

statt und am 14. Februar 2014 folgte das Urteil.³³⁸ Das *Conseil d'État* forderte ein erneutes Gutachten von drei ÄrztInnen und ersuchte, dass die *Académie nationale de médecine*, das *Comité Consultatif National d'Ethique*, das *Conseil National de l'Ordre des Médecins* sowie der Berichterstatter Jean Leonetti für das sogenannte Leonetti-Gesetz von 2005 über PatientInnenrechte und Lebensbeendigungsfragen bis Ende April 2014 klären mögen, ob die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen gerechtfertigt sei und unter den Artikel L. 1110-5 des Gesetzbuchs für öffentliche Gesundheit falle. Der Antrag auf Verlegung Lamberts wurde erneut abgewiesen.³³⁹ Das Gutachten des ExpertInnenteams wurde am 26. Mai 2014 dem *Conseil d'État* übermittelt. Darin wurde ausgeführt, dass sich Lambert in einem vegetativen Zustand mit minimalem Bewusstsein befinde. Zusätzlich falle es ihm schwer zu schlucken, seine Arme und Beine seien motorisch stark eingeschränkt. Sein Gehirnschaden hätte sich seit der Untersuchung im Jahr 2011 weiterhin verschlechtert.³⁴⁰

Aufgrund des Gutachtens und der Berichte der oben genannten Institutionen³⁴¹ entschied das *Conseil d'État* am 24. Juni 2014, dass sich Vincent Lambert in einem Zustand der Bewusstlosigkeit befände und seine Autonomie verloren habe. Durch die künstliche Zufuhr von Ernährung und Flüssigkeit wäre die Fortsetzung der Behandlung laut dem *Conseil d'État* eine „unangemessene Hartnäckigkeit“. Ebenfalls stellte das Gericht fest, die Befürwortung der Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen sei gerechtfertigt gewesen. Der behandelnde Arzt hätte alles gemäß den fachlichen Bestimmungen und dem Gesetz gehandelt. Vincent Lambert hätte vor seinem Unfall gegenüber seiner Ehefrau und seinem Bruder vermehrt geäußert, dass er im Zustand vegetativen Bewusstseins nicht künstlich am Leben erhalten werden möchte. Das Gericht kam zum Schluss, dass nichts an der Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen rechtswidrig sei.³⁴²

6.5.2 Die rechtliche Situation in Frankreich

Die Sterbehilfedebatte in Frankreich wurde in den letzten Jahrzehnten von einigen spektakulären Fällen bestimmt, zum Beispiel der Fall Vincent Humbert (1981-2003). Er

³³⁸ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 7.

³³⁹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 10.

³⁴⁰ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 10f.

³⁴¹ Näheres siehe CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 11f.

³⁴² vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 16, 18.

litt an den Folgen eines schweren Autounfalls im Jahr 2002 und war seitdem querschnittsgelähmt, blind und stumm. Er richtete ein Schreiben an den damaligen französischen Präsidenten Jacques Chirac (von 1995 bis 2007 im Amt), in dem er ihn um Unterstützung bat, Sterbehilfe zu bekommen.³⁴³ Nachdem sein Ansuchen abgelehnt worden war, versuchte seine Mutter ihm Sterbehilfe zu leisten, indem sie ihm Barbiturate (Schlaf- und Beruhigungsmittel) spritzte. Ihr Sohn fiel daraufhin ins Koma und wurde künstlich beatmet. Nach einigen Tagen schaltete sein behandelnder Arzt die Beatmungsgeräte aus und erfüllte damit Humberts Wunsch nach Sterbehilfe.³⁴⁴ Dieser Fall veranlasste die französische Regierung zur Einsetzung einer Kommission, die die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in Frankreich prüfen sollte.³⁴⁵ Das Ergebnis war ein Gesetzesentwurf nach dem Vorbild der Niederlande, der Straffreiheit für aktive Sterbehilfe vorsah. Dieser Entwurf fand innerhalb der Regierung keine Zustimmung, statt dessen einigte sie sich auf den Ausbau der palliativen Versorgung, wofür sie 43 Millionen Euro bereitstellte.³⁴⁶ Außerdem wurde einem Gesetzesentwurf des damaligen Gesundheitsministers Jean Leonetti zugestimmt,³⁴⁷ der die passive Sterbehilfe und die PatientInnenverfügung regelte.³⁴⁸ Im Fall Lambert erläuterte Leonetti vor dem *Conseil d'État* selbst die genauen Bestimmungen dieses Gesetzes. Er meinte, wenn eine Behandlung keine Wirkung mehr zeige und die Person nur noch künstlich am Leben erhalten werden könne, dann liege es im Ermessen der behandelnden Ärztin oder des Arztes, ob die Maßnahmen zur künstlichen Lebensverlängerung fortgesetzt werden sollen oder nicht.³⁴⁹

Zuvor war passive Sterbehilfe nur dann legal, wenn die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten keine Wirkung zeigten. Allerdings bestand für ÄrztInnen, die lebenserhaltende Maßnahmen einstellten, die Gefahr, sie könnten sich aufgrund unterlassener Hilfeleistung strafbar machen.³⁵⁰ Durch die mit dem sogenannten Leonetti-

³⁴³ vgl. Lionel Dany, Karine Baumstarck, Eric Dudoit, Florence Duffaud, Pascal Auquier, Sébastien Salas, Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. In: BMC palliative care 14 (2015) 2.

³⁴⁴ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 105.

³⁴⁵ vgl. Dany, Baumstarck, Dudoit, Duffaud, Auquier, Salas, Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians, 2.

³⁴⁶ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 106.

³⁴⁷ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 7.

³⁴⁸ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 115.

³⁴⁹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 11f.

³⁵⁰ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 111f.

Gesetz vom 23. April 2005 erneuerte Rechtslage wurde es nun ÄrztInnen erlaubt, auf Grundlage einer Patientenverfügung bei schweren unheilbaren Krankheiten die lebensverlängernden Maßnahmen einzustellen. Auch bei fehlender PatientInnenverfügung dürfen ÄrztInnen seitdem das Leben beenden, wenn der PatientInnenwunsch mit nahestehenden Personen (z.B. Verwandten) besprochen worden war und die gesetzlichen Regelungen dabei befolgt werden.³⁵¹

6.5.3 Verhandlung und Urteil des EGMR

Nach der Entscheidung des *Conseil d'État* wandten sich die Eltern und zwei Geschwister von Vincent Lambert an den EGMR und führten Klage auf Grund der EMRK Art. 2 Recht auf Leben, Art. 3 Verbot der Folter, Art. 6§1 Recht auf ein faires Verfahren und Art. 8 Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens.³⁵² Die Verhandlung fand vor der Großen Kammer des EGMR statt. Diese setzte sich aus dem Präsidenten Dean Spielmann (Luxemburg) und den RichterInnen Guido Raimondi (Italien), Mark Villiger (Liechtenstein), Isabelle Berro (Monaco), Khanlar Hajiyev (Aserbaidchan), Ján Šikuta (Slowakei), George Nicolaou (Zypern), Nona Tsotsoria (Georgien), Vincent A. De Gaetano (Malta), Angelika Nußberger (Deutschland), Linos-Alexandre Sicilianos (Griechenland), Erik Møse (Norwegen), André Potocki (Frankreich), Helena Jäderblom (Schweden), Aleš Pejchal (Tschechien), Valeriu Griţco (Moldawien), Egidijus Kūris (Litauen) zusammen. Die öffentliche Anhörung fand am 7. Januar 2015 im Menschenrechtsgebäude in Straßburg statt.³⁵³ Die Verhandlung wurde in Englisch und Französisch abgehalten.³⁵⁴ Die AntragstellerInnen in dem Fall waren Pierre und Viviane Lambert, Eltern von Vincent, sowie seine Geschwister David Philippon und Anne Tuarze. Sie wurden von den Anwälten J. Triomphe aus Paris und J. Paillot aus Straßburg vertreten. Die französische Regierung wurde von F. Alabrune, Rechtsdirektor im Außenministerium, vertreten.³⁵⁵ Rachel Lambert wurde von den Anwälten L. Pettiti sowie Dr. Oportus vertreten. Lamberts Neffe François und seine Schwester Marie-Geneviève Lambert wurden von M. Munier-Apaire, Mitglied des *Conseil d'État*,

³⁵¹ vgl. Schrader, Sterbehilfe, 116.

³⁵² vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 3f.

³⁵³ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 1.

³⁵⁴ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 52.

³⁵⁵ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 1.

vertreten. Bis auf Pierre Lambert waren alle KlägerInnen vor Gericht anwesend.³⁵⁶ Ebenso als dritte Partei äußerte sich in diesem Fall die UNAFTC, die Pflegeheim-Gesellschaft *Amr so-Bethel* und die Menschenrechtsklinik des *International Institute of Human Rights*.³⁵⁷

6.5.3.1 Zur behaupteten Verletzung von Art. 2 EMRK: Recht auf Leben

Die Vertreter der Regierung argumentierten, dass das Leonetti-Gesetz eine Balance zwischen dem Respekt für Leben und dem Recht der Patientin oder des Patienten, der einer Behandlung zustimmt oder sie verweigert, halte. ÄrztInnen sollten eine ad quate Therapie zum Wohle der PatientInnen durchführen. Die Wünsche der PatientInnen und die Anliegen der Familien der behandelnden Person würden berücksichtigen werden. Die Entscheidung des Arztes unterstehe einer möglichen richterlichen Revision.³⁵⁸

Die Große Kammer bezog sich in ihrer Erkenntnis zunächst auf die Unterscheidung des „vorsätzlichen Beendens des Lebens“ („*intentional taking of life*“) und einer therapeutischen Enthaltung. Zu den positiven Verpflichtungen des Staates gehöre es, das Leben von Personen, die der französischen Rechtsprechung unterliegen, zu schützen. Somit stellte sich der Gerichtshof die Frage, ob der Staat Frankreich seinen positiven Verpflichtungen im Fall Vincent nachgekommen sei.³⁵⁹

Die BeschwerdeführerInnen wiesen darauf hin, dass das Leonetti-Gesetz und damit der Begriff der „unvernünftigen Hartnäckigkeit“ auf Lambert nicht anwendbar sei, da er ihrer Meinung nach weder krank sei, noch kurz vor seinem Tod st nde. Die künstliche Ernährung könne nicht entzogen werden. Es wäre für sie nicht einsichtig, dass die gravierende Entscheidung über Leben oder Tod ausschließlich von einer Ärztin oder einem Arzt allein getroffen werden könne, ohne Teilnahme anderer ÄrztInnen und der Familie. Die Gesetzgebung solle Maßnahmen für den Fall unterschiedlicher Ansichten unter den Familienmitgliedern vorsehen.³⁶⁰

Die Vertreter der Regierung argumentierten, dass die französische Gesetzgebung für solch einen Fall Verfahrensgarantien haben würden, welche die Wünsche der Patientin oder des Patienten und die Ansichten einer Vertrauensperson miteinschließen sollte.

³⁵⁶ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 3.

³⁵⁷ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 4.

³⁵⁸ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 37.

³⁵⁹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 36.

³⁶⁰ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 36f.

Diese Garantien wurden eingehalten, ebenfalls wurde auch die Entscheidung von Lamberts Arzt gerichtlich überprüft.³⁶¹

Rachel Lambert, Lamberts Ehefrau, bestätigte die Aussage der Regierungsvertreter, dass das Leonetti-Gesetz zahlreiche Schutzklauseln beinhalte. Dr. Kariger hätte externe ÄrztInnen konsultiert und seine Entscheidung auch mit dem Pflegepersonal und der Familie besprochen. Dieser Stellungnahme schlossen sich auch Vincents Neffe François Lambert und seine Schwester Marie-Geneviève Lambert an. Sie bestätigten, dass sie über alle medizinischen Maßnahmen informiert worden seien und waren der Meinung, dass die Entscheidung Dr. Karigers mit den französischen Gesetzen und der EMRK übereinstimme. Die UNAFTC vertrat den Standpunkt, dass die Beendigung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht entschieden werden solle, wenn noch keine Einigung in der Familie erzielt worden sei.³⁶²

Nach Anhörung aller Parteien setzten die RichterInnen des EGMR ihre Untersuchung fort, ob die positiven Verpflichtungen des Staates anhand des “Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations“³⁶³ des Europarates und unter den folgenden Faktoren eingehalten worden waren:

- “the existence in domestic law and practice of a regulatory framework compatible with the requirements of Article 2 [...];
- whether account had been taken of the applicant’s previously expressed wishes and those of the persons close to him, as well as the opinions of other medical personnel [...];
- the possibility to approach the courts in the event of doubts as to the best decision to take in the patient’s interests[...].”³⁶⁴

Der EGMR stellte fest, dass kein Konsens unter den Mitgliedstaaten des Europarates bezüglich des Ermöglichens der Beendigung der künstlichen lebenserhaltenden Behandlungen besteht, obwohl die Mehrheit der Staaten einen gewissen Toleranzbereich vorsehe. Auf jeden Fall müsse der Schutz der PatientInnen in ihrem Recht auf Leben und dem Schutz des Rechts auf Achtung ihres Privatlebens und ihrer persönlichen Autonomie gewahrt werden – und zwar auch dann, wenn die PatientInnen nicht mehr in der Lage

³⁶¹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 37.

³⁶² vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 38.

³⁶³ Der “Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations” des Europarates ist ein ausgearbeiteter Leitfaden, um die Arbeit des PatientInnenrecht mit den in der EU verankernden Grundsätzen zu erleichtern.

³⁶⁴ CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 41.

sind, ihre Wünsche zu äußern.³⁶⁵ Der EGMR beurteilte dann im Einzelnen die von den KlägerInnen vorgebrachten Beschwerden - hinsichtlich der fehlenden Klarheit der Gesetzgebung für die öffentliche Gesundheit sowie den Konzepten von entzogener Behandlung und „unangemessener Hartnäckigkeit“. Der EGMR begutachtete das Urteil des *Conseil d'Etat* und kam zu dem Schluss, dass der Rechtsrahmen der französischen Gesetzgebung ausreichend klar sei, um den Schutz von PatientInnen zu gewährleisten.³⁶⁶ Weiters nahm der EGMR Stellung zur Beschwerde der klagenden Partei, dass der Entscheidungsprozess wirklich hätte kollektiv erfolgen sollen und eine Mediation bei Meinungsverschiedenheiten vorzusehen habe. Der Gerichtshof stellte fest, dass im französischen Recht eine kollektive Entscheidung vorgesehen ist. Dies bedeutet, dass eine Konsultationsphase mit dem Pflgeteam, ÄrztInnen und Vertrauenspersonen beziehungsweise der Familie der Entscheidung vorangehen muss. Die Entscheidung selbst trage aber nur die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt. Dies hatte Jean Leonetti schon vor dem *Conseil d'Etat* bestätigt. Der EGMR anerkannte, dass im Fall Lamberts sogar das standardisierte Konsultationsverfahren erweitert worden war. Das Fehlen von Konsens sei eine Tatsache gewesen, die Organisation der Entscheidungsfindung unterliege aber den Ermessensspielraum des Staates.³⁶⁷ Schließlich hielt das Gericht auch hinsichtlich der Rechtsmittel fest, dass das *Conseil d'Etat* durch die vorgelegten Aussagen in der Lage war, den Willen Lamberts zu beurteilen.³⁶⁸

In seinem Urteil stellte der EGMR fest, dass der Instanzenweg durch die französische Gerichtsbarkeit vollständig eingehalten worden war und alle Entscheidungen im Ermessensspielraum des Staates gelegen waren. Insgesamt entschied eine Mehrheit von 12 RichterInnen, dass es zu keinem Verstoß gegen Art. 2 der EMRK gekommen war.³⁶⁹

³⁶⁵ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 43.

³⁶⁶ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 45f.

³⁶⁷ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 46f.

³⁶⁸ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 49.

³⁶⁹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 52.

6.5.3.2 Zur behaupteten Verletzung von Art. 6 EMRK: Recht auf ein faires Verfahren und Art. 8 EMRK: Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

Die BeschwerdeführerInnen argumentierten, dass Dr. Kariger nicht objektiv, sondern parteiisch entschieden hätte und das vom *Conseil d'Etat* beauftragte Gutachten widersprüchlich sei.³⁷⁰ Dadurch sei Art. 6 Absatz 1 der EMRK, das ein faires Verfahren „von einem unabhängigen und unparteiischen, auf Gesetz beruhenden Gericht“³⁷¹ garantiert, in ihrem Fall nicht angewandt worden. Die französischen Behörden seien ihrer Pflicht für ein faires Verfahren nicht nachgekommen.³⁷²

Der EGMR war jedoch der Auffassung, dass die Beschwerde unbegründet sei, da sie schon bei der Abhandlung der möglichen Verletzung von Art. 2 der EMRK behandelt worden wäre.³⁷³ Auch in diesem Punkt wurde die Klage von zwölf gegen fünf RichterInnen abgewiesen.³⁷⁴

Die Eltern von Vincent waren der Meinung, dass mit dem Entzug der lebenserhaltenden Maßnahmen und mit den von Dr. Kariger verabsäumten Konsultationen, Art. 8 der EMRK verletzt worden sei. Daraufhin entschied eine Mehrheit von 12 RichterInnen des EGMR, dass es nicht nötig sei, über diesen Artikel gesondert zu entscheiden.³⁷⁵

6.5.3.3 Das Minderheitenvotum des EGMR im Fall Lambert u.a. gegen Frankreich

Fünf RichterInnen (Hajiyev, Šikuta, Tsotsoria, De Gaetano und Gričco) verfassten einen Minderheitsbericht gegen die Entscheidung des EGMR, der dem Urteil beigelegt wurde. In diesem Statement wurde festgehalten, dass die beschwerdeführende Partei Lamberts physische Existenz im Sinne von Art. 2 der EMRK schützen wollte. Die VerfasserInnen wiesen jedoch darauf hin, dass sie mit ihrem Anliegen wesentlich stärker auf Art. 8 der EMRK Bezug nehmen hätten sollen. Im Fall Pretty hatte der EGMR entschieden, dass Art. 2 der EMRK zwar das Leben schützt, aber nicht das Recht auf Sterben

³⁷⁰ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 51.

³⁷¹ *Europäischer Gerichtshof*, Die Europäische Menschenrechtskonvention, 9f.

³⁷² vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 50f.

³⁷³ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 51.

³⁷⁴ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 52.

³⁷⁵ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 50f.

miteinschließt. Das Recht zu entscheiden, wie und wann eine Person aus dem Leben scheidet, fällt seit dem EGMR-Urteil im Fall Haas unter Art. 8 der EMRK.³⁷⁶

Der Fall Lambert hatte den Gerichtshof vor neue Herausforderungen gestellt, da es sich dabei gewissermaßen um einen Präzedenzfall handelte. In früheren Fällen bezog sich der EGMR in seinen Urteilen auf die Rechtsprechung in den Fällen Haas und Pretty. Im Fall Haas erkannte der EGMR, dass ein Verstoß gegen Art. 8 der EMRK (Recht auf Privat- und Familienleben) auch Art. 2 der EMRK miteinschließt. Ein Verstoß gegen Art. 2 der EMRK kann somit auch Einfluss auf Art. 8 der EMRK haben. Das Urteil im Fall Pretty enthielt bereits Hinweise auf die Möglichkeit der passiven Sterbehilfe.

“In the sphere of medical treatment, the refusal to accept a particular treatment might, inevitably, lead to a fatal outcome, yet the imposition of medical treatment, without the consent of a mentally competent adult patient, would interfere with a person’s physical integrity in a manner capable of engaging the rights protected under Article 8 § 1 of the Convention. As recognised in domestic case-law, a person may claim to exercise a choice to die by declining to consent to treatment which might have the effect of prolonging his life. (...) The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom. Without in any way negating the principle of sanctity of life protected under the Convention, the Court considers that it is under Article 8 that notions of the quality of life take on significance. In an era of growing medical sophistication combined with longer life expectancies, many people are concerned that they should not be forced to linger on in old age or in states of advanced physical or mental decrepitude which conflict with strongly held ideas of self and personal identity.”³⁷⁷

Auffallend ist, dass die RichterInnen des EGMR der Auffassung waren, dass Lamberts Fall nicht unter dem Aspekt Sterbehilfe gesehen wurde, sondern als Entzug der lebenserhaltenden Behandlungen.³⁷⁸ Für die RichterInnen des Minderheitsvotums war dies ein besonders prekärer Fehler, denn Lambert konnte nicht seine Wünsche kommunizieren:

“After considerable reflection, we believe that once all is said and written in this judgment, after all the subtle legal distinctions are made and all the fine hairs split, what is being proposed is nothing more and nothing less than that a severely disabled person *who is unable to communicate his wishes about his present condition* may, on the basis of a number of questionable assumptions, be deprived of two basic life-sustaining necessities, namely food and water, and moreover that the Convention is impotent in the face of this reality. We find that conclusion not only frightening but –

³⁷⁶ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 54.

³⁷⁷ CASE OF PRETTY, 2.

³⁷⁸ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 35f.

and we very much regret having to say this – tantamount to a retrograde step in the degree of protection which the Convention and the Court have hitherto afforded to vulnerable people.”³⁷⁹

Ebenfalls wurde in diesem Minderheitenvotum die tatsächliche Schwere des Zustands von Vincent bezweifelt. Er lag zwar im Wachkoma, konnte aber noch gefüttert werden und verdauen, außerdem gab es keine Beweise, dass er an Schmerzen litt. Deshalb hielten sie die lebenserhaltenden Maßnahmen für gerechtfertigt. Ebenso stellten sie sich philosophische Fragen, zum Beispiel wann Leben beginnt und was als „künstlich“ bezeichnet werden kann.³⁸⁰ Sie wiesen darauf hin, dass die französische Gesetzgebung in diesem Bereich Lücken aufweise.³⁸¹ Am Mehrheitsbeschluss kritisierten sie, er habe nur die komplexe medizinische, rechtliche und ethische Lage berücksichtigt. Sie bedauerten, dass durch dieses Urteil der Ruf des EGMR „das Gewissen von Europa“ zu sein, beschädigt worden sei.³⁸²

6.5.4 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR

In der Zeit während der EGMR-Gerichtsverhandlung wurden erneut medizinische Untersuchungen bei Vincent Lambert durchgeführt. Er wurde einem anderen behandelnden Arzt zugeteilt, der eine alternative Behandlung anordnete, in der Hoffnung, dass der Patient sein Bewusstsein wiedererlangen würde.³⁸³ Rachel Lambert war über die Entscheidung der Weiterbehandlung schockiert, während die Schwester von Vincent, Marie Lambert, den ÄrztInnen vorwarf, dass sie sich „katholischem Terrorismus“ gebeugt hatten.³⁸⁴

Nach dem EGMR-Urteil wurde erwartet, dass Vincents lebenserhaltenden Maßnahmen abgeschaltet werden würden. Das ÄrztInnenteam trat erneut zusammen und beschloss, dass „in Ruhe“ eine Entscheidung getroffen werden müsse, da sie von der Kampagne von

³⁷⁹ CASE OF LAMBERT AND OTHERS, 53.

³⁸⁰ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 58.

³⁸¹ vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 55f.

³⁸² vgl. CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 60.

³⁸³ vgl. *Stephanie Rohlfing-Dijoux*, Sterbehilfe in Frankreich: Das neue Gesetz vom Februar 2016 – Ein Recht auf den Tod im Lichte der französischen Verfassung und der europäischen Menschenrechtskonvention? In: *Medizinrecht* 34 (2016) 609.

³⁸⁴ vgl. *John Lichfield*, Vincent Lambert case: France gripped by 'right to die' case of tetraplegic former nurse and an attempt to 'kidnap him from his hospital bed'. In: *The Independent*, 27.07.2015, online unter <<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/vincent-lambert-case-france-gripped-by-right-to-die-case-of-tetraplegic-former-nurse-and-an-attempt-10419934.html>> (09.01.2020).

Vincent's Eltern regelmäßig durch verbale und physische Attacken gestört worden waren. Die ÄrztInnen waren sich daraufhin einig, dass ein juristischer Vormund für Lambert gewählt werden müsse, um seine Interessen zu verteidigen.³⁸⁵

Das schon erwähnte Leonetti Gesetz von 2005 wurde aufgrund des EGMR-Urteils, das in der französischen Öffentlichkeit großes Aufsehen erregt hatte, und verschiedener nationaler Gerichtsurteile, 2016 wieder reformiert.³⁸⁶ Es kam bei der Überarbeitung vor allem zur Stärkung des bestehenden Rechts auf Selbstbestimmung. Somit wurde den Wünschen der Patientin oder des Patienten absolute Priorität eingeräumt. Weiters ist die Wahl einer Vertrauensperson vorgesehen, die rechtlich geschützt ist und vor allen anderen Personen (z.B. Familienmitglieder) vorrangig entscheiden kann. Auch wurde das PatientInnenverfügungsgesetz reformiert.³⁸⁷ Neu ist die gesetzliche Regelung, dass unter bestimmten Bedingungen eine Sedierung eingesetzt werden darf, die zum Tod führt.³⁸⁸ Dies bedeutet jedoch nicht, dass der assistierende Suizid damit vollständig legalisiert wurde. Diese Art der Sterbehilfe bleibt prinzipiell weiterhin in Frankreich verboten, jedoch gibt es Ausnahmen, zum Beispiel wenn eine Patientin oder ein Patient unerträgliche Schmerzen leidet, zu deren Linderung Medikamente eingesetzt werden, die unter Umständen zum Tod führen können. Wenn Behandlungen mit lebensverlängernden Maßnahmen abgebrochen werden, kann eine Ärztin oder ein Arzt ebenfalls zur Sedierung zurückgreifen, um unerträgliches Leiden zu verhindern. Bei allen diesen Möglichkeiten muss der Tod - selbst ohne Sedierung - kurzfristig eintreten.³⁸⁹ Am 17. März 2015 stimmten 436 Abgeordnete im französischen Parlament für diesen Gesetzesentwurf, es gab 43 Gegenstimmen, 83 haben sich ihrer Stimme enthalten.³⁹⁰ Die Gesetzesänderung wurde stark kritisiert, vor allem da sie keine Kontrollmöglichkeiten vorsah. Die RepräsentantInnen verschiedener religiöser Gemeinschaften lehnten dieses Gesetz grundsätzlich ab.³⁹¹

³⁸⁵ vgl. *Lichfield*, Vincent Lambert case.

³⁸⁶ vgl. *Rohlfing-Dijoux*, Sterbehilfe in Frankreich, 609.

³⁸⁷ vgl. R. *Aubrey*, End-of-life, euthanasia, and assisted suicide. An update on the situation in France. In: *Revue Neurologique* 172, H.12 (2016) 721.

³⁸⁸ vgl. *Aubrey*, End-of-life, euthanasia, and assisted suicide, 722.

³⁸⁹ vgl. *Aubrey*, End-of-life, euthanasia, and assisted suicide, 722.

³⁹⁰ vgl. Michaela *Wiegel*, Sterbehilfe in Frankreich. Schlafen vor dem Tod. In: *Frankfurter Allgemeine*, 19.03.2019, online unter <<https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/europa/frankreich-erlaesst-sterbehilfegesetz-zu-tode-sedieren-13491646.html>> (10.01.2020).

³⁹¹ vgl. *Wiegel*, Sterbehilfe in Frankreich. Schlafen vor dem Tod.

Das reformierte Gesetz hatte auf den Fall Lambert jedoch keine Auswirkungen. Hier folgten weitere rechtliche Auseinandersetzungen. Der Rechtsstreit, ob er am Leben bleiben solle oder nicht, wurde bis 2019 fortgeführt.³⁹² Schließlich forderten Lamberts Eltern Staatspräsident Emmanuel Macron auf, zu diesem Thema Stellung zu beziehen.³⁹³ Er veröffentlichte diese am 20. Mai 2019 auf Facebook:

„Wie jeder von Euch, bin ich tief berührt von der Situation von Vincent Lambert. Als (Staats-)Bürger, habe ich seinen Unfall 2008 verfolgt und verfolge seine Situation seit über 10 Jahren. (...) Heute, als Präsident der Republik, ist es nicht meine Aufgabe, eine Entscheidung auszusetzen, die im Ermessen seiner Ärzte liegt und unseren Gesetzen entspricht. Aber es liegt an mir, die geäußerten Emotionen zu hören und euch darauf zu antworten. (...) Alle medizinischen Berichte kamen zu dem Schluss, dass sein Zustand irreversibel ist. Die Entscheidung, seine Behandlung zu beenden, wurde aufgrund eines permanenten Dialoges der Ärzte und seiner Frau getroffen, die sein gesetzlicher Vormund ist. (...) Weil es in unserem Land keinen Raum für Willkür gibt, muss ich mich nicht in die Entscheidung der Behandlung und des Gesetzes einmischen, die im Fall von Vincent Lambert getroffen wurde. Wir schulden Vincent Lambert und seiner Familie heute eines: Respekt vor ihrer Privatsphäre und vor ihrem Schmerz.“³⁹⁴

Der Staatspräsident machte mit seiner Stellungnahme deutlich, dass es ihm nicht zustehe, eine Entscheidung aufzuheben, die fachkundige Ärztinnen und Ärzte getroffen hatten und der von höchsten Gerichten bescheinigt worden war, dass sie allen gesetzlichen Bestimmungen entsprach.³⁹⁵

Nach langen Gerichtsprozessen und Anträgen an mehrere Instanzen, darunter auch eine neuerliche Beschwerde von Vincents Eltern an den EGMR, gab letztendlich am Morgen des 20. Mai 2019 das Uniklinikum Reims bekannt, dass die lebenserhaltenden Maßnahmen für Vincent Lambert nun abgestellt würden.³⁹⁶ Inzwischen trat Dr. Kariger zurück und es betreute nun Dr. Sanchez Vincent.³⁹⁷ Zunächst wurde er in einen Tiefschlaf

³⁹² vgl. *Rohlfing-Dijoux*, Sterbehilfe in Frankreich, 609.

³⁹³ vgl. Leo *Klimm*, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden. In: *Süddeutsche Zeitung*, Paris 21.05.2019, online unter: <<https://www.sueddeutsche.de/panorama/vincent-lambert-paris-wachkoma-demo-gericht-1.4456855>> (23.05.2019).

³⁹⁴ Übersetzung aus dem Französischen von Marco Rovny Cuesta: Emmanuel *Macron*, Statement zu Lambert, 20.05.2019, online unter <<https://www.facebook.com/EmmanuelMacron/posts/2438951309670774>> (26.12.2019).

³⁹⁵ vgl. *Klimm*, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden.

³⁹⁶ vgl. *Klimm*, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden.

³⁹⁷ vgl. Eric *Favereau*, Epilogue de l'affaire Vincent Lambert: des médecins bien mal traités. In: *Libération*, 03.02.2020, online unter <https://www.liberation.fr/france/2020/02/03/epilogue-de-l-affaire-vincent-lambert-des-medecins-bien-mal-traites_1776957> (26.02.2020).

versetzt. Lamberts Eltern wendeten sich an ein Pariser Berufungsgericht mit dem Antrag, die lebenserhaltenden Maßnahmen beizubehalten. An diesem Tag, 20. Mai 2019, lehnte der EGMR den erneuten Antrag von Vincents Eltern ab. Am selben Abend beschloss das Pariser Berufungsgericht, dass die künstliche Ernährung wieder aufgenommen werden musste.³⁹⁸ Am 28. Juni 2019 entschied der Kassationshof *Cour de cassation*, das oberste Gericht in Frankreich, dass die lebenserhaltenden Maßnahmen gestoppt werden durften.³⁹⁹ Am 2. Juli 2019 führten die ÄrztInnen das Urteil aus und am 11. Juli 2019 starb Lambert schließlich nach einem fast 11-jährigen Wachkoma in der Universitätsklinik Reims. Die Eltern hatten diese Entscheidung bis zur letzten Sekunde bekämpft und sahen in ihr ein „Verbrechen des Staates“.⁴⁰⁰ Die Mutter, Viviane Lambert, sagte nach dem Tod ihres Sohnes zu einer Gruppe JournalistInnen: „Sie sind, ich kann es Ihnen sagen, sie sind Nazis, sie verdienen, was ich nicht wage zu sagen.“⁴⁰¹ Diese Äußerung Viviane Lamberts zeigt, wie sehr die Diskussion um die Sterbehilfe noch immer von den Euthanasie-Verbrechen des Nationalsozialismus beeinflusst wird.

Besonders bei Fällen, die besonders stark in der Öffentlichkeit präsent sind, kommen immer wieder Nazi-Analogien auf. Diese Problematik ist auch wissenschaftlicher Literatur im Zuge der Sterbehilfe-Debatte in Deutschland angesprochen worden. So hat der Historiker Michael Burleigh darauf hingewiesen, dass der Vergleich der Euthanasie im Nationalsozialismus nicht mit der heutigen Sterbehilfe-Debatte gleichgesetzt werden könne. Die Euthanasie im Zweiten Weltkrieg habe vor allem mit dem utilitaristischen Gedanken, Kosten einzusparen, zu tun gehabt. Es habe nie einen Konsens der Eltern zu der Ermordung ihrer Kinder gegeben. Ebenso hätten ÄrztInnen in dieser Zeit nicht aus

³⁹⁸ vgl. *Klimm*, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden.

³⁹⁹ vgl. Behandlung von Vincent Lambert wird gestoppt. In: Frankfurter Allgemeine, 02.07.2019, online unter <<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/wachkoma-patient-behandlung-von-vincent-lambert-wird-gestoppt-16264695.html>> (10.01.2020).

⁴⁰⁰ vgl. Vincent Lambert stirbt nach Behandlungsstopp. In: Der Spiegel, 11.07.2019, online unter <<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/vincent-lambert-wachkoma-patient-in-frankreich-stirbt-nach-behandlungsstopp-a-1276813.html>> (10.01.2020).

⁴⁰¹ Übersetzung aus dem Französischen von Marco Rovny Cuesta: Vincent Lambert: selon sa mère, ce sont des nazis, ils méritent ce que je n'ose pas dire. In: Le Figaro, 20.05.2019, online unter <<http://video.lefigaro.fr/figaro/video/vincent-lambert-selon-sa-mere-ce-sont-des-nazis-ils-meritent-ce-que-je-n-ose-pas-dire/6038854868001/>> (26.12.2019).

Mitleid gehandelt und auch keine Empathie für die erkrankte Person gezeigt.⁴⁰² Burleigh kritisiert:

„Das Ziehen von Analogien zwischen diesen anomalen, grausamen Praktiken und Fällen, in denen Individuen oder ihre Verwandten einer freiwilligen Sterbehilfe zustimmen, und in denen Ärzte dann zögerlich ein Beatmungs- oder Dialysegerät abstellen – im Gegensatz zum enthusiastischen Aufdrehen von Gashähnen oder der Verabreichung tödlicher Injektionen – ist sowohl historisch falsch, als auch ein Affront gegen alle Betroffene.“⁴⁰³

Auch nach Lamberts Tod gaben die Eltern ihren Kampf um die behördliche Anerkennung ihrer Einschätzung des Falles nicht auf. Sie forderten eine Autopsie des Leichnams, damit alle Umstände seines Todes geprüft werden können. Sie klagten weiters die Universitätsklinik Reims wegen Mordes an und beschuldigten Dr. Sanchez, den Hippokratischen Eid gebrochen zu haben.⁴⁰⁴ Am 28. Januar 2020 entschied das französische Strafgericht in Reims, dass Dr. Sanchez im Sinne des Leonetti Gesetzes gehandelt hatte und sprach ihn frei. Die Eltern legten sofort Berufung gegen diese Entscheidung beim Berufungsgericht in Reims ein.⁴⁰⁵ Es wird jedoch davon ausgegangen, dass die juristische Geschichte von Vincent mit der Entscheidung vom 28. Januar 2020 beendet ist.⁴⁰⁶

Das breite öffentliche Interesse nützten auch PolitikerInnen für ihren Wahlkampf, da die Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen kurz vor den Europawahlen 2019 stattfand.⁴⁰⁷ So behauptete Nicolas Bay, der für die rechtspopulistische Partei *Rassemblement National* (Vorsitzende Marine Le Pen) als Abgeordneter im Europäischen Parlament sitzt, Vincent habe „nur“ wegen einer Behinderung sterben müssen.⁴⁰⁸ Auch auf katholischer Seite wurde der Fall breit wahrgenommen. Lamberts

⁴⁰² vgl. Michael Burleigh, Die Nazi-Analogie und die Debatte zur Euthanasie. In: Andreas Frewer, Clemens Eickhoff (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt/Main 2000) 419f.

⁴⁰³ Burleigh, Die Nazi-Analogie und die Debatte zur Euthanasie, 420.

⁴⁰⁴ vgl. Bekanntester französischer Koma-Patient Vincent Lambert ist tot, In: Die Welt, 11.07.2019, online unter <<https://www.welt.de/newsticker/news1/article196689287/Justiz-Bekanntester-franzoesischer-Koma-Patient-Vincent-Lambert-ist-tot.html>> (10.01.2020).

⁴⁰⁵ vgl. Sophie Bracquemart, Relaxe du Dr Sanchez à Reims: les parents de Vincent Lambert font appel. In: L'Union, 02.02.2020, online unter <<https://www.lunion.fr/id128437/article/2020-02-02/les-epoux-lambert-font-appel-de-la-relaxe>> (26.02.2020).

⁴⁰⁶ vgl. Eric Favereau, Epilogue de l'affaire Vincent Lambert.

⁴⁰⁷ vgl. Klimm, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden.

⁴⁰⁸ Koma-Patient in Frankreich ist tot. Vincents Eltern sprechen von „Staatsverbrechen“. In: Welt, 11.07.2019, online unter <<https://www.welt.de/vermishtes/article196711105/Vincent-Lambert-Frankreichs-bekanntester-Koma-Patient-ist-tot.html>> (09.01.2020).

Eltern sind streng römisch-katholisch und suchten immer wieder Unterstützung bei Gemeinschaften und Verbänden ihrer Religionsgemeinschaft.⁴⁰⁹ Sogar Papst Franziskus äußerte sich via Twitter zu diesem Fall:

„May God the Father welcome Vincent Lambert in His arms. Let us not build a civilization that discards persons those whose lives we no longer consider to be worthy of living: every life is valuable, always.“⁴¹⁰

Die Medien berichteten häufig sehr emotional und exklamatorisch über Vincent Lambert. So wird er beispielsweise in der Frankfurter Allgemeinen, aber auch in vielen anderen Zeitschriften und Zeitungen, als „bekanntester Wachkomapatient“⁴¹¹ betitelt. Tragik, Mord, Streitereien und Kämpfe sind Begriffe, die Medientexten Emotionalität verleihen. Boulevardzeitungen, beispielsweise wie die Bild, berichteten über den Fall regelmäßig mit Überschriften wie „Streit um Lamberts Leben entzweit die Familie“⁴¹², „Hilferuf an Präsident Macron“⁴¹³ oder „Eltern sprechen von Staatsverbrechen“⁴¹⁴. Dabei wurden immer wieder Bildausschnitte eines Videos aus dem Jahr 2015 gezeigt, dass Lamberts Eltern aufgenommen und veröffentlicht hatten, um zu beweisen, dass ihr Sohn noch auf Reize von außen reagiert.⁴¹⁵

⁴⁰⁹ vgl. Vincent Lambert stirbt nach Behandlungsstopp. (10.01.2020).

⁴¹⁰ Papst *Franziskus*, Tweet zu Lambert, 11.07.2019, online unter <<https://twitter.com/pontifex/status/1149282697736536066?>> (09.01.2020).

⁴¹¹ In einem Krankenhaus in Reims. Wachkomapatient Vincent Lambert nach Behandlungsstopp gestorben. In: Frankfurter Allgemeine, 11.07.2019, online unter <<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/wachkomapatient-vincent-lambert-gestorben-16279282.html>> (09.01.2020).

⁴¹² Ärzte dürfen Geräte von Koma-Patient Lambert abstellen. In: Die Bild, 28.06.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/ausland/news-ausland/vincent-lambert-koma-patient-kann-sterben-gericht-ebnet-weg-62953548.bild.html>> (10.01.2020).

⁴¹³ Gericht befiehlt, Koma- Patienten am Leben zu lassen. In: Die Bild, 21.05.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/ausland/news-ausland/wachkoma-patient-42-aerzte-stoppen-lebenserhaltende-massnahmen-62035288.bild.html>> (10.01.2020).

⁴¹⁴ Eltern sprechen von „Staatsverbrechen“. In: Die Bild, 11.07.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/2019/news/franzoesischer-koma-patient-vincent-lambert-ist-tot-63222212.bild.html>> (10.01.2020).

⁴¹⁵ vgl. Gegen den Willen der Eltern Ärzte wollen Geräte bei Wachkomapatient abschalten. In: Der Spiegel, 12.05.2019, online unter <<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-aerzte-wollen-geraete-bei-wachkoma-patient-vincent-lambert-abschalten-a-1267026.html>> (10.01.2020).

6.6 Gard u.a. gegen das Vereinigte Königreich (2017)

6.6.1 Sachverhalt und der nationale Gerichtsweg

Charlie Gard wurde am 4. August 2016 geboren. Er kam gesund auf die Welt, jedoch verlor der Säugling nach der Geburt immer mehr an Gewicht, und es traten Probleme bei der Atmung auf. Er wurde in das *Great Ormond Street Krankenhaus* (im folgenden GOSH) gebracht, wo die ÄrztInnen die seltene und schwere Erbkrankheit mitochondriale DNA-Depletionssyndrom (MDDS) diagnostizierten. Die Krankheit wird durch Mutationen des Gens RRM2B verursacht. Bei Charlie waren vor allem sein Gehirn, die Muskeln und die Atmungsorgane betroffen. Aus diesem Grund musste er eine Atemmaske tragen. Charlie konnte weder seine Arme noch seine Beine bewegen, außerdem war es ihm nicht möglich kontinuierlich seine Augen zu öffnen. Er war permanent enzephalopathisch, was bedeutet, dass keine normalen Gehirnaktivitäten (Reaktionsfähigkeit, Interaktionen...) vorhanden waren. Zusätzlich stellten die ÄrztInnen fest, dass er von Geburt an taub war und unter einer schweren Epilepsie litt, auch seine Organe (Herz, Leber und Nieren) wiesen leichte Funktionsstörungen auf.⁴¹⁶

Charlies Eltern hatten von einer Nukleosid-Therapie erfahren, die in den USA bei einem Patienten mit derselben Krankheit, aber weniger schwerwiegenden Grades (TK2 Mutation) angewandt wurde. Diese Therapie mit der RRM2B Mutation war hingegen weder an Versuchstieren noch an Menschen getestet worden war. Dennoch kontaktierten die Eltern Dr. I., Professor der Neurologie in den USA, der bereits Erfahrung mit dieser Therapie hatte. Dr. I. antwortete ihnen, dass die Therapie im Fall ihres Sohnes „theoretisch möglich“ wäre. Daraufhin beschlossen sie mit ihrem Sohn in die USA zu reisen.⁴¹⁷

Anfang Januar 2017 wurde ein Plan von einem ÄrztInnenteam im GOSH für diese Therapie ausgearbeitet, der einer Ethik-Kommission zur Autorisierung vorgelegt wurde. Eine Entscheidung kam nicht zustande, da Charlie eine Serie von Gehirnkrämpfen aufgrund seiner Epilepsie erlitt. Diese Serie dauerte von 9. Januar bis 27. Januar 2017 an. Am 13. Januar 2017 teilte GOSH den Eltern mit, dass Charlie an einer schweren epileptischen Enzephalopathie leide, die die vorgesehene Therapie nutzlos machen und Charlies Leben nur qualvoll in die Länge ziehen würde. Ein ExpertInnenteam aus

⁴¹⁶ vgl. *European Court of Human Rights*, Charles GARD and Others against the United Kingdom, 27.06.2017, online unter < <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-175359> > (11.12.2019) 2.

⁴¹⁷ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 2.

Barcelona wurde zusätzlich konsultiert, untersuchte den Fall und kam zur selben Einsicht.⁴¹⁸

Im Februar 2017 reichte GOSH beim *High Court* den Antrag auf Einstellung der künstlichen Beatmung ein. Die Eltern von Charlie waren dagegen, da Dr. I. bereit war, die experimentelle Therapie anzuwenden.⁴¹⁹ Es kam zu einer Verhandlung vor den *High Court*. Dieses bestimmte für Charlie einen Vormund, der sein Interesse in dieser Verhandlung und in weiteren gerichtlichen Prozessen vertreten sollte. Wenn im Vereinten Königreich ein Gericht davon überzeugt ist, dass ein Vormund gebraucht wird, ist es berechtigt einen solchen zu bestimmen. Dieser vertritt die Interessen des Kindes.⁴²⁰

Vor dem *High Court* kamen die Eltern, medizinische ExpertInnen, Charlies Vormund und Dr. I. (telefonisch) zur Anhörung. Zusätzlich wurden noch vier Gutachten von führenden MedizinexpertInnen für Pädiatrie und mitochondriale Erkrankungen eingeholt.⁴²¹ Dr. B., Arzt im GOSH, führte in seiner Expertise aus, dass bei Charlie jegliche Bewegungen ausgeblieben seien und es keine Hinweise auf einen Schlaf- und Wachzyklus gäbe. Ebenfalls hätte er mit hoher Wahrscheinlichkeit Schmerzen, aber wäre nicht in der Lage sie zu kommunizieren.⁴²² Dr. I. wurde daraufhin die Frage gestellt, inwiefern die Behandlung mit seiner Therapie zu einer Verbesserung führen könnte. Er antwortete darauf, dass eine Verbesserung des Gesamtzustandes und eine kürzere Zeit am Beatmungsgerät zu erwarten seien. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer Behebung der Gehirnschäden kommt, sei sehr gering, liege aber nicht bei null.⁴²³ Die Eltern von Charlie behaupteten im Gegensatz zu den GOSH ÄrztInnen, dass die Gehirnfunktionen ihres Sohnes nicht gestört seien und er sehr wohl einen Schlaf- und Wachzyklus aufweise. Charlies Vormund war der Ansicht, dass die von Dr. I. vertretene Therapie nicht zum Wohle des Kindes führe und dessen Lebensqualität nicht verbessern würde.⁴²⁴

Am 11. April 2017 entschied der *High Court* dem GOSH Antrag zuzustimmen. Das Gericht schloss sich den Expertisen der befragten ÄrztInnen und ExpertInnen an, die besagten, dass die experimentelle Therapie in ihren Auswirkungen noch viel zu wenig

⁴¹⁸ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 2.

⁴¹⁹ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 3.

⁴²⁰ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 5.

⁴²¹ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 3.

⁴²² vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 3f.

⁴²³ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 5.

⁴²⁴ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 5.

erforscht sei und bei Charlie Schmerzen hervorrufen könnte.⁴²⁵ Der *High Court* stellte weiters fest, dass GOSH seine Befugnisse keineswegs überschritten, sondern im bestem Interesse des Kindes gehandelt hätte.⁴²⁶

Die Eltern von Charlie legten daraufhin sofort Berufung am *Court of Appeal* (Berufungsgericht) ein und stützten sich auf Art. 8 der EMRK, da sie durch das Urteil des *High Court* ihre elterlichen Rechte verletzt sahen. Sie wiesen auch auf Art. 2 und Art. 5 der EMRK hin, begründeten dies aber nicht. In der Berufungsverhandlung blieben Charlies Vormund und GOSH weiterhin bei ihren Aussagen. Am 23. Mai 2017 wies das Gericht die Berufung ab.⁴²⁷

Daraufhin gingen die Eltern in die nächste Instanz – dem *Supreme Court* – und legten abermals Berufung ein. Die Verhandlung fand am 8. Juni 2017 statt. Charlies Eltern wiederholten ihre Argumente, warum sie mit ihrem Kind zu einer experimentellen Therapie in die USA reisen wollen. Dabei wiesen sie besonders auf ihre elterlichen Rechte gemäß Art. 8 der EMRK hin. GOSH sowie Charlies Vormund wiederholten ihre Einwände, dass an erster Stelle das Wohl des Kindes stehe und eine Reise in die USA ihm nicht zumutbar sei. Selbst wenn die experimentelle Therapie eine Lebensverlängerung bewirken würde, wären starke Schmerzen nicht auszuschließen. Dieser Argumentation schloss sich der *Supreme Court* an und wies die Berufung der Eltern ebenfalls ab. Daraufhin wandten sich diese an den EGMR.⁴²⁸

6.6.2 Verhandlung und Urteil des EGMR

Der Fall Charlie Gard gelangte vor eine EGMR-Kammer, die sich aus 7 RichterInnen zusammensetzte: Präsident Linos-Alexandre Sicilianos (Griechenland), Kristina Pardalos (San Marino), Aleš Pejchal (Tschechien), Krzysztof Wojtyczek (Polen), Armen Harutyunyan (Armenien), Tim Eicke (Großbritannien) und Jovan Ilievski (Nordmazedonien).⁴²⁹

In Bezug auf Art. 2 und 5 der EMRK klagten die Eltern, dass die Forderung des Krankenhauses, die lebenserhaltenden Maßnahmen beenden, gegen Art. 2 (Recht auf Leben) verstoße. Bezüglich Art. 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit) der EMRK machten

⁴²⁵ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 5.

⁴²⁶ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 8.

⁴²⁷ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 6f.

⁴²⁸ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 8f.

⁴²⁹ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 1.

sie einen Freiheitsentzug Charlies geltend.⁴³⁰ Gegen die in der Entscheidung des Berufungsgerichtes enthaltenen Feststellung, dass die BeschwerdeführerInnen ihrem Kind erheblichen Schaden mit der experimentellen Therapie zumuten würden, erhoben die Eltern eine weitere Klage, da das Berufungsgericht keine Zeugen zu dieser Frage gehört hatte und darin eine Verletzung des Art. 6 der EMRK (Recht auf ein faires Verfahren) sahen. Schließlich argumentierten sie, dass die Entscheidung des *High Court* ihre Elternrechte gemäß Art. 8 der EMRK einschränke.⁴³¹

6.6.2.1 Zur behaupteten Verletzung von Artikel 2 der EMRK: Recht auf Leben

Im Hinblick auf den Entzug von lebenserhaltenden Maßnahmen verwies der EGMR auf den Fall Lambert, in dem sorgfältig überprüft worden war, ob der Staat seinen positiven Pflichten nachgekommen sei. Dabei waren mehrere Aspekte berücksichtigt worden, nämlich die Existenz einer mit Art. 2 zu vereinbarenden Gesetzgebung, geäußerte (Sterbehilfe-)Wünsche der PatientInnen von glaubwürdigen Zeugen (Verwandte, nahstehende Personen...) sowie die Möglichkeit, Rechtsmittel einzulegen, bei Zweifel über das Interesse der PatientInnen. Die EGMR-Kammer wies in diesem Fall erneut daraufhin, dass der Bereich der Sterbehilfe durch den fehlenden Konsens der Mitgliedstaaten des Europarates einen großen Ermessensspielraum für diese biete.⁴³²

Da jedoch die Klage der BeschwerdeführerInnen vor dem EGMR eine Änderung beinhalte, nämlich vom Entzug von lebenserhaltenden Maßnahmen zum Zugang zu einer lebenserhaltenden Behandlung, müsse der Gerichtshof nun die allgemeinen Grundsätze seiner Rechtsprechung im Bezug auf eine experimentelle Therapie prüfen. Um im Vereinigten Königreich eine experimentelle Therapie zu erhalten, muss eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt werden. Somit besteht ein Rechtsrahmen, der eingehalten worden war und der EGMR sah diesen Teil der Klage somit als unbegründet an.⁴³³ Auch dadurch, dass Charlie einen Fachmann als Vormund hatte, mehrere MedizinerInnen sowie SpezialistInnen seinen Zustand geprüft hatten und

⁴³⁰ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 18.

⁴³¹ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 14f.

⁴³² vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 20.

⁴³³ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 21.

Rechtsmittel, nämlich die Anhörung vor dem *High Court*, ergriffen worden seien, sah der EGMR keine Verletzung von Art. 2 der EMRK als gegeben an.

6.6.2.2 Zur behaupteten Verletzung von Artikel 5 der EMRK: Recht auf Freiheit und Sicherheit, Artikel 6 der EMRK: Recht auf ein faires Verfahren und Artikel 8 der EMRK: Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens

Art. 5 der EMRK ist relativ umfangreich und umfasst mehrere Abschnitte, die das Recht auf Freiheit und Sicherheit bestimmen. Der EGMR sah sich im gegenständlichen Fall nicht in der Lage, die Beschwerde einem speziellen Abschnitt zuzuordnen, da Charlies Eltern sich lediglich auf den allgemeinen Grundsatz bezogen hatten. Der EGMR sah ein weiteres Problem darin, dass ihre Beschwerde bezüglich Art. 5 der EMRK in den nationalen Gerichtsverfahren nicht vorgebracht worden war. Es gab somit für den Gerichtshof keine Anhaltspunkte für einen Vergleich mit der nationalen Rechtsprechung, sodass es ihm nicht möglich war, diese Klage zu behandeln. Damit konnte keine Verletzung des Art. 5 der EMRK festgestellt werden.⁴³⁴

In der Beschwerde wurde eine Verletzung des Art. 6 (Recht auf ein faires Verfahren) und des Art. 8 der EMRK angeführt, jedoch konzentrierte sich der EGMR auf letzteren Artikel.⁴³⁵ Die Kammer war der Auffassung, dass dieser Fall und die damit zusammenhängende Problematik in den Ermessensspielraum von Art. 8 der EMRK fiel, denn dieser Artikel schützt das Individuum vor willkürlichen Eingriffen durch öffentliche Behörden. Die Eltern von Charlie sahen vor allem einen Eingriff in ihre demokratischen Rechte, da die Behörden des Vereinigte Königreichs ihrem Sohn die – für sie notwendig angesehene – Therapie verweigert hatten.⁴³⁶

Der EGMR untersuchte daraufhin die Gutachten der medizinischen Sachverständigen, die im Lauf der nationalen Gerichtsverfahren erstellt worden waren. Diese stimmten darin überein, dass diese experimentelle Therapie keinen Nutzen für Charlie erbringen würde. Der EGMR erkannte somit, dass es keine Anhaltspunkte gab, dass die Vorgehensweise

⁴³⁴ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 23.

⁴³⁵ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 24.

⁴³⁶ vgl. Charles GARD and Others against the United Kingdom, 27.

des Vereinigten Königreichs willkürlich oder unverhältnismäßig war und somit keine Verletzung des Art. 8 der EMRK vorlag.⁴³⁷

Im Fall *Charles Gard und Andere* ging es vor allem um die Frage, wer in solch einem Fall das Entscheidungsrecht hat. Ist es der Staat, das Krankenhaus oder die Eltern? Vor dem Berufungsgericht und später vor dem EGMR beanspruchten Charlies Eltern dieses Recht in Bezug auf Art. 8 der EMRK. Im Vereinigten Königreich schreibt der *Children Act* Abschnitt 1(1) von 1989 vor, dass das Wohlergehen des Kindes immer im Vordergrund stehen muss. Das impliziert auch Entscheidungen unter anderem von ÄrztInnen oder Gerichten. Demnach kommt den Wünschen der Eltern kein Anspruch auf Vorrangigkeit zu.⁴³⁸ Für den EGMR diente der Fall Lambert als wesentliches Vergleichskriterium. In beiden Fällen ging es um die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen. Die EGMR-Kammer im Fall Gard kam zur Auffassung, dass sich die beiden Fälle – hinsichtlich der Elternrechte gemäß Art. 8 der EMRK – unterscheiden. Charlie war unmündig und niemals in der Lage, seine Wünsche zu äußern. Aus diesem Grund hätte die Meinung von Charlies Eltern stellvertretend für ihren Sohn mehr Bedeutung gehabt als bei Lambert, der sich als Erwachsener von seinen Eltern und ihrer Weltanschauung distanziert hatte.⁴³⁹

6.6.3 Weiterentwicklung nach dem Urteil des EGMR

Der EGMR entschied am 27. Juni 2017 im Fall *Charlie Gard* mehrheitlich, dass die Klage der Eltern eigentlich unzulässig sei.⁴⁴⁰ Nach dieser Entscheidung flog der Neurologe, der die experimentelle Therapie in den USA durchführen wollte, nach London. Es wurde ihm gestattet, Untersuchungen an Charlies Gehirn durchzuführen, die negativ verliefen. Daraufhin entschieden Charlies Eltern den Rechtsstreit aufzugeben und die Behandlung zu beenden. Sie versuchten ein Hospiz-Team zu finden, das eine Pflege außerhalb des Krankenhauses übernehmen würde. Sie fanden jedoch keines, da das Risiko zu hoch war, dass Charlie ungeplant und „chaotisch“ sterben würde. Am 24. Juli 2017 entschied der *High Court*, dass ein Team aus dem GOSH Charlie in einem Kinderhospiz versorgen

⁴³⁷ vgl. *Charles GARD and Others against the United Kingdom*, 27f.

⁴³⁸ vgl. *Emma Cave*, Who Knows Best (Interests)? The Case of Charlie Gard. In: *Medical Law Review* 26, H.3. (Durham/Winchester 2017) 504.

⁴³⁹ vgl. *Charles GARD and Others against the United Kingdom*, 17.

⁴⁴⁰ vgl. *Charles GARD and Others against the United Kingdom*, 28.

sollte, bevor die lebenserhaltenden Maßnahmen eingestellt werden. Er verstarb am 28. Juli 2017.⁴⁴¹

Der Fall Charlie Gard wurde in den Medien weit verbreitet und erhielt dadurch eine große Öffentlichkeit. Diese Aufmerksamkeit nutzten die Eltern, denn sie erhielten durch ihre *Crowdfunding*-Kampagne massive finanzielle Unterstützung. Mit einer Medienkampagne der von ihnen gegründeten Stiftung *Charlies Fight* steigerten sie die Aufmerksamkeit für ihren Fall. Es kam zu Interviews, zahlreichen Zeitungsartikeln und Stellungnahmen einflussreicher Personen, wie des Papstes oder des amerikanischen Präsidenten Trump. Mit der Verbreitung in sozialen Netzwerken wurde die Thematik emotional „aufgeheizt“.⁴⁴² Der Fall Pretty war im Jahr 2002 vor allem durch Printmedien, wie Boulevardzeitungen und -zeitschriften, an die Öffentlichkeit gebracht worden. Im Fall Charlie Gard wendeten sich die Eltern selbst mit ihrer eigenen Facebookseite *Charlie's Army* an die Öffentlichkeit.⁴⁴³

Die Seite bediente sich immer häufiger populistischer ideologischer Elemente, so wurden gezielt populistische Artikel (beispielsweise von Fox News und der Daily Mail) geteilt, um Menschen von ihrem Anliegen zu überzeugen. Ranja Das stellte in ihrer Untersuchung „Populist discourse on a British social media patient-support community“ (2018) fest, dass sich im *Social-Media* Bereich die populistische Meinung verfestigt, für Charlies Fall wäre das „sozialistische“ Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs verantwortlich.⁴⁴⁴ Auch US-Präsident Donald Trump nutzte diesen populistischen Trend. Er schrieb in einem Tweet am 3. Juli 2017: „If we can help little #CharlieGard, as per our friends in the U.K. and the Pope, we would be delighted to do so.“⁴⁴⁵ Trumps Anwalt, der Vorsitzende der amerikanisch-evangelikalischen Organisation *American Center for Law and Justice*, teilte zwei Stunden später mit: „I have contacted my office in Strasbourg, France to intervene in support of baby #CharlieGard 's family. We must always fight for

⁴⁴¹ vgl. Susan Mayor, Charlie Gard dies in hospice after High Court rules against prolonging life support. In: BMJ (London 2017) doi: 10.1136/bmj.j3673.

⁴⁴² vgl. Cave, Who Knows Best (Interests)?, 502.

⁴⁴³ vgl. Ranja Das, Populist discourse on a British social media patient-support community: The case of the Charlie Gard support campaign on Facebook. In: Discourse, Context & Media 24 (Surrey 2018) 76.

⁴⁴⁴ vgl. Das, Populist discourse on a British social media patient-support community, 80.

⁴⁴⁵ Donald Trump, Tweet zu Charlie Gard, 03.07.2017, online unter <https://twitter.com/realDonaldTrump/status/881875263700783104?ref_src=twsrc%5Etfw> (09.01.2020).

life.“⁴⁴⁶ Die Thematik gelangte bis zum Vatikan, wo sich am 30. Juni 2017 Papst Franziskus zu dem Fall auf Twitter äußerte: „To defend human life, above all when it is wounded by illness, is a duty of love that God entrusts to all.“⁴⁴⁷ Mit diesen unterstützenden Tweets von Trump, dem Papst, aber auch von republikanischen Senatoren, fand die Facebookseite immer mehr Unterstützung, und es kam zu lautstarken Protesten gegen das britische Gesundheitssystem, wobei jenes der USA als ideal hingestellt wurde.⁴⁴⁸ Gegenteilige Meinungen wurden geblockt und gesicherte medizinische Fachkenntnisse (auch in Bezug auf Fälle von schwerstkranken Kindern) in Zweifel gezogen.⁴⁴⁹ Auch international griffen PopulistInnen das Thema auf, um ihre Meinungen und Argumente zu stützen. Im von Assuntina Morresi, Mitglied eines italienischen Bioethik-Komitees, verfassten Buch über Charlie Gard, das von der italienischen konservativen Onlinezeitung *l'Occidentale* publiziert wurde, bezeichnete die Autorin den Fall als Beispiel für „Staatseuthanasie“.⁴⁵⁰

Der Philosoph und Ethiker Peter Singer, der für Früh-Euthanasie eintritt und damit immer wieder in Kritik geriet, bezog überraschenderweise gegen das Beenden der lebensverlängernden Maßnahmen im Fall Charlie Gard Stellung. In seinem Tweet erklärte er: „Here's a case in which a court was perhaps readier to end the life of an infant than I would have been.“⁴⁵¹ Gemeinsam mit dem Ethiker Julian Savulescu von der Universität Oxford untersuchte Singer den Fall Gard. Sie nannten zwei Gründe, weswegen lebensverlängernde Maßnahmen eingestellt werden dürfen: die medizinische Behandlung entspricht nicht dem neuesten wissenschaftlichen Stand oder der Zustand der Patientin oder des Patienten ist irreversibel. Im vorliegenden Fall waren sie der Meinung, die experimentelle Therapie könnte theoretisch erfolgreich angewendet worden sein.⁴⁵² Angesichts der zahlreichen wissenschaftlichen Expertisen und gerichtlichen

⁴⁴⁶ Jay *Spekulow*, Tweet über Charlie Gard, 03.07.2017, online unter <<https://twitter.com/JaySekulow/status/881906963881263105>> (12.01.2020).

⁴⁴⁷ Papst *Franziskus*, Tweet über Charlie Gard, 30.06.2017, online unter <<https://twitter.com/Pontifex/status/880856610687549440>> (12.01.2020).

⁴⁴⁸ vgl. *Das*, Populist discourse on a British social media patient-support community, 81.

⁴⁴⁹ vgl. *Das*, Populist discourse on a British social media patient-support community, 83.

⁴⁵⁰ vgl. *Aussuntina Morresi*, Charlie Gard. Euthanasia di stato (2017).

⁴⁵¹ Peter *Singer*, Tweet über Charlie Gard, 08.05.2017, online unter <<https://twitter.com/PeterSinger/status/861356279658196992>> (12.01.2020).

⁴⁵² vgl. *Julian Savulescu*, Peter *Singer*, Charlie Gard: Why Donald Trump and the Pope are right. In: ABC News, 14.07.2017, online unter <<https://www.abc.net.au/news/2017-07-13/charlie-gard-donald-trump-and-the-pope-are-right/8706390>> (12.01.2020).

Untersuchungen sowie Entscheidungen, die zur gegenteiligen Ansicht gelangten, bildeten sie eine unbedeutende Minderheit.

Der Fall Charlie Gard unterscheidet sich wesentlich von den zuvor angeführten Fällen, denn es handelt sich hier nicht um einen „klassischen“ Sterbehilfe-Fall. Sterbehilfe bei Unmündigen und Minderjährigen ist von erhöhter Komplexität, die von verschiedenen Faktoren bestimmt. Es gibt europäische Staaten, in denen Sterbehilfe für Kinder legalisiert wurde. Belgien erlaubt die Sterbehilfe in jedem Alter und ist weltweit gesehen das erste Land, dass die Altersbeschränkung in diesem Bereich komplett aufgehoben hat. Die gesetzliche Grundlage dafür wurde im Februar 2014 verabschiedet. In den Niederlanden beträgt das Mindestalter 12 Jahre.⁴⁵³ Die Legalisierung der Sterbehilfe für Kinder wird vor allem unter dem Gesichtspunkt der Autonomie diskutiert. Kinder und Jugendliche sind meist noch nicht in der Lage, Vorhersagen über bestimmte Bereiche zu treffen, in denen sie noch keine Erfahrungen sammeln konnten. Meist passen sie sich den Entscheidungen ihrer Eltern an.⁴⁵⁴ Bei solchen Entscheidungen muss zwischen Säuglingen, Kindern und Jugendlichen unterschieden werden. Aus den Statistiken der letzten Jahre ist ersichtlich, dass die Nachfrage seitens Kindern äußerst gering ist. Beispielsweise gab es in Belgien im Jahr 2016 nur einen Fall der Sterbehilfe an einem 17-jährigen und eine Anfrage für den assistierenden Suizids eines Minderjährigen.⁴⁵⁵

⁴⁵³ vgl. Raphael *Cohen-Almagor*, Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors? In: *Perspectives in biology and medicine* 61, H.2. (2018) 231.

⁴⁵⁴ vgl. *Cohen-Almagor*, Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors?, 235.

⁴⁵⁵ vgl. *Cohen-Almagor*, Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors?, 235.

7. Conclusio

Der Diskurs der Sterbehilfe gewann kurz nach der Jahrtausendwende am EGMR an Bedeutung. Diane Pretty stellte den Gerichtshof vor neue Herausforderungen, denn zuvor wurde kein vergleichswerter Fall dort behandelt. Mit dem 11. Zusatzprotokoll, das im Jahr 1998 in Kraft getreten ist, trennte der EGMR nun die Individualbeschwerde und die Staatenbeschwerde. Es ging um die Idee einer Festigung des Individualrechts und führte dazu, dass Personen auch im Bereich der Sterbehilfe den EGMR anrufen konnten. Mit der Einführung des 11. Zusatzprotokolls kam es zu einem Einschnitt in der seit 1945 laufenden Sterbehilfedebatten.

Pretty, die als Vorreiterin den ersten zugelassenen Sterbehilfefall vor dem EGMR bestritt, forderte Straffreiheit ihres Ehemanns und machte ihren Fall bis heute noch außergewöhnlich. Koch trat ebenfalls für seine Ehefrau vor Gericht, jedoch war diese zu diesem Zeitpunkt schon verstorben. Beide Fälle kritisierten vor allem die strenge oder unklare Gesetzgebung ihres Landes. Im Vereinigten Königreich ist durch den *Suicide Act* kaum Raum für Sterbehilfe, während in Deutschland es die Möglichkeit des assistierenden Suizids geben würde, aber durch politische Hürden und unklare Regelungen, es keiner Person möglich war, dies in Anspruch zu nehmen.

Die Fälle Haas und Gross liefen jeweils gegen die Schweiz, in dem der assistierende Suizid gewährt wird. Trotzdem kritisierten die BeschwerdeführerInnen die Kriterien, um an das tödliche Mittel Natrium-Pentobarbital zu gelangen. Haas machte vor dem EGMR geltend, dass es schwer sei, den assistierenden Suizid zu verlangen, wenn eine Person an einer psychischen Krankheit litt. Bei Gross wurde diese Problematik erweitert und hatte dabei besonders die SAMW-Richtlinien kritisiert, da diese psychischen Krankheitsbilder wie Demenz oder Depression nicht miteinschlossen.

Die Fälle Koch, Gross und Lambert hatten besondere Folgen, die unter anderem auch eine Änderung der Gesetzgebung miteinschlossen. Kochs Intention war auch, auf die problematische Sterbehilfe-Situation hinzuweisen. Die unklare gesetzliche Lage in Deutschland wurde seit der EGMR-Verhandlung 2012 bis zur Entscheidung am deutschen Verfassungsgericht 2020 judikativ diskutiert. Auch der Fall Lambert beeinflusste die Überarbeitung des Leonetti-Gesetzes im Jahr 2015, das zu mehr PatientInnen-Autonomie führte und auch die Sedierung zuließ. Im Fall Gross kam es zu keiner gesetzlichen Änderung, jedoch konnte ihr Fall bewirken, dass die SAMW-

Richtlinien überarbeitet wurden und nun auch Kriterien für PatientInnen mit psychischen Krankheiten vorsahen.

Die Fälle Lambert und Gard unterschieden sich wesentlich von den vorherigen Gerichtsverfahren vor dem EGMR, da es um PatientInnen ging, die sich selbst nicht zu ihren Wünschen äußern konnten. Während Lambert sich in einem bewusstlosen Zustand befand, war es Charlie aufgrund seines Alters nicht möglich diesen zu beschreiben. In beiden Fällen spielten die Eltern eine wichtige Rolle beim Geschehen, da die Interessen von Lamberts Eltern katholisch und die von Charlies Eltern durch konservative Politik motiviert wurden. Trotzdem sind diese Fälle weitgehendst zu unterscheiden, denn Lambert war eine erwachsene Person, der solch eine Situation schon zuvor mit seiner Ehefrau besprechen konnte, während Charlie nie in der Lage war sich zu äußern.

Für den Diskurs der Sterbehilfe im Kontext der EMRK erlangte in den Verhandlungen des EGMR vor allem Art. 8 große Bedeutung. Er enthält im Sinne der Selbstbestimmung das Recht jedes Individuums zu entscheiden, wann und wie es sein Leben beenden will. Dadurch wurde er quasi zur Grundlage aller Entscheidungen des EGMR in den Sterbehilfe-Fällen, bereits mit dem Fall Diane Pretty beginnend. Der Gerichtshof stellte schon damals fest, dass Art. 2 der EMRK sich nicht auf Sterbehilfe bezieht, da er ausschließlich das Recht auf Leben umfasst. Jedoch kam in den weiteren Verhandlungen des EGMR immer stärker die Tendenz zur Geltung, dass Entscheidungsfreiheit und die Autonomie des Individuums wesentliche Teile des Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts sind.

Für eine genauere Eingrenzung sorgte der Fall Haas. Zwar konnte der EGMR keine Verletzung des Art. 8 der EMRK durch die Schweizer Behörden erkennen, jedoch entschied er, dass dieser Artikel implizit das Recht auf Sterbehilfe enthält. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass der Terminus Privatleben einen großen Interpretationsspielraum zulässt. Das Recht zu entscheiden, wie und wann eine Person aus dem Leben geht, wird vor allem durch den Faktor der Lebensqualität bestimmt, denn jedes Individuum hat - gemäß Art. 8 der EMRK - das Recht auf ein würdiges Leben.

Der Impakt der Urteile des EGMR ist stärker als er zunächst erscheint, zumal es darüber nicht allzu viele wissenschaftliche Veröffentlichungen gibt. Tatsächlich hatten die Entscheidungen des EGMR in den in dieser Arbeit behandelten Sterbehilfe-Fällen großen Einfluss auf den Diskurs über die Legalisierung in den nationalen Rechtssystemen. Dies zeigte sich besonders im Fall Koch. Dieser führte in Deutschland auf juristischer Ebene

zu einer breiten Auseinandersetzung über das Thema Suizid. Im Fall Koch befassten sich mehrere deutsche Gerichte mit der geltenden Gesetzeslage, die sich in Bezug auf Sterbehilfe äußerst unklar zeigte. 2012 fiel die Entscheidung des EGMR, woraufhin das Bundesverwaltungsgericht versuchte, mehr Klarheit in die Sachlage zu bringen. Als Folge der starken Polarisierung durch die christlich-konservativen Parteien (CDU/CSU) wurde das Thema zu einem Politikum. Trotz der versuchten Klärung der Rechtslage durch den Bundesverwaltungsgerichtshof blieb die Regierung untätig, zum Beispiel verbot der Bundesminister für Gesundheit dem BfArM die Vergabe von Natrium-Pentobarbital. Sieben Jahre nach dem EGMR-Urteil konnten sich die Behörden noch immer nicht darauf einigen, ob der assistierende Suizid in extremen Fällen legal sei. Selbst die Gerichte waren sich nicht einig. Am 19. November 2019 wurde die Frage zum Bundesverfassungsgericht weitergeleitet, um über die Verfassungsmäßigkeit zu entscheiden. Am 26. Februar 2020 kam dieser zur der Entscheidung, dass es ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben gibt und erlaubt nun die „geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid“.⁴⁵⁶

Ebenso Einfluss auf den Staat und dessen Regulierung im Bereich der Sterbehilfe hatte der Fall Gross. Der EGMR stellte in seinem Urteil fest, dass es für PatientInnen mit psychischen Problemen Gesetzeslücken gäbe und die SAMW-Vorschriften nicht ausreichend wären. Es war der einzige Fall, in dem die Beschwerdeführerin in Bezug auf Sterbehilfe Recht bekommen hatte. Der Gerichtshof befand, dass durch die mangelnde gesetzliche Regelung die Lebensqualität von Gross stark gemindert war, da sie in ständiger Angst und Unsicherheit lebte. Darin erblickte der EGMR eine Verletzung des Art. 8 der EMRK. Dieses Urteil wurde der Großen Kammer des EGMR zur Revisionsverhandlung zugewiesen. Nachdem die RichterInnen erfahren hatten, dass Gross inzwischen gestorben war, stellten sie das Verfahren ein. Dennoch kam es zur Überarbeitung der SAMW-Richtlinien, in der die Krankheitssituation für Suizidwillige genauer definiert wurde. Diese Richtlinien galten ebenfalls für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen.

Der Fall Lambert behandelte erstmals die passive Sterbehilfe vor dem EGMR. Lambert lag nach einem schweren Unfall im Wachkoma. Er hatte vor seinem Unfall geäußert, dass – sollte er jemals in einen solchen Zustand geraten – er nicht mehr weiterleben möchte.

⁴⁵⁶ vgl. BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 1.

Jedoch hatte er keine PatientInnenverfügung hinterlassen. Es kam zu einem Konflikt zwischen seinen Eltern und seiner Ehefrau über die Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen. Die Eltern von Vincent behaupteten, es gäbe einen Eingriff in die Privatsphäre ihres Sohnes, wenn die lebenserhaltenden Maßnahmen abgeschaltet werden würden. Ihre Klage war vor dem EGMR jedoch nicht haltbar, da sie sich statt auf Art. 8 speziell auf Art. 2 der EMRK bezog. Das Außergewöhnliche an diesem Fall war, dass sich der Rechtsstreit jahrelang in die Länge zog und schließlich die französische Rechtsprechung beeinflusste. Es kam zu einer Überarbeitung des Leonetti-Gesetzes, das die passive Sterbehilfe regelt, und zu einer Liberalisierung der Sedierung, die zum Tod führen kann. Über zehn Jahre lang lag Lambert im Wachkoma, er verstarb letztendlich am 11. Juli 2019, nachdem Tage zuvor die lebenserhaltenden Maßnahmen abgestellt worden waren.

Der letzte hier behandelte Fall unterscheidet sich von den vorhergehenden Fällen dadurch, dass es sich um einen Säugling handelte, der an schweren Krankheiten litt und künstlich am Leben erhalten wurde, sich naturgemäß nicht äußern konnte und bei dem passive Sterbehilfe zur Anwendung kommen sollte. Bei allen gerichtlichen Auseinandersetzungen stand der Begriff der Lebensqualität, wie er im Art. 8 der EMRK enthalten ist, im Mittelpunkt. Das medizinische Team, das Charlie betreute, stellte fest, dass diese nicht gegeben war. Derselben Meinung war auch die EGMR-Kammer, die über diesen Fall entschieden hatte. Sie stellte fest, dass die Behörden des Vereinigten Königreichs gemäß der EMRK gehandelt hatten. Charlies Zustand verschlechterte sich stark und er starb am 28. Juli 2018.

Im Hinblick auf die Entscheidungen des EGMR in den behandelten Fällen zeigt sich, dass der Gerichtshof auf Grundlage des Art. 8 der EMRK immer stärker dahin tendiert, Sterbehilfe als ein in der EMRK enthaltenes Menschenrecht anzuerkennen. Zwar zeigte sich in den Fällen, dass Ansichten von Familienmitgliedern respektiert und angehört werden, aber letztendlich wird dem individuellen Wunsch und dem persönlichen Urteil der betroffenen Person, die sterben möchte, den größten Stellenwert eingeräumt.

Die Fälle vor dem EGMR wurden jedoch nicht nur juristisch diskutiert, sondern auch von den Medien und der Gesellschaft verfolgt. Die Fälle Pretty, Lambert und Gard bekamen während ihrer Prozesse eine große öffentliche Aufmerksamkeit. Während bei Pretty noch vermehrt durch Zeitungen und Boulevardmedien Informationen verbreitet wurden, bekamen die Sozialen Medien bei Gard einen wichtigen Stellenwert. Der Fall wurde hier

mit einer großen *Social-Media* Kampagne der Eltern begleitet, die auch zu „Zurufen“ von konservativen US-Kreisen führte, die den Fall nutzten, um gegen „demokratische“ Gesundheitssysteme zu hetzen. Die Öffentlichkeit und die Medien in Frankreich verfolgten auch intensiv den Fall Lambert. Durch die intensive Auseinandersetzung des Themas kamen auch Argumentationen auf, wie zum Beispiel das Ziehen von Nazi-Analogien, die gerne gegen Sterbehilfe verwendet werden.

Der Zusammenhang von Religion und Sterbehilfe bildete im Fall Lambert ebenfalls einen wesentlichen Bestandteil der Debatte. Der religiöse Aspekt wurde bewusst nicht thematisiert, denn er würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und wurde auch nicht vom EGMR diskutiert. Trotzdem soll hier erwähnt werden, dass Religionen in Europa (besonders in konservativen Staaten) weiterhin einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Sterbehilfe nehmen. Viele Argumentationen gegen die Sterbehilfe sind oft religiös und historisch geprägt. Allerdings je mehr das Thema an die Öffentlichkeit gelangt, desto mehr verstärkt sich die Forderung nach Liberalisierung.

Wie hier aufgezeigt worden ist, war und ist Sterbehilfe ein weitreichendes Thema, das seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs diskutiert wird. Nach vor allem von der Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Euthanasie geprägten Debatten in den 1950er und 1960er Jahren, änderte sich der Diskurs vor allem in den 1970er Jahren. Besonders in den Niederlanden fand seitdem eine weitreichende Auseinandersetzung mit der Thematik statt, sodass es als erstes Land in Europa jegliche Form der Sterbehilfe legalisiert hatte. Diesem Vorbild folgten somit schon bald andere europäische Länder wie Belgien und Luxemburg.

Wie die vorliegende Arbeit vor allem aufgezeigt hat, haben die Entscheidungen des EGMR in den von ihm behandelten Sterbehilfe-Fällen von 2002 bis 2017, auf eine Verrechtlichung der Debatte aber auch eine Emotionalisierung in der Öffentlichkeit gewirkt, beides im europäischen Rahmen. Die nationale Gesetzgebung des europäischen Sterbens wurde und wird zunehmend von diesem berührt. Letztendlich ist das Thema Sterbehilfe sehr jung und wird noch in Zukunft zu Kontroversen und vermehrten Diskussionen führen.

8. Bibliographie

8.1 Primärquellen

Council of Europe, Chart of signatures and ratifications of Treaty 005, online unter <www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/005/signatures?p_auth=pHWlqipN> (08.03.2019).

European Court of Human Rights, Film über den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, 03.01.2017, online unter <https://www.youtube.com/watch?v=czs-35tdB-U&list=PLR32LhhJMjQ4cJNjveljVl_WkhioZOPV5&index=2&t=195s> (20.06.2019).

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft (Hg.), Medizin-ethische Richtlinien. Umgang mit Sterben und Tod (Basel² 2019).

8.1.1 Gerichtsurteile

BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 26.02.2020, online unter <http://www.bverfg.de/e/rs20200226_2bvr234715.html> (01.03.2020).

BVerwG 3 C 19.15, Urteil des Bundesverwaltungsgericht vom 02.03.2017 – Erlaubnis zum Erwerb einer tödlichen Dosis Natrium-Pentobarbital zur Selbsttötung, online unter <<https://www.bverwg.de/entscheidungen/pdf/020317U3C19.15.0.pdf>> (19.11.2019).

European Court of Human Rights, CASE OF PRETTY v. THE UNITED KINGDOM, 29.07.2002, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448>> (18.11.2019).

European Court of Human Rights, CASE OF HAAS v. SWITZERLAND, 20.01.2011, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-102940>> (19.11.2019).

European Court of Human Rights, CASE OF KOCH v. Germany, 19.07.2012, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-112282>> (05.09.2019).

European Court of Human Rights, CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 14.05.2013, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-119703>> (02.12.2019).

vgl. *European Court of Human Rights*, CASE OF GROSS v. SWITZERLAND, 30.09.2014, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-146780>> (03.12.2019).

European Court of Human Rights, CASE OF LAMBERT AND OTHERS v. FRANCE, 05.06.2015, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352>> (21.12.2019).

European Court of Human Rights, Charles GARD and Others against the United Kingdom, 27.06.2017, online unter <<http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-175359>> (11.12.2019).

8.1.2 Gesetzestexte

Council of Europe, Protocol No. 11 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, restructuring the control machinery established thereby, online unter <www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/155> (18.11.2019).

European Court of Human Rights, Council of Human Rights, Die Europäische Menschenrechtskonvention, online unter <www.echr.coe.int/Documents/Convention_DEU.pdf> (07.03.2019).

8.1.3 Pressemittelungen und öffentliche Statements

European Court of Human Rights, End of life and the European Convention on Human Rights, Mai 2019, online unter <https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Euthanasia_ENG.pdf> (25.01.2020).

Papst *Franziskus*, Tweet über Charlie Gard, 30.06.2017, online unter <<https://twitter.com/Pontifex/status/880856610687549440>> (12.01.2020).

Papst *Franziskus*, Tweet zu Lambert, 11.07.2019, online unter <<https://twitter.com/pontifex/status/1149282697736536066>> (09.01.2020).

Emmanuel *Macron*, Statement zum Fall Lambert, 20.05.2019, online unter <<https://www.facebook.com/EmmanuelMacron/posts/2438951309670774>> (26.12.2019).

Peter *Singer*, Tweet über Charlie Gard, 08.05.2017, online unter <<https://twitter.com/PeterSinger/status/861356279658196992>> (12.01.2020).

Jay *Spekulow*, Tweet über Charlie Gard, 03.07.2017, online unter <<https://twitter.com/JaySekulow/status/881906963881263105>> (12.01.2020).

Donald *Trump*, Tweet zu Charlie Gard, 03.07.2017, online unter <https://twitter.com/realDonaldTrump/status/881875263700783104?ref_src=twsrc%5Etfw> (09.01.2020).

Verwaltungsgericht Köln, Recht auf Selbsttötung in Fällen schwerer Krankheit: Verwaltungsgericht Köln ruft Bundesverfassungsgericht an, online unter <https://www.vg-koeln.nrw.de/behoerde/presse/Pressemitteilungen/Archiv/2019/27_191119_02/index.php> (26.11.2019).

8.1.4 Zeitungsberichte

Sophie *Bracquemart*, Relaxe du Dr Sanchez à Reims: les parents de Vincent Lambert font appel. In: L'Union, 02.02.2020, online unter <<https://www.lunion.fr/id128437/article/2020-02-02/les-epoux-lambert-font-appel-de-la-relaxe>> (26.02.2020).

Eric *Favereau*, Epilogue de l'affaire Vincent Lambert: des médecins bien mal traités. In: *Libération*, 03.02.2020, online unter <https://www.liberation.fr/france/2020/02/03/epilogue-de-l-affaire-vincent-lambert-des-medecins-bien-mal-traites_1776957> (26.02.2020).

Richard *Herzinger*, Vom Recht auf Leben – zur Pflicht zum Leiden? In: *Die Zeit*, 02.05.2002, online unter <https://www.zeit.de/2002/19/herzinger02_0502.xml> (28.01.2020).

Leo *Klimm*, Wachkomapatient muss weiter behandelt werden. In: *Süddeutsche Zeitung*, Paris 21.05 2019, online unter: <<https://www.sueddeutsche.de/panorama/vincent-lambert-paris-wachkoma-demo-gericht-1.4456855>> (23.05 2019).

John *Lichfield*, Vincent Lambert case: France gripped by 'right to die' case of tetraplegic former nurse and an attempt to 'kidnap him from his hospital bed'. In: *The Independent*, 27.07.2015, online unter <<https://www.independent.co.uk/news/world/europe/vincent-lambert-case-france-gripped-by-right-to-die-case-of-tetraplegic-former-nurse-and-an-attempt-10419934.html>> (09.01.2020).

Jost *Müller-Neuhof*, Sterbehilfeprozess. Tod auf Rezept. In: *Der Tagesspiegel*, 23.11.2010, online unter <<https://www.tagesspiegel.de/politik/sterbehilfeprozess-tod-auf-rezept/3202360.html>> (28.01.2020).

Christian *Rath*, Gute Arbeit soll bezahlt werden. Dignitas-Chef übers Sterben. In: *taz*, 16.08.2012, online unter <<https://taz.de/Dignitas-Chef-uebers-Sterben/!5086327/>> (29.11.2019).

Julian *Savulescu*, Peter *Singer*, Charlie Gard: Why Donald Trump and the Pope are right. In: *ABC News*, 14.07.2017, online unter <<https://www.abc.net.au/news/2017-07-13/charlie-gard-donald-trump-and-the-pope-are-right/8706390>> (12.01.2020).

Cornelia *Schmergal*, Gesundheitsministerium verwehrt Schwerstkranken todbringende Medikamente. In: *Spiegel online*, 29.06.2018, online unter <<https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/suizidbeihilfe-schwerstkrank-erhalten-keine-todbringenden-medikamente-a-1215871.html>> (19.11.2019).

Michaela *Wiegel*, Sterbehilfe in Frankreich. Schlafen vor dem Tod. In: *Frankfurter Allgemeine*, 19.03.2019, online unter <<https://www.faz.net/aktuell/politik/ausland/europa/frankreich-erlaesst-sterbehilfegesetz-zu-tode-sedieren-13491646.html>> (10.01.2020).

Ärzte dürfen Geräte von Koma-Patient Lambert abstellen. In: *Die Bild*, 28.06.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/ausland/news-ausland/vincent-lambert-koma-patient-kann-sterben-gericht-ebnet-weg-62953548.bild.html>> (10.01.2020).

Behandlung von Vincent Lambert wird gestoppt. In: *Frankfurter Allgemeine*, 02.07.2019, online unter

<<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/wachkoma-patient-behandlung-von-vincent-lambert-wird-gestoppt-16264695.html>> (10.01.2020).

Bekanntester französischer Koma-Patient Vincent Lambert ist tot, In: Die Welt, 11.07.2019, online unter <<https://www.welt.de/newsticker/news1/article196689287/Justiz-Bekanntester-franzoesischer-Koma-Patient-Vincent-Lambert-ist-tot.html>> (10.01.2020).

Diane Pretty dies. In: BBC News, 12.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983457.stm>> (18.11.2019).

Diane Pretty: Kämpferin für Recht auf Sterbehilfe tot. In: News, 13.05.2002, online unter <<https://www.news.at/a/diane-pretty-kaempferin-recht-sterbehilfe-34602>> (28.01.2020).

Diane Pretty. Timeline. In: BBC News, 12.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983562.stm>> (28.01.2020).

Dignitas. Schweizer Verein will Sterbehilfe in Deutschland leisten. In: Die Zeit, 02.02.2020, online unter <<https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-03/sterbehilfe-dignitas-verein-schweiz-paragraf-217>> (02.02.2020).

Druck auf Gesundheitsminister. Experten fordern von Spahn Freigabe eines Sterbehilfe-Medikaments. In: Der Spiegel, 28.02.2020, online unter <<https://www.spiegel.de/politik/deutschland/sterbehilfe-jens-spahn-wegen-blockadehaltung-zu-sterbehilfe-medikament-unter-druck-a-00000000-0002-0001-0000-000169705028>> (01.03.2020).

Eltern sprechen von „Staatsverbrechen“. In: Die Bild, 11.07.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/2019/news/franzoesischer-koma-patient-vincent-lambert-ist-tot-63222212.bild.html>> (10.01.2020).

Gegen den Willen der Eltern Ärzte wollen Geräte bei Wachkomapatient abschalten. In: Der Spiegel, 12.05.2019, online unter <<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/sterbehilfe-aerzte-wollen-geraete-bei-wachkoma-patient-vincent-lambert-abschalten-a-1267026.html>> (10.01.2020).

Gericht befiehlt, Koma- Patienten am Leben zu lassen. In: Die Bild, 21.05.2019, online unter <<https://www.bild.de/news/ausland/news-ausland/wachkoma-patient-42-aerzte-stoppen-lebenserhaltende-massnahmen-62035288.bild.html>> (10.01.2020).

In einem Krankenhaus in Reims. Wachkomapatient Vincent Lambert nach Behandlungsstopp gestorben. In: Frankfurter Allgemeine, 11.07.2019, online unter <<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/menschen/wachkomapatient-vincent-lambert-gestorben-16279282.html>> (09.01.2020).

In pictures: Diane Pretty. In: BBC News, 13.05.2002, online unter <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/1983832.stm>> (28.01.2020).

Italiens Verfassungsgericht erklärt Sterbehilfe in Ausnahmen straffrei. In: Neue Zürcher Zeitung, 26.09.2019, online unter <<https://www.nzz.ch/international/italien-erklaert-sterbehilfe-in-ausnahmen-straffrei-ld.1511415>> (02.02.2020).

Kämpferin für das Recht auf Sterbehilfe Diane Pretty gestorben. In: Der Spiegel, 13.05.2002, online unter <<https://www.spiegel.de/panorama/kaempferin-fuer-das-recht-auf-sterbehilfe-diane-pretty-gestorben-a-195815.html>> (28.01.2020).

Koma-Patient in Frankreich ist tot. Vincents Eltern sprechen von „Staatsverbrechen“. In: Welt, 11.07.2019, online unter <<https://www.welt.de/vermishtes/article196711105/Vincent-Lambert-Frankreichs-bekanntester-Koma-Patient-ist-tot.html>> (09.01.2020).

Sterbehilfe ist in Italien kein Tabu mehr. In: Neue Zürcher Zeitung, 26.09.2019, online unter <<https://www.nzz.ch/international/sterbehilfe-ist-in-italien-kein-tabu-mehr-ld.1511632>> (02.02.2020).

Verfassungsgericht öffnet Tür für Sterbehilfe. In: Wiener Zeitung, 26.02.2020, online unter <<https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/politik/europa/2051976-Verfassungsgericht-oeffnet-Tuer-fuer-Sterbehilfe.html>> (27.02.2020).

Vincent Lambert: selon sa mère, ce sont des nazis, ils méritent ce que je n'ose pas dire. In: Le Figaro, 20.05.2019, online unter <<http://video.lefigaro.fr/figaro/video/vincent-lambert-selon-sa-mere-ce-sont-des-nazis-ils-meritent-ce-que-je-n-ose-pas-dire/6038854868001/>> (26.12.2019).

Vincent Lambert stirbt nach Behandlungsstopp. In: Der Spiegel, 11.07.2019, online unter <<https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/vincent-lambert-wachkoma-patient-in-frankreich-stirbt-nach-behandlungsstopp-a-1276813.html>> (10.01.2020).

8.2 Sekundärliteratur

R. Aubrey, End-of-life, euthanasia, and assisted suicide. An update on the situation in France. In: *Revue Neurologique* 172, H.12 (2016) 719-724.

Michael Barnikol, Die Regelung der Suizidbeihilfe in den neuen SAMW-Richtlinien. In: *Schweizerische Ärztezeitung* 99, H.41. (2018), online unter <<https://doi.org/10.4414/saez.2018.17179>> (09.12.2019).

Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe (Göttingen 2009).

Peggy H. Breitenstein, Johannes Rohbeck (Hg.), Philosophie. Geschichte – Disziplinen – Kompetenzen (Stuttgart 2011).

Arthur Brunner, Subsidiaritätsgrundsatz und Tatsachenfeststellung unter der Europäischen Menschenrechtskonvention: Analyse der Rechtsprechung zu Art. 3 EMRK (Beiträge zum ausländischen öffentlichen Recht und Völkerrecht 283, Berlin/Heidelberg 2019).

Bundesärztekammer, Bekanntmachung. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt 114, H.7. (2017) 334-336.

Michael *Burleigh*, Die Nazi-Analogie und die Debatte zur Euthanasie. In: Andreas *Frewer*, Clemens *Eickhoff* (Hg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt/Main 2000) 408-423.

Emma *Cave*, Who Knows Best (Interests)? The Case of Charlie Gard. In: Medical Law Review 26, H.3. (Durham/Winchester 2017) 500-513.

Raphael *Cohen-Almagor*, Should the Euthanasia Act in Belgium Include Minors? In: Perspectives in biology and medicine 61, H.2. (2018) 230-248.

Martin *Curtice*, Charlotte *Field*, Assisted suicide and human rights in the UK. In: The Psychiatrist 34, H. 5 (2010) 187-190.

Lionel *Dany*, Karine *Baumstarck*, Eric *Dudoit*, Florence *Duffaud*, Pascal *Auquier*, Sébastien *Salas*, Determinants of favourable opinions about euthanasia in a sample of French physicians. In: BMC palliative care 14 (2015) doi: 10.1186/s12904-015-0055-6.

Ranja *Das*, Populist discourse on a British social media patient-support community: The case of the Charlie Gard support campaign on Facebook. In: Discourse, Context & Media 24 (Surrey 2018) 76-84.

Udo *Di Fabio*, Erwerbserlaubnis letal wirkender Mittel zur Selbsttötung in existenziellen Notlagen. Rechtsgutachten zum Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. März 2017 – 3 C 19/15, November 2017, online unter <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Presse/Rechtsgutachten.pdf?__blob=publicationFile&v=2> (26.11.2019).

European Court of Human Rights. In: Peter *Cane*, Joanne *Conaghan* (Hg.), The New Oxford Companion to Law (Oxford 2009).

Walter *Frenz*, Europarecht (Berlin/Heidelberg ²2016).

Kallia *Gavela*, Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe (Veröffentlichungen des Instituts für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim 39, Berlin Heidelberg 2013).

Stefan *Gilch*, Die Reform der Europäischen Menschenrechtskonvention unter besonderer Berücksichtigung des 14. Zusatzprotokolls (ungedr. Diss. Universität Innsbruck 2008).

John *Griffiths*, Heleen *Weyers*, Maurice *Adams*, Euthanasia and Law in Europe (Oxford 2008).

Solveig *Haß*, Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte. Charakter, Bindungswirkung und Durchsetzung (Beiträge zum nationalen und internationalen Recht 1, Frankfurt am Main 2006).

Gerrit *Hohendorf*, Der Tod als Erlösung vom Leiden. Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts (Göttingen 2013).

Nicola *Jacob*, Aktive Sterbehilfe im Rechtsvergleich und unter der Europäischen Menschenrechtskonvention (Marburg 2013).

Nicola *Jacob*, Sterbehilfe unter der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK). In: vorgänge 210/211, H.2-3 (2015) 79-98.

Birgit *Jaspers*, Lukas *Radbruch*, Friedmann *Nauck*, Euthanasie, ärztlich assistierter Suizid und Freitodbegleitung. Aktuelle Entwicklungen in den Benelux-Ländern, der Schweiz und Deutschland. In: Heribert *Niederschlag*, Ingo *Proft* (Hg.), Recht auf Sterben? Politische, rechtliche und ethische Position (Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege 7, Ostfildern 2015) 23-36.

Irene *Karper*, Reformen des Europäischen Gerichts- und Rechtsschutzsystem (Schriftenreihe des Zentrums für Europäische Rechtspolitik der Universität Bremen 59, Bremen ²2011).

Robert *Kehl*, Sterbehilfe. Ethische und juristische Grundlagen (Bern 1989).

G.K. *Kimsma*, E. *van Leeuwen*, Dutch Euthanasia: Background, Practice, and Present Justifications. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2 (1993) 19-35.

Katharina *Khorrami*, Die „Euthanasie-Gesetze“ im Vergleich. Eine Darstellung der aktuellen Rechtslage in den Niederlanden und in Belgien. In: MedR – Medizinrecht 21, H.7 (2003) 19-25.

Lothar *Knopp*, Aktive Sterbehilfe – Europäische Entwicklungen und „Selbstbestimmungsrecht“ des Patienten aus verfassungsrechtlicher Sicht. In: Medizinrecht 21, H.7 (2003) 379-387.

Ulrich H.J. *Körtner*, Christian *Kopetzki*, Maria *Kletecka-Pulker* (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin 1, Wien 2007).

Guenter *Lewy*, Assisted Death in Europe and America: Four Regimes and Their Lessons (Oxford 2010).

Michael *Lindemann*, Zur Rechtswirklichkeit von Euthanasie und Ärztlich Assistiertem Suizid in den Niederlanden. In: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft 117, H.1 (2005) 208-235.

Jeanette E. *Lunshof*, Alfred *Simons*, Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart. In: Andreas *Frewer*, Clemens *Eickhoff* (Hg.),

„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik (Frankfurt/Main 2000) 237-249.

Susan Mayor, Charlie Gard dies in hospice after High Court rules against prolonging life support. In: BMJ (London 2017) doi: 10.1136/bmj.j3673.

Ludwig A. Minelli, Die EMRK schützt die Suizidfreiheit. Wie antwortet darauf das Schweizer Recht? In: Aktuelle juristische Praxis 5 (2004) 491-504.

Aussuntina Morresi, Charlie Gard. Euthanasia di stato (2017).

Gerhard Pott, Durk Meijer, Sterbebegleitung in Europa. Am Beispiel Deutschlands und der Niederlande mit einem Exkurs zur intuitiven Ethik (Stuttgart 2015).

Caroline Preidel, Sterbehilfepolitik in Deutschland. Eine Einführung (Wiesbaden 2016).

Stephanie Rohlfing-Dijoux, Sterbehilfe in Frankreich: Das neue Gesetz vom Februar 2016 – Ein Recht auf den Tod im Lichte der französischen Verfassung und der europäischen Menschenrechtskonvention? In: Medizinrecht 34 (2016) 606-609.

Christopher P. Schmidt, Grund- und Menschenrechte in Europa. Das neue System des Grund- und Menschenrechtsschutzes in der Europäischen Union nach dem Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon und dem Beitritt der Union zur EMRK (Ius Europaeum 56, Baden-Baden 2013).

Tobias Schrader, Sterbehilfe. Geschichte und Recht in Europa am Beispiel von Deutschland und Frankreich (Marburg 2012).

Ingried Siess-Scherz, Das neue Rechtsschutzsystem nach dem Protokoll Nr.11 zur EMRK über die Umgestaltung des durch die Konvention eingeführten Kontrollmechanismus. In: Christoph Grabenwarter, Rudolf Thienel (Hg.), Kontinuität und Wandel der EMRK – Studien zur Europäischen Menschenrechtskonvention (Kehl/Straßburg 1998) 1-20.

Sascha Topp, Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie (Göttingen 2013).

Thela Wernstedt, Sterbehilfe in Europa (Recht & Medizin 66, Frankfurt am Main 2004).

Katharina Woellert, Heinz-Peter Schmiedebach, Sterbehilfe (UTB Profile 3006, München 2008).

9. Anhang: Abstract

Sterbehilfe wurde ab der Mitte des 20. Jahrhunderts in Europa zu einem weitreichenden Thema, das bis heute noch zu zahlreichen Diskussionen führt. Das Konzept der Sterbehilfe entstand schon in der Antike, aber erst durch die Auseinandersetzung mit den Verbrechen der nationalsozialistischen Euthanasie und den Entwicklungen der modernen Medizin, die eine künstliche Verlängerung des Lebens erleichterte, wurde es ab den 1970er Jahren zu einem immer mehr breit diskutierten Thema. Mit der Möglichkeit der Individualbeschwerde ab 1998 wurde auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte, mit der Problematik konfrontiert. Vor allem basierend auf Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention, das „Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens“, anerkannte er das Recht auf ein würdiges Leben sowie Lebensqualität und damit auf ein Recht zu entscheiden, wann und wie eine Person sterben darf.

In dieser Arbeit wird besonders auf die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eingegangen, nachdem zuvor Begrifflichkeiten und historische Entwicklungen in Europa beleuchtet wurden. Die einschlägigen Fälle *Pretty gegen Vereinigtes Königreich* (2002), *Haas gegen die Schweiz* (2011), *Koch gegen Deutschland* (2012), *Gross gegen die Schweiz* (2014), *Lambert u.a. gegen Frankreich* (2015) und *Gard u.a. gegen das Vereinigtes Königreich* (2017) werden dabei genau untersucht.