

Das Ende des Lebens in den Händen des Gesetzes Zur Situation in Luxemburg

ERNY GILLEN

Der vorliegende Beitrag beschreibt und analysiert die aktuelle Rechtslage im Großherzogtum Luxemburg hinsichtlich der jüngst geschaffenen medizinischen Gestaltungsoptionen¹ am Lebensende eines Menschen. Die Diskussionen, wie sie im gesellschaftlichen und politischen Vorfeld geführt wurden, sind nicht Gegenstand des Artikels. Es geht vielmehr darum, die nun rechtskräftige Lage auf ihren Gehalt für die Praxis hin zu untersuchen. Dabei wird hier bewusst darauf verzichtet, mögliche Rückkoppelungen zwischen den beiden Gesetzen und der Luxemburger Verfassung oder der Europäischen Menschenrechtskonvention (Art. 2) auszuloten.² Der hier eingenommene Standpunkt ist der einer Ethik im christlichen Kontext.³

Neben der systematischen Darstellung der Inhalte beider neuen Gesetze werden das »Krankenhausgesetz«⁴ sowie die aktuelle Ärzteberufsordnung⁵ skizziert. Es folgen einige Fragen, die es künftig in der Praxis zu lösen gilt.

1. Die gestaltenden Rechtstexte

Die aktuelle Rechtslage wird durch drei Gesetze bestimmt: (a) das »Krankenhausgesetz« von 1998, das zum ersten Mal die Rechte und Pflichten der Patienten, Ärzte und Krankenhäuser im Zusammenhang mit den drängenden medizinischen, pflegerischen und ethischen Fragen am Lebensende regelt (HOSP 98), (b) das Gesetz zur palliativen Behandlung, Pflege und Begleitung (PALL 09) sowie (c) das Gesetz zur Euthanasie und zum assistierten Suizid (EUAS 09). Die beiden Letzteren sind dieses Jahr in Kraft getreten. Die Berufsordnung der Ärzte⁶ hat im Großherzogtum über die Profession der Ärzte hinaus verbindlichen Charakter⁷ (CDM 05). Die letzte und aktuell gültige Fassung geht auf das Jahr 2005 zurück und wurde gerade in den Punkten zum ärztlichen Umgang mit dem Lebensende des Patienten novelliert⁸.

1.1 Das Krankenhausgesetz von 1998 (HOSP 98)

Im Kapitel »Rechte und Pflichten des Patienten« wird jedem Patienten im Krankenhaus entsprechend dem wissenschaftlichen Kenntnisstand sowie der Ärzteberufsordnung ein Zugangsrecht zu den präventiven, kurativen und palliativen Mitteln eingeräumt. Zudem wird das Prinzip der »Kontinuität in der Pflege« eingeführt und eingefordert (Artikel 37, HOSP 98).

Damit war Palliative Care zum ersten Mal in einem Luxemburger Gesetzestext verankert. Allerdings sah man von einer ausführlichen Gegenstandsbestimmung beider

Begriffe in den Gesetzen ab und setzte die allgemeine Bedeutung dieser Worte und Konzepte voraus.

1.2 Die aktuelle Berufsordnung der Ärzte (CDM 05)

Direkt anschließend an das Kapitel zur Informationspflicht des Arztes folgt das Kapitel über die Gestaltungsoptionen am Lebensende. Zuerst wird hier knapp und prägnant formuliert, dass es dem Arzt verboten ist, Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid zu leisten (Artikel 40, CDM 05). Für den Fall, dass der Patient seinem Lebensende nahe ist, spricht sich der Text gegen eine künstliche Lebensverlängerung aus (Artikel 41, CDM 05). Bei einem terminal kranken Patienten hat der Arzt Handlungen abzulehnen, die keine Linderung bringen und als einziges Ziel eine Verlängerung des Lebens unter Bedingungen haben, die als im Gegensatz zur menschlichen Würde stehend betrachtet werden könnten.⁹ Die umsichtige Formulierung im Konjunktiv zeigt die Vorsicht, mit der die Ärzte die »künstliche Lebensverlängerung« verstehen.

Die Berufsordnung spricht sich deutlich für Palliative Care aus. Es wird als Pflicht des Arztes festgeschrieben, die physischen und psychischen »Leiden« (nicht die Schmerzen) des Patienten zu lindern. Darüber hinaus hat der Arzt darauf zu achten, dass sich Menschen der sozialen und spirituellen Leiden des unheilbar Kranken annehmen. Nicht die Krankheit soll behandelt werden, sondern der Kranke (Artikel 42, CDM 05). Im Zusammenhang mit dem Lebensende wird festgehalten, dass der Arzt vorhandene Patientenverfügungen zu berücksichtigen hat (Artikel 44, CDM 05).

Mit der Überarbeitung des Kodex haben sich die Ärzte klar positioniert: Weder »künstliche Lebensverlängerung« noch »Euthanasie« werden sie am Ende des Lebens leisten, sondern Palliative Care. Der Kranke steht im Mittelpunkt ihres Handelns und nicht länger die Krankheit.

1.3 Zum Gesetz über Palliative Care (PALL 09)

Das Gesetz über Palliative Care hat zum Ziel, die Rechte auf Palliative Care zu definieren (Kapitel 1, PALL 09), die Reichweite des Willens einer Person an ihrem Lebensende festzulegen, und damit zusammenhängend einen Rechtsrahmen für Patientenverfügungen unter dem Titel von »directives anticipées« (advanced directives) zu schaffen (Kapitel 2, PALL 09). Darüber hinaus werden Freistellungsbestimmungen (Sonderurlaub) für Angehörige eingeführt, die einen Sterbenden begleiten (Kapitel 3, PALL 09).

Palliative Care wird definiert als aktive, kontinuierliche und koordinierte Pflege, die im Respekt vor der Würde der gepflegten Person von einem pluridisziplinären Team durchgeführt wird. Diese Pflege hat die Gesamtheit der physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse des Gepflegten vor Augen und unterstützt sein Umfeld. Palliative Care beinhaltet die Behandlung der Schmerzen und des psychischen Leidens (Artikel 1, PALL 09).

Die Ablehnung künstlicher Lebensverlängerung wird in Anlehnung an das französische »Leonetti-Gesetz«¹⁰ mit dem Begriff der »obstination déraisonnable« (unvernünftige Hartnäckigkeit) umschrieben. Eingenommen wird die Perspektive des Arztes. Ihm wird zugesichert, dass er weder strafrechtlich noch zivilrechtlich im Sinne einer Schadenersatzklage belangt werden kann, wenn er diagnostische Untersuchungen oder Behandlungen

gen ablehnt oder darauf verzichtet, diese einzusetzen, weil sie angesichts des Zustands des Sterbenden ungeeignet sind. Als Kriterien für diese Unangemessenheit aus ärztlicher Sicht werden die aktuellen medizinischen Kenntnisse sowie die Einschätzung gegenüber dem Effekt, den Diagnose oder Therapie dem sterbenden Patienten bringen könnten, genannt. Die zu beurteilenden Wirkungen der ärztlichen Handlung beziehen sich auf die Linderung beim sterbenden Patienten. Die im Gesetz zu Palliative Care gemeinte sterbende Person befindet sich in einer Phase der fortgeschrittenen und terminalen schweren und unheilbaren Erkrankung, gleich welcher Ursache. Verzichtet der Arzt auf noch mögliche diagnostische Untersuchungen oder Behandlungen aus den genannten Gründen, ist er nun gesetzlich verpflichtet, dem Patienten Palliative Care zukommen zu lassen (Artikel 2, PALL 09).

Während der zweite Artikel dieses Gesetzes einseitig aus der Perspektive des Arztes geschrieben ist und keine Abstimmung mit dem Patienten oder dem behandelnden Team vorsieht,¹¹ geht es im folgenden Artikel (Artikel 3) um das Problem der Doppelwirkung bei der Schmerzbehandlung, zu der die Zustimmung des Patienten erforderlich ist. Zuerst wird die ärztliche Pflicht der *wirksamen* Linderung des physischen und psychischen Leidens (nicht der Schmerzen) festgeschrieben. Stellt der Arzt fest, dass er dies bei den genannten sterbenden Personen nur dadurch tun kann, dass er eine Behandlung anwendet, die im Sinne einer Handlung mit Doppelwirkung ein vorgezogenes Lebensende zur Folge haben kann, muss er den Patienten darüber informieren und dessen Zustimmung einholen (Artikel 3, PALL 09).

Auch im Abschnitt über den Willen sterbender Menschen bleibt der Arzt der Handelnde. Er fragt nach dem Willen des Patienten, der sich in einer Phase fortgeschrittener und terminaler schwerer und unheilbarer Erkrankung befindet, welches auch immer die Ursache dieser Erkrankung ist. Der zu erhebende Wille betrifft die Bedingungen des Lebensendes und beinhaltet unter anderem die Begrenzung und den Abbruch von Behandlungen sowie die Schmerzbehandlung im Sinne der Doppelwirkung. Nur implizit kann von einem Recht des Patienten ausgegangen werden, seinen Willen hinsichtlich der Bedingungen seines Lebensendes zum Ausdruck zu bringen. Hier liegt ein wesentlicher Unterschied zum »Leonetti-Gesetz« in Frankreich.¹²

Artikel 4 (PALL 09) bezieht sich auf die Personen, die ihren Willen nicht mehr selber zum Ausdruck bringen können. Bei ihnen muss der Arzt zuerst versuchen, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ergründen. Hierbei kann er auf eine vom Patienten eigens genannte Vertrauensperson zurückgreifen. Er kann aber auch auf jede andere Person zurückgreifen, von der anzunehmen wäre, dass sie bei der Erstellung des mutmaßlichen Willens helfen könnte.

Im Artikel 5 (PALL 09) geht es um die »directives anticipées«, eine Art der Patientenverfügung, die von einer zweiten Art »disposition de fin de vie« im Euthanasiegesetz zu unterscheiden ist – und weswegen hier nun der französische oder englische Begriff der »directives anticipées« oder »advanced directives« verwendet wird, um Verwechslungen in der deutschen (und luxemburgischen) Sprache zu vermeiden. Das Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Schriftdokumenten mit radikal unterschiedlichem Ziel wird wohl noch für manche Verwirrung sorgen. Die »directives anticipées« bedürfen der Schriftform und beziehen sich auf den Willen des Patienten hinsichtlich seines Lebensendes. Es kann eine Vertrauensperson eingesetzt werden, die vom Arzt anzuhören ist, wenn der Patient sich nicht mehr selber äußern kann.

Der Arzt trägt der »directive anticipée« Rechnung, wenn der Patient sich in einer Phase der fortgeschrittenen und terminalen schweren und unheilbaren Erkrankung gleich welcher Ursache befindet. Er hat auch die Pflicht, sich aktiv um möglicherweise vorhandene »directives anticipées« zu bemühen. Er wertet aus, ob die vorher beschriebene Situation zutrifft, und berücksichtigt die Entwicklungen der Medizin, die seit der Abfassung erfolgt sind. Berücksichtigt der Arzt die »directive anticipée« nicht, muss er die Gründe angeben und dokumentieren. Er informiert die Vertrauensperson oder, wenn nicht vorhanden, die Familie. Steht die »directive anticipée« im Gegensatz zu den Überzeugungen des behandelnden Arztes, muss er den Patienten in Absprache mit der Vertrauensperson oder der Familie an einen Arzt weitervermitteln, der bereit ist, die »directive anticipée« zu befolgen (Artikel 6, PALL 09).

Die so gesetzlich gefasste »directive anticipée« (Artikel 5 und 6, PALL 09) sieht den Konfliktfall zwischen Arzt und Patientenwillen vor. Am Ende entscheidet hinsichtlich der Therapiebegrenzung der antizipierte Willensausdruck des Patienten. Es gilt – und dies wird ins Pflichtenheft des behandelnden Arztes eingebrannt –, einen Arzt zu finden, der bereit ist, die »directive anticipée« im Sinne des Patienten umzusetzen. Da die Euthanasie hier nicht explizit ausgeschlossen wird, wie dies im Leonetti-Gesetz der Fall ist,¹³ bleiben die Übergänge zwischen »directive anticipée« und »disposition de fin de vie« (aus dem Euthanasiegesetz) inhaltlich offen und unterscheiden sich letztlich nur durch die unterschiedlichen Formvorschriften.

Der Zugang zur »directive anticipée« wird im Artikel 7 (PALL 09) geregelt; Artikel 8 (PALL 09) besagt, dass Ausführungsbestimmungen durch großherzogliches Reglement getroffen werden können.

1.4 Das Gesetz zur Euthanasie und zur Beihilfe bei der Selbsttötung (EUAS 09)

Euthanasie wird im neuen Gesetz vom 16. März 2009 als Handlung eines Arztes bezeichnet, mittels derer er in voller Absicht das Leben einer Person beendet, die ausdrücklich und freiwillig einen entsprechenden Antrag gestellt hat. Beihilfe zur Selbsttötung wird ebenfalls aus der Perspektive des Arztes definiert, und zwar als Hilfe, die er in voller Absicht einer Person leistet, um ihr Leben zu beenden, oder indem er ihr die dazu nötigen Mittel besorgt. Der auslösende Faktor ist also der ausdrückliche und freiwillige Antrag der Person (Artikel 1, EUAS 09).

Dann folgt – immer noch den Arzt im Blick – eine ähnliche Formulierung, wie im Palliative Care-Gesetz hinsichtlich der »obstination déraisonnable«. Der einem Antrag auf Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung stattgebende Arzt kann weder strafrechtlich verurteilt, noch einer zivilen Klage auf Schadenersatz ausgesetzt werden, wenn bestimmte *grundsätzliche Bedingungen* (siehe nächster Absatz) erfüllt sind. In der Logik des Gesetzgebers und der Verfasser des Textes werden diese Zulassungsbedingungen immer noch aus der Perspektive des Arztes formuliert. Die beantragende Person wird denn auch folgerichtig im weiteren Text als Patient bezeichnet. Hält der Arzt sich nicht an diese grundsätzlichen Bedingungen, kann er strafrechtlich und zivilrechtlich verfolgt werden.

Vier grundsätzliche Zulassungsbedingungen werden formuliert: (1) Der Patient muss zum Zeitpunkt des Antrags volljährig, mündig und bei Bewusstsein sein. (2) Der Antrag muss freiwillig, überlegt und gegebenenfalls wiederholt formuliert werden; er darf nicht auf äußerem Druck beruhen. (3) Bei der Reichweitenbeschreibung des Antrags heißt es:

Der Patient muss sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befinden und gleichzeitig ein andauerndes und unerträgliches psychisches oder psychisches Leiden ohne Aussicht auf Besserung aufweisen, das von einer pathologischen oder unfallbedingten Erkrankung herrührt. (4) Der Antrag auf Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung bedarf der Schriftform (Artikel 2, EUAS 09).

Die dritte Zulassungsbedingung steht in direktem Zusammenhang mit Artikel 3 des Palliative Care-Gesetzes. Der Arzt wird in diesem Gesetz dazu verpflichtet bei Menschen am Lebensende wirksame Leidenslinderung vorzunehmen. Die im Euthanasietext angesprochenen physischen und psychischen Leiden unterscheiden sich von den im Palliative Care-Text zur Diskussion stehenden durch die Adjektive »andauernd und unerträglich«¹⁴. Bei der vierten Zulassungsbedingung wird festgehalten, dass der Antrag vom Patienten selbst verschriftlicht und gezeichnet werden muss. Für den Fall, dass der Patient physisch nicht in der Lage ist dies zu tun, kann die Verschriftlichung und die Zeichnung von einer dritten Person seiner Wahl geleistet werden. Genau hier stellen sich gravierende Fragen zur Patienten- und Rechtssicherheit.

Sind die grundsätzlichen Zulassungsbedingungen gegeben, kommen darüber hinaus und in jedem Fall noch *sieben Form- und Verfahrensvorschriften* für den Arzt dazu, an die er ebenfalls gebunden ist: (1) Er muss den Patienten über seinen Gesundheitszustand und seine Lebenserwartung informieren; er muss sich mit dem Patienten über den Antrag zur Euthanasie oder der Beihilfe zur Selbsttötung absprechen und mit ihm die noch denkbaren therapeutischen Möglichkeiten ebenso erörtern wie die Möglichkeiten und Konsequenzen von Palliative Care. Diese Gespräche sind schriftlich zu dokumentieren und dienen als Beleg für die gegebenen Informationen. In diesem Zusammenhang des dokumentierten und vom Arzt zu gestaltenden Informationsaustausches kommt dem Arzt die Entscheidung zur Antragsbewilligung zu. Er muss zur Überzeugung gelangen, dass der Antrag des Patienten freiwillig ist, und dass es in den Augen des Patienten keine andere annehmbare Lösung für ihn in dieser Situation gibt.¹⁵ (2) Der Arzt muss sich zudem auf der medizinischen Seite vergewissern, dass das physische *oder* psychische Leiden andauert, und auf der ärztlich-relationalen Seite, dass der Patient seinen Willen zeitnahe beziehungsweise wiederholt geäußert hat. Hierzu wird der Arzt innerhalb vernünftiger Zeitabschnitte mehrere Gespräche mit dem Patienten führen, die so angelegt sind, dass sie der Entwicklung des Zustandes des Patienten Rechnung tragen. (3) Der behandelnde Arzt muss aufgrund der medizinischen Indikation für die Euthanasie oder die Beihilfe zur Selbsttötung einen anderen Facharzt konsultieren: Während bei den grundsätzlichen Zulassungsbedingungen von einer medizinisch ausweglosen Situation die Rede war, wird die Indikation hier bei den Formvorschriften mit »schwerwiegend und unheilbar« wiedergegeben. Damit stehen semantisch und juristisch dieselben Vokabeln zur Diskussion, wie bei der Definition von Palliative Care (Artikel 1, PALL 09). Der konsultierte zweite Facharzt muss kompetent im in Frage stehenden Krankheitsbild sein. Hier fragen manche, ob dies denn nicht notwendigerweise ein Facharzt in Palliative Care sein müsste. Er muss über den Grund des Zweitgutachtens informiert sein, nämlich den Antrag auf Euthanasie oder medizinische Beihilfe zur Selbsttötung. Er muss unparteiisch sowohl gegenüber dem beantragenden Patienten wie auch gegenüber dem ihn konsultierenden behandelnden Arzt sein. Er nimmt Einsicht in die Patientenakte und untersucht den Patienten. Dabei vergewissert er sich, ob das psychische *oder* psychische Leiden des Patienten einen andauernden und unerträglichen Charakter hat und ohne

Aussicht auf Besserung ist. Seinen Befund dokumentiert er. Der behandelnde Arzt seinerseits informiert den Patienten über die Resultate des Zweitgutachtens. (4) Wenn der Patient dies nicht ablehnt, wird der für Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung angefragte Arzt sich mit dem Pfllegeteam oder Mitgliedern des Pfllegeteams, das im regelmäßigen Kontakt mit dem Patienten ist, über den Antrag austauschen (Artikel 2.2.4, EUAS 09). Ziel und Zweck dieses »Gesprächs« wird nicht näher erläutert, und auch über seine Dokumentation gibt das Gesetz keine weiteren Auskünfte. Unklar ist ebenfalls, ob Pflfegende oder andere Personen sich einer Beteiligung an der Entscheidungsfindung hinsichtlich einer Euthanasie oder einer Beihilfe zur Selbsttötung aus Gewissensgründen verweigern können.¹⁶ (5) Falls der Patient dies nicht ablehnt, wird sich der Arzt auch mit der genannten Vertrauensperson über den Antrag unterhalten (Artikel 2.2.6, EUAS 09). (6) Der Arzt vergewissert sich, dass der Patient die Möglichkeit hatte, mit allen angefragten Personen über seinen Antrag zu sprechen (Artikel 2.2.7, EUAS 09). (7) Der Arzt muss sich bei der Nationalen Kontroll- und Evaluationskommission informieren, ob eine Patientenverfügung (hier im Sinne der »disposition de fin de vie«) vorliegt (Artikel 2.2.7, EUAS 09).

Im gleichen Artikel 2 (EUAS 09) folgen Bestimmungen zur Verschriftlichung des Antrages. Als Prinzip wird festgehalten, dass der Antrag schriftlich zu dokumentieren ist. (a) Der erste Fall betrifft das vom Patienten selbst schriftlich verfasste, datierte und unterzeichnete Dokument. (b) Ist der Patient dauerhaft nicht in der Lage, das Dokument selbst zu schreiben und zu unterzeichnen, wird der Antrag von einer volljährigen und mündigen Person seiner Wahl schriftlich festgehalten. In diesem Fall hält diese Person im Gesuch fest, dass der Patient nicht in der Lage war, seinen Antrag selber zu formulieren und gibt die Gründe dieses Unvermögens an. In diesem Fall wird das Gesuch vom Patienten oder von der Person seiner Wahl, die das Gesuch für den Patienten formuliert hat, in Anwesenheit des Arztes (an den der Antrag sich richtet) unterzeichnet. Dessen Name wird ebenfalls im Gesuch festgehalten und das Dokument wird der Patientenakte beigelegt. Der Patient kann zu jedem Zeitpunkt sein Gesuch widerrufen; dieses wird dann aus der Patientenakte entfernt und dem Patienten ausgehändigt. Abschließend wird noch einmal gefordert, dass alle Anträge, Untersuchungen und Gespräche regelmäßig in die Patientenakte zu integrieren sind.

Artikel 3 (EUAS 09) eröffnet dem Arzt die Möglichkeit, falls er das Bedürfnis hat, sich bei einem Antrag auf Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid von einer Fachperson seiner Wahl begleiten oder beraten zu lassen. Die Belege dieser Intervention einer dritten Person können der Patientenakte beigelegt werden. Handelt es sich bei dieser dritten Konsultation um ein ärztliches Gutachten, muss dieses der Patientenakte beigelegt werden.

Nun folgt ein drittes Kapitel zur »disposition de fin de vie« im Sinne eines antizipierten Gesuchs auf Euthanasie. Dieses Dokument gilt für den Fall, dass eine Person nicht in der Lage ist, ihren Willen auszudrücken. Es beinhaltet die Umstände und Bedingungen unter denen die Person Euthanasie wünscht, wenn der Arzt feststellt, dass (1) sie an einer »schwerwiegenden und unheilbaren« Erkrankung leidet, (2) sie ohne Bewusstsein ist und (3) diese Situation nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft unumkehrbar ist (Artikel 4.1, EUAS 09). Die »dispositions de fin de vie« bedürfen der Schriftform und können ab dem 18. Lebensjahr zu jedem Zeitpunkt verfasst werden. Ebenfalls können sie Angaben zu den Beerdigungsmodalitäten enthalten sowie eine Vertrauensperson benennen. Diese volljährige und mündige Vertrauensperson setzt den behandelnden Arzt

über die letzten Erklärungen des Patienten hinsichtlich seines Willens in Kenntnis (Artikel 4.1, EUAS 09).

Wünscht eine Person eine »disposition de fin de vie« zu verfassen und ist dauerhaft physisch nicht in der Lage eine solche niederzuschreiben und zu unterzeichnen, kann ein Dritter ihrer Wahl dies schriftlich tun. In diesem Fall bedarf es zweier volljähriger Zeugen, in deren Anwesenheit die »disposition de fin de vie« verfasst wird. Die Tatsache der Unfähigkeit der beantragenden Person selbst zu schreiben und zu unterzeichnen muss genannt werden, ebenso wie die Gründe für die Unfähigkeit. Ein ärztliches Zeugnis muss diese dauerhafte physische Unfähigkeit feststellen und den »dispositions de fin de vie« beigelegt werden. Die »disposition de fin de vie« wird anstelle des Antragstellers von der handelnden Person sowie von zwei Zeugen und gegebenenfalls der Vertrauensperson unterzeichnet.

Alle »dispositions de fin de vie« werden in einem offiziellen Register eingetragen, das bei der nationalen Kontroll- und Evaluationskommission eingerichtet ist.

Die »dispositions de fin de vie« können zu jedem Zeitpunkt erneuert, zurückgezogen oder angepasst werden. Die nationale Kommission ist gehalten, einmal alle fünf Jahre eine Bestätigung bei den Willensbekundern einzuholen. Weitere Ausführungsbestimmungen können über großherzogliches Reglement erlassen werden.

Bevor nun im Artikel 4.3 (EUAS 09) mit derselben Formel wie beim ansprechbaren Patienten, der sein Gesuch selber stellt, die Bedingungen der Rechtssicherheit für den Arzt formuliert werden, der einem Gesuch auf Euthanasie mittels »disposition de fin de vie« nachkommt, werden Pflichten und Ausnahmeklauseln genannt. Jeder Arzt, der einen Patienten an dessen Lebensende oder in einer medizinisch ausgeweglosen Situation behandelt, ist verpflichtet, bei der Nationalen Kontroll- und Evaluationskommission nachzufragen, ob auf den Namen seines Patienten eine »disposition de fin de vie« hinterlegt wurde. Diese neue Pflicht führt einen Automatismus, nach der Möglichkeit der Euthanasie als Gesuch des Patienten zu fragen, in den Alltag der Ärzte ein. Dass der Arzt auch im Fall einer »disposition de fin de vie« die Letztverantwortung darüber hat, ob er dem Gesuch nach Euthanasie nachkommen kann, wird in der Ausnahmeklausel deutlich. Diese besagt: Keine Euthanasie darf durchgeführt werden, wenn der Arzt Kenntnis von einer Willensbekundung des Patienten bekommt, die zeitlich nach der Verfassung der »disposition de fin de vie« formuliert wurde und den Wunsch nach Euthanasie widerruft.

Kommt ein Arzt dem Antrag auf Euthanasie unter den Bedingungen einer vorliegenden »disposition de fin de vie« nach, kann er weder strafrechtlich verfolgt noch zivilrechtlich im Sinne einer Klage auf Schadenersatz belangt werden, sofern festgestellt wird, dass die drei grundsätzlichen Bedingungen erfüllt sind:

Steht die Zulassung zur Euthanasie im Falle eines aktuellen und direkten Antrags an den behandelnden Arzt zur Diskussion, so gilt das Kriterium einer »medizinisch aussichtslosen Situation« (Artikel 2.1.3, EUAS 09), bzw., im Falle einer im vorab verfassten »disposition de fin de vie«, einer »schwerwiegenden und unheilbaren« Erkrankung. Der Arzt ist ebenfalls nur in Situationen der »medizinischen Ausweglosigkeit« verpflichtet, nach dem Vorhandensein einer »disposition de fin de vie« bei der Nationalen Kommission nachzufragen.

Diese Verschiebung der Grenze bei den Zulassungskriterien je nach direktem Gesuch oder durch die vorab formulierte »disposition de fin de vie« öffnet den Weg nicht nur

für Unsicherheiten im medizinischen Alltag, sondern vor allem für die Durchsetzbarkeit des Antrags auf Euthanasie, auf die später noch einmal zurückzukommen ist.

Zu diesen grundsätzlichen Zulassungsbedingungen der »schwerwiegenden und unheilbaren Erkrankung« kommen die Bewusstlosigkeit des Patienten sowie die Unumkehrbarkeit der Situation unter den Bedingungen des gegenwärtigen wissenschaftlichen Standards hinzu. Sind diese erfüllt, werden weitere Form- und Prozedurvorschriften angeführt, an die der Arzt sich zu halten hat. Diese ähneln den Vorschriften bei einem aktuellen und direkten Antrag.

In Kapitel vier des Gesetzes zur Euthanasie und der Beihilfe zur Selbsttötung wird eine offizielle Erklärung eingeführt, die der Arzt auf einem Formblatt innerhalb von acht Tagen auszufüllen und an die Nationale Kontroll- und Evaluationskommission einzureichen hat (Artikel 5, EUAS 09). Dieses Formblatt besteht aus zwei Teilen und wird von der »Kommission« erstellt, deren Zusammensetzung im Artikel 6 (EUAS 09) geregelt wird. Ihre Aufgaben werden ebenfalls beschrieben.

Der erste Teil des *Formblattes* enthält die nominellen Angaben aller Personen, die im Zusammenhang des Antrags auf Euthanasie eine Rolle gespielt haben. Dieser Teil wird von der Kommission nur im Zweifelsfall durch Mehrheitsbeschluss von mindestens sieben anwesenden Mitgliedern geöffnet und kann Anlass zu Rückfragen an den behandelnden Arzt geben. Die Kommission prüft anhand des zweiten Teils des Formblattes, ob die grundsätzlichen Zulassungsbedingungen und die vom Gesetz vorgesehene Prozedur eingehalten wurden. Der ebenfalls vertrauliche zweite Teil des Formblattes enthält folgende Angaben: (1) es liegen »dispositions de fin de vie« oder ein Gesuch auf Euthanasie oder ein Gesuch auf Beihilfe zur Selbsttötung vor; (2) Alter und Geschlecht des Patienten; (3) die Nennung der »schwerwiegenden und unheilbaren« Erkrankung; (4) die Natur des dauerhaften und unerträglichen Leidens; (5) die Gründe, weshalb dieses Leiden als ohne Aussicht auf Besserung qualifiziert wurde; (6) die Elemente, die es erlaubt haben festzustellen, dass das Gesuch freiwillig, bedacht und wiederholt sowie ohne äußeren Druck formuliert wurde; (7) das vom Arzt verfolgte Prozedere; (8) die Fachdisziplin des oder der konsultierten Ärzte, deren Gutachten sowie die Termine der Konsultation; (9) die Fachdisziplin anderer Personen oder Experten, die der Arzt möglicherweise konsultiert hat, sowie die Termine dieser Beratung; (10) die genauen Umstände und die Mittel, mit denen der Arzt die Euthanasie oder die Beihilfe zur Selbsttötung durchgeführt hat.

Hier am Ende des Verfahrens der Überprüfung werden die eigentlichen Kernpunkte noch einmal zusammenfassend deutlich: Es wird deutlich, dass die letzte Kontrolllinie bei der »schwerwiegenden und unheilbaren« Erkrankung liegt, welches auch immer deren Ursachen sind. Hinzu kommen die Kriterien der Dauerhaftigkeit und der Unerträglichkeit des Leidens. Ist der Patient in einer Sterbephase, kommt es zu einem Güterkonflikt zwischen dem Euthanasiegesetz und dem Palliative Care Gesetz, das den Arzt – im Einverständnis des Patienten – verpflichtet, für eine wirksame Leidenslinderung zu sorgen, und dies auf Kosten einer möglichen Lebensverkürzung. Nach dem Selbstverständnis der Luxemburger Ärzte, wie es in ihrer Berufsordnung festgehalten ist, handelt es sich bei der wirksamen Leidenslinderung um eine medizinische Handlung, während sie die Euthanasie in ihrem Ehrenkodex als medizinische Handlung ausschließt. Ob die Ärzte ihren Ehrenkodex an das neue Gesetz anpassen werden, bleibt abzuwarten. Zu Zeit gibt es keine Bestrebungen in diese Richtung.

Hat die »Kommission« ihre Überprüfung aufgrund des zweiten und gegebenenfalls des ersten Teils ihres vom behandelnden Arzt ausgefüllten Formblattes vorgenommen, teilt sie innerhalb von zwei Monaten ihre Entscheidung mit. Kommt sie mehrheitlich bei mindestens sieben anwesenden Mitgliedern zur Entscheidung, dass die im Gesetz festgeschriebenen Form- und Prozedurvorschriften (Artikel 2.2, EUAS 09) nicht eingehalten wurden, lässt sie dem behandelnden Arzt ihre begründete Entscheidung zukommen und schickt die Akte mit den Entscheidungsgründen an die Luxemburger Ärztekammer. Diese entscheidet innerhalb eines Monats mehrheitlich, ob es zu einem Disziplinarverfahren gegen den Arzt kommt. Wurde bei der zu beurteilenden Euthanasie beziehungsweise Beihilfe zur Selbsttötung jedoch eine der grundsätzlichen Zulassungsbedingungen aus dem Gesetz (Artikel 2.1, EUAS 09) nicht eingehalten, leitet die »Kommission« die Akte an die Staatsanwaltschaft weiter.

Da die im Gesetz festgehaltenen Elemente des Formblattes, die in Artikel 2.1 (EUAS 09) gesetzte Zulassungsbedingung der »aussichtslosen medizinischen Situation« aber lediglich unter den Begriffen der »schwerwiegenden und unheilbaren Erkrankung« erfassen, bleibt innerhalb des Gesetzestextes selbst und in seiner künftigen Anwendung eine Spannung erhalten. In der Dynamik des Gesetzes selbst und für die Praxis werden die Zulassungsbedingungen *in fine* auf die »schwerwiegende und unheilbare« Krankheit hin abgestuft.

Die »Kommission« soll über diese fallbezogene Arbeit hinaus der Abgeordnetenkammer Berichte und Empfehlungen in regelmäßigen Abständen vorlegen (Artikel 9, EUAS 09). Sie wird über den Haushalt des Staates entschädigt und kann Personal zu Lasten dieses Haushalts anstellen (Artikel 10 und 11, EUAS 09). Die Schweigepflicht aller Beteiligten wird ebenfalls festgeschrieben (Artikel 12, EUAS 09).

Artikel 14 (EUAS 09) ändert den entsprechenden Artikel aus dem Strafgesetzbuch und fügt als Ausnahme des Tötungsverbots den Tatbestand ein, dass ein Arzt einem Antrag auf Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung unter den grundsätzlichen Zulassungsbedingungen des Gesetzes zur Euthanasie und der Beihilfe zur Selbsttötung nachkommen darf.¹⁷

Es wird weiter festgehalten, dass kein Arzt verpflichtet ist, Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten (Artikel 15.1, EUAS 09). Auch keine andere Person kann verpflichtet werden, sich an einer Euthanasiehandlung oder einer Beihilfe zur Selbsttötung zu beteiligen (Artikel 15.2, EUAS 09).

Damit liegt die Verantwortung eindeutig und allein bei den Ärzten, an die ein Gesuch zur Euthanasie oder zur Beihilfe bei der Selbsttötung gerichtet wird – entweder wendet sich ein Patient direkt an seinen behandelnden Arzt oder er hinterlegt eine »disposition de fin de vie«, die sich dann an den ihn gerade behandelnden Arzt richtet. Bis zu diesem Artikel 15.1 und 15.2 (EUAS 09) liegt die Entscheidung, ob dem Gesuch stattgegeben wird oder nicht, allein beim Arzt. Um dem Patient aber am Ende eines Gesetzes, das in der Hauptsache das Verhalten der Ärzte regelt und absichert, doch noch ein Recht auf Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung zu sichern, wird in den genannten Artikeln ein Perspektivenwechsel vollzogen. Es wird jetzt vom Standpunkt des Patienten gegenüber dem Arzt gesprochen.

Wenn der wegen einer Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung konsultierte Arzt¹⁸ es ablehnt diese durchzuführen, dann muss er den Patienten oder gegebenenfalls die Vertrauensperson innerhalb von 24 Stunden informieren und die Gründe seiner Ableh-

nung nennen (Artikel 15.3, EUAS 09). Darüber hinaus ist er auf Antrag des Patienten oder der Vertrauensperson gehalten, die Patientenakte an einen vom Patienten oder von der Vertrauensperson benannten Arzt weiterzureichen (Artikel 15.4, EUAS 09). So wird am Ende implizit und effektiv ein Recht des Patienten auf Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung eingeführt. Geht man davon aus, dass die »Gesellschaft für humanes Sterben« ähnlich wie in Belgien Listen von Euthanasie-Ärzten zur Verfügung halten wird und die grundsätzlichen Zulassungsbedingungen objektiv bei einer »schwerwiegenden und unheilbaren Erkrankung« und subjektiv bei einem »dauerhaften und unerträglichen Leiden ohne Aussicht auf Besserung« liegen, dann öffnet das neue Gesetz die Tür für das legalisierte Töten durch Ärzte von freiwillig antragstellenden Person weiter, als in den Debatten von den Befürwortern eingestanden wurde.

2. Offene Fragen

2.1 Offene Fragen im Zusammenhang mit dem Euthanasiegesetz

Die größte offene Frage für den Arzt bleibt seine individuelle und kollegial abgesicherte Einschätzung einer »schwerwiegenden und unheilbaren« Erkrankung bei »dauerhaftem unerträglichen Leiden ohne Aussicht auf Besserung«. Viele unheilbare Krankheiten sind schwerwiegend und führen über Monate und Jahre hinweg auch tatsächlich zum Tod des Patienten. Da das mit diesem objektiven Tatbestand gekoppelte »unerträgliche und dauerhafte Leiden ohne Aussicht auf Besserung« nicht objektiv messbar ist, kommt es hier zu einer Werteeinschätzung zwischen Patient und Arzt. Dabei sind die persönlichen Lebenseinstellungen sowohl des Patienten wie die des angefragten Arztes entscheidend. Stimmt der für die Euthanasie oder die Beihilfe zur Selbsttötung angefragte Arzt zu, löst er damit die im Gesetz vorgesehene Prozedur aus. Lehnt er das Gesuch begründet ab, kann der Patient oder die Vertrauensperson ihn zwingen, die Patientenakte weiterzureichen an einen anderen Arzt seiner/ihrer Wahl.

Es besteht die Gefahr, dass die »Euthanasie« zu einem Spaltpilz zwischen Ärzten wird. Dabei wird nicht nur ihr aktuell gültiger »Ehrenkodex« unter Druck geraten, sondern auch der innere Zusammenhalt der Profession. Die »Gesellschaft für humanes Sterben«¹⁹ wird in ihrer Lobbyarbeit und internationalen Unterstützung für den Zugang zur Euthanasie und zur Beihilfe zum Suizid dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen.

2.2 Offene Fragen im Zusammenhang mit dem Palliative Care-Gesetz

Auch das Palliative Care-Gesetz (PALL 09) wirft Fragen für die Ärzte auf. Das ihnen zugesicherte Recht, straffrei und ohne Risiko einer zivilen Schadenersatzklage »künstliche Lebensverlängerungsmaßnahmen« unter dem offenen Begriff der »obstination déraisonnable« abzulehnen oder nicht einzuleiten und dieses Handeln im Sinne von (nicht angefragter) Palliative Care auszugleichen, ist nicht durch begleitende Maßnahmen seitens des Patienten oder seitens des Arztes flankiert. Um sich hier nicht dem Vorwurf der *moralisch schuldhaften* Unterlassung auszusetzen wäre es sinnvoll, dass die Krankenhausärzte sich innerprofessionell und in den Krankenhäusern darauf verständigen

würden, solche Entscheidungen von den im Krankenhausgesetz vorgesehenen »Ethikkomitees«²⁰ im Sinne eines unparteiischen und unverbindlichen Votums unabhängig besprechen zu lassen. Mindestens sollten sie sich jedoch verpflichten, ihre Entscheidung mit einem zweiten unabhängigen Facharzt zu besprechen, und, wenn möglich, die Pflgeteams mit in die Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Eine andere offene Frage betrifft die Verpflichtung des Arztes zur wirksamen Leidenslinderung. Stimmt der Patient einer solchen Linderung mit dem Risiko einer möglichen, aber ungewollten Lebensverkürzung zu, kommt als letzte Möglichkeit die »palliative Sedierung« in Frage. Auch für diese Vorgänge erscheint es sinnvoll, ethisch abgesicherte Prozeduren in den Krankenhäusern über die entsprechenden »Ethikkomitees« einzuführen.²¹

Das Gesetz zu Palliative Care setzt auf die sich selbst regulierende Ärzteschaft und stellt diese unter die Erwartung, die anstehenden ethischen Fragen nachvollziehbar und transparent anzugehen. Hierbei kommt den Krankenhäusern als Institutionen die Aufgabe der Unterstützung und Begleitung zu. Für die Einrichtungen der häuslichen Pflege und der Alten- und Behinderteneinrichtungen stellen sich die Fragen gleichermaßen. Auch wenn »ethische Komitees« in diesen Einrichtungen nicht vorgeschrieben sind, könnten sich solche Gremien oder andere Formen der ethischen Beratung bewähren.

2.3 Offene Fragen im Zusammenspiel von Euthanasie- und Palliative Care-Gesetz

Mit die schwierigsten Fragen stellen sich im Zusammenspiel der beiden Gesetze, die der Staatsrat wohl nicht zu unrecht in all seinen Gutachten als »unvereinbar« bezeichnet hat. So bleibt eine nicht auflösbare Spannung zwischen der Pflicht der »wirksamen Leidenslinderung« und dem Zugang zur Euthanasie oder der ärztlichen Beihilfe zum Suizid über ein »dauerhaftes unerträgliches Leiden ohne Aussicht auf Besserung« bestehen. Vor einem solchen Leiden am Lebensende eines Patienten stehen sich Patient und Arzt auf einem schmalen Grat gegenüber. Überzeugt der Arzt den Patienten, dass er an seiner Hand, ohne leiden zu müssen, sterben kann, bleibt der Arzt seinem Berufsethos treu und handelt nach medizinischen Maßstäben. Überzeugt der Patient den Arzt, dass er durch die Hand des Arztes sterben möchte, und beide keinen anderen Ausweg sehen, verlässt der Arzt sein Berufsethos und den Rahmen von Palliative Care und tötet den Patienten mit Mitteln der Medizin im Rahmen einer juristisch vorgesehenen, schwerfälligen Prozedur. Der im Palliative Care-Gesetz apodiktisch formulierten Pflicht der »wirksamen Leidenslinderung« konnte er angesichts der positiven Annahme des Euthanasiegesuchs eines Patienten am Lebensende nicht nachkommen. Diese Spannung stellt sich bei Patienten, die nicht am Ende ihres Lebens stehen, anders dar. Hier zeigt sich noch einmal, dass sich das Euthanasiegesetz nicht zuerst an Menschen am Lebensende richtet.

Die Spannung zwischen »Euthanasie« als legalem Angebot der Gesellschaft an ihre Bürger einerseits und dem flächendeckenden Angebot von Palliative Care andererseits zeigt sich ebenfalls in den Prozedur- und Formvorschriften im Falle der Euthanasie oder der Beihilfe zur Selbsttötung. Hier wird ja in Artikel 2 (EUAS 09) des Euthanasiegesetzes gefordert, dass der Patient (auch wenn er nicht am Lebensende ist) über die Möglichkeiten und Konsequenzen von Palliative Care aufgeklärt werden muss. Sollte diese Aufklärung durch einen Facharzt in Palliative Care geschehen müssen,²² wird dieselbe Spannung wieder sichtbar.

Wie weit ethische Beratung in dieses interprofessionelle Geschehen zwischen Ärzten hinein reichen kann, wird ebenfalls eine offene Frage für die Zukunft bleiben.

2.4 Offene Fragen hinsichtlich der zwei Typen von Patientenverfügungen

Für die Ärzte gilt es einen klaren Blick für die beiden Typen von Patientenverfügungen unter zwei (nicht nur international) verwirrenden Begriffen zu entwickeln. Während es zur Zeit weder für die »dispositions de fin de vie« als schriftlichem Zugangsdokument zur Euthanasie noch für die »directives anticipées« als Dokument der persönlichen Grenzziehung zwischen vernünftiger und unvernünftiger Therapie Formvorgaben gibt, außer dass beide Dokumente datiert und unterzeichnet sein müssen, unterscheiden sie sich in ihrer Gültigkeit letztlich dadurch, dass die »dispositions de fin de vie« registriert sein müssen, während eine Registrierung für die »directives anticipées« lediglich als Kann-Bestimmung festgelegt ist. Da die »dispositions de fin de vie« klarerweise unter die Verantwortung der »Nationalen Kontroll- und Evaluationskommission« fallen, müsste für den Fall einer Registrierung der »directives anticipées« sicherlich eine zweite und andere Verwaltung verantwortlich zeichnen.

Für die potentiellen Patienten wird es schwierig werden sich in der gesetzlich geschaffenen Begrifflichkeit und Sachlogik zu Recht zu finden. Verwechslungen zwischen »directives anticipées« und »dispositions de fin de vie« gibt es bereits heute. Es bleibt zu wünschen, dass die »Nationale Kommission« rasch ein Formblatt für die »disposition de fin de vie« entwickelt, damit praktische Sicherheit für den Patienten und für den Arzt entsteht. Eine solche Vorgabe der »Kommission« könnte zumindest bezüglich der Registrierungsmodalitäten und Belege die Unsicherheit entschärfen. Ob vorformulierte Formulare im Sinne der »directives anticipées« eine angemessene Dienstleistung an der Gesellschaft sind, wird ebenfalls zu prüfen sein.²³ Gegenstand eines solchen Formulars könnten mit Blick auf das Palliative Care-Gesetz lediglich die diagnostischen und therapeutischen Mittel sein, die ein terminaler Patient für sich als unangemessen oder unvernünftig ansehen würde und damit subjektiv als »künstliche Lebensverlängerung« im Sinne der »obstination déraisonnable« qualifizieren würde. Solche Aussagen müsste der Arzt dann in seinem Handeln berücksichtigen.

Dass der Gesetzgeber trotz aller Gegenargumente zwei unterschiedliche Instrumente für die antizipierte Willensbekundung am Ende des Lebens geschaffen und damit die Last der Unterscheidung und Klarheit auf die Benutzer der Dokumente verlagert hat, kann man wohl nur auf dem Hintergrund der ideologisch und abstrakt geführten Debatten verstehen. Diese waren eher hehre Grundsatzdebatten über das Für und Wider der Euthanasie, als dass sie sich auf die konkreten Modalitäten des einen oder anderen Gesetzes konzentriert hätten.

2.5 Offene Fragen im Zusammenspiel zwischen der ärztlichen Berufsordnung und den neuen Gesetzen zum Umgang mit dem Lebensende von Patienten

Die ärztliche Praxis am Lebensende von Patienten ist jedenfalls mit den zwei neuen Rechtstexten nicht einfacher geworden, obwohl beide Texte regulativ in diese Praxis hineinwirken und für sich beanspruchen, den Arzt in seinem schwierigen Handeln zu schützen. Dies tut tatsächlich das »Euthanasiegesetz« ebenso wie das »Palliative Care«-

Gesetz. Ersteres schützt den Arzt, wenn er im Rahmen des Gesetzes und entsprechend dem Willen des Patienten diesen tötet. Und das andere schützt den Arzt, wenn er den Patienten dem Sterbevorgang überlässt, obwohl er noch technische Mittel hätte, diesen Vorgang hinauszuzögern.

Dieser letzte Schutz des Arztes scheint aus juristischer Sicht notwendig zu sein, da der Arzt sonst dem – bislang theoretischen²⁴ – Risiko ausgesetzt wäre, wegen »unterlassener Hilfeleistung« angeklagt zu werden. Manche behaupten, dass dieses mythologische Damoklesschwert mit ein Grund dafür wäre, dass Ärzte am Ende eines Menschenlebens immer noch (wenn auch immer weniger) über das Vernünftige hinaus auf diagnostischen und therapeutische Mitteln beharrten. Jedenfalls wurde mit dem Gesetz zu Palliative Care eine Harmonisierung der Berufsordnung (CCM 05)²⁵ und dem allgemeinen Recht geschaffen, das die Ärzte in ihrem heutigen Selbstverständnis als aufgeklärte Mediziner unterstützt und äußerst weit reichend schützt.

Das »Euthanasie-Gesetz« (EUAS 09) seinerseits steht im direkten Widerspruch zur Berufsordnung der Ärzte. Was der Ehrenkodex eindeutig innerprofessionell und überprofessionell verbietet, erlaubt das Gesetz unter grundsätzlichen und prozeduralen Bedingungen. Was dies für den Fall heißt, wenn ein Arzt »Euthanasie« oder »medizinische Beihilfe zur Selbsttötung« leistet, bleibt innerprofessionell offen. Dies könnte jedenfalls zum Ausschluss des Arztes aus der Berufskammer führen und damit zum Entzug der Lizenz, um als Arzt in Luxemburg praktizieren zu können. Hier käme dann der Gesundheitsminister in administrative Rechtsverlegenheit, da er aufgrund einer Entscheidung der Ärztekammer den Ärzten die Zulassungsbewilligung erteilt²⁶ und gleichzeitig dafür zuständig ist, dass das »Euthanasie-Gesetz« umgesetzt wird. Am Ende werden hier wohl die Verwaltungsgerichte entscheiden und den Staat zwingen müssen, zu einer kongruenten Gesetzeslage zu kommen.

Ob diese inhärenten Spannungen, die nicht einfach mit dem Satz, dass das Gesetz zur Euthanasie in der Rechtsordnung über der Standesordnung mit ihrem Status einer ministeriellen Verordnung, weggewischt werden kann, zu inneren Spannungen in der Ärzteschaft und der Ärztekammer führen werden, ist auf institutioneller Ebene kaum anzunehmen. Da die Ärztekammer autoritativ allein über ihre interne Berufsordnung entscheidet, kann sie auch nicht vom Staat angehalten werden, ihre Ordnung abzuändern²⁷.

Demnach bleibt die Hauptlast bei der Euthanasie und der medizinischen Beihilfe zur Selbsttötung weiterhin bei den Ärzten. Die neue Gesetzgebung hat diese Last vergrößert.

3. Kritische Würdigung der aktuellen Rechtssituation

Zusammenfassend kann man wohl festhalten, dass die beiden neuen Rechtstexte in ihrem Zusammenspiel untereinander und mit den beiden bereits bestehenden Texten, die den medizinischen, pflegerischen und ganzheitlich-spirituellen Umgang mit dem Menschen am Ende ihres Lebens gestalten, die Grenzen der Ungewissheit lediglich zu Ungunsten der Patienten und der Ärzte verschoben haben. Das Berufsethos der Ärzte, wie es in ihrer Berufordnung festgeschrieben und ministeriell gebilligt ist, wird sich in den neuen rechtlichen Freiräumen bewähren müssen. Das Verhältnis von Moral und Recht steht hier einmal mehr auf dem Prüfstand. Die im weltweiten Ethos der Ärzte²⁸ und in

der Luxemburger Berufsordnung festgehaltene Einstellung steht moralisch jedenfalls über dem öffentlichen Recht. Dies erkennen die beiden neuen Rechtstexte (Artikel 6, PALL 09/Artikel 15, EUAS 09) ja auch explizit gegenüber jedem einzelnen Arzt und jedem anderen Mitwirkenden über die Klausel der Gewissensverweigerung an. Implizit müsste diese grundsätzliche Verweigerungsmöglichkeit aus Gewissensgründen auch gegenüber den Einrichtungen im Kranken-, Alten- und Behindertenwesen gelten.

Die vielen offenen Fragen fordern die Moral mehr als das Recht. Bei der Umsetzung der Texte wird vieles von den Ärzten und ihrer Berufsordnung abhängen. Die Patienten brauchen mehr Unterstützung denn je in einer Gesellschaft, die ihnen im Namen ihrer Freiheit eine Doppelbotschaft sendet: das Recht auf allgemeinen Zugang zu Palliative Care und wirksamer Leidenslinderung einerseits und das Recht, Euthanasie oder Beihilfe zur Selbsttötung beantragen zu können, andererseits.

ANMERKUNGEN

- ¹ Die beiden Gesetze zur palliativen Pflege und Betreuung (Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie) sowie zur Euthanasie und zum assistierten Suizid (Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide) sind am 16. März 2009 nach den entsprechenden Abstimmungen vom 18. Dezember 2008 vom Großherzog unterzeichnet worden und sind nach ihrer Publikation im Mémorial (dem luxemburgischen Amtsblatt) am 16. März 2009 in Kraft getreten.
- ² In der Tat wird die Verfassung in Luxemburg zur Zeit grundlegend überarbeitet und die Auslegungen der Menschenrechtskonvention durch die Richter des Europäischen Gerichtshofes in Strassburg lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu.
- ³ E. GILLEN, *Wie Ethik Moral voranbringt! Beiträge zu Moral und Ethik in Medizin und Pflege*, Berlin 2006, und E. GILLEN, *Wie Christen ethisch handeln und denken. Zur Debatte um die Autonomie der Sittlichkeit im Kontext katholischer Theologie*, Würzburg 1989.
- ⁴ Loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, Mémorial A-No 78 vom 18. September 1998, in: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1998/0078/a078.pdf#page=2>, (26.03.2009).
- ⁵ Code de déontologie médicale, Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical, in: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2005/0160/a160.pdf#page=2>; (03.04.2009).
- ⁶ Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical, in: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2005/0160/a160.pdf#page=2>, (26.03.2009).
- ⁷ Weil sie, nachdem sie von der Ärztekammer (collège médical) erlassen und durch Ministerialbeschluss als »ministerielles Reglement« gutgeheißen und publiziert wurde, wird sie Teil des öffentlichen Rechtsbestands.
- ⁸ Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste (2005): »En conclusion, l'ensemble des articles du code des devoirs et des droits des médecins peut se résumer en une formule: «Un patient libre face à un médecin libre». L'indépendance du malade est totale vis-à-vis du médecin et l'indépendance du médecin totale vis-à-vis du malade.«
- ⁹ Artikel 41 (CDM05): »Face aux cas de malades proches du terme de leur vie, le médecin doit récuser tout traitement ou tout acte qui s'avérerait inadapté dans la mesure où il ne procurerait aucun soulagement mais aurait à l'opposé pour seul but de prolonger la vie dans des conditions qui pourraient être considérées comme contraires à la dignité humaine (acharnement thérapeutique).«
- ¹⁰ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Artikel 1er »Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la

- vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.»
- ¹¹ Der Staatsrat hatte in seinem ersten Gutachten vom 13.07.2007 auf diese Schiefelage im Artikel 2 aufmerksam gemacht.
- ¹² Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Artikel 6: »Art. L. 1111-10. – Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.
- ¹³ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
- ¹⁴ Artikel 2 (EUAS09): »le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable sans perspective d'amélioration, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique.«
- ¹⁵ Artikel 2 (EUAS09): »informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver à la conviction que la demande du patient est volontaire et qu'aux yeux du patient il n'y a aucune autre solution acceptable dans sa situation. Les entretiens sont consignés au dossier médical, la consignation valant preuve de l'information.«
- ¹⁶ Die Verweigerung aus Gewissensgründen bezieht sich im Gesetz lediglich auf die Beteiligung an oder die Durchführung der Euthanasie oder der medizinischen Beihilfe zur Selbsttötung selbst.
- ¹⁷ Art. 14. Est introduit dans le Code pénal un article 397-1 nouveau ainsi libellé: »Art. 397-1. Ne tombe pas sous le champ d'application de la présente section le fait par un médecin de répondre à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans le respect des conditions de fond visées à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.«
- ¹⁸ Hier ist von »konsultiertem« Arzt und nicht mehr von behandelndem Arzt die Rede. Die Veränderung des Sprachspiels macht den Perspektivenwechsel deutlich.
- ¹⁹ Association pour le droit de mourir en dignité, die zur Zeit und während der Debatten und Abstimmungen von dem den Gesetzesvorstoß initiiierenden Abgeordneten Jean Huss präsidiert wird und wurde. Es war sogar, wenn auch ohne Erfolg, der Versuch unternommen worden die Frage nach der Befangenheit rechtlich klären zu lassen.
- ²⁰ Artikel 24 (HOSP98): »Tout hôpital et établissement hospitalier spécialisé doit se doter, seul ou en association avec un ou plusieurs autres hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, d'un comité d'éthique hospitalier.
- (2) L'organisme gestionnaire compose le comité d'éthique de manière d'assurer une diversité des compétences tant dans le domaine médical qu'à l'égard des questions éthiques, sociales et juridiques. Il est mis en place par l'organisme gestionnaire de l'hôpital, ou, dans le cas d'un comité comptent pour plus d'un hôpital, par décision conjointe de leurs organismes gestionnaires. Le comité peut comprendre tant des membres extérieurs. L'hôpital que des membres attachés celui-ci.
- (3) Le comité d'éthique hospitalier a pour attribution:
1. de fournir, sur demande, une aide à la décision au patient ou de ses proches, si le patient n'est plus en état de s'exprimer, ainsi qu'aux médecins traitants hospitaliers, chaque fois qu'une pluralité de démarches peut être envisagée du point de vue médical et que le choix entre elles donne lieu à des dilemmes éthiques;
 2. de préparer des orientations internes à l'hôpital pour autant qu'elles concernent des questions d'éthique.
Tout membre du personnel ainsi que tous les médecins exerçant à l'hôpital peuvent émettre des suggestions au comité d'éthique hospitalier en vue de l'établissement de ces orientations internes.
- (4) Dans l'exercice de sa mission définie sous 1. au paragraphe qui précède, le comité d'éthique met ses avis en toute indépendance de l'organisme gestionnaire et de la direction de l'hôpital. Ces avis sont confidentiels et non contraignants.

Le comité d'éthique est en droit d'obtenir communication des éléments médicaux et autres du dossier du patient concerné dont il a besoin pour se prononcer en connaissance de cause.

- ²¹ Das katholische Krankenhaus »Hopital du Kirchberg« hat eine Richtlinie zur »palliativen Sedation« am 1. März 2007 ausgearbeitet. Vgl. Avis 01/2007 du Comité d'Éthique de la FFE sur la Sédation Palliative, in: <http://www.chk.lu/#>; (06.04.2009).
- ²² Man kann Artikel 2 (EUAS09) so auslegen, dass im Falle von »unerträglichem Leiden« der in dieser Pathologie kompetente Arzt immer ein Palliativ-Mediziner sein müsste.
- ²³ Die Caritas Luxemburg wird jedenfalls gezwungen sein, ihre seit 1997 im Umlauf befindliche Patientenverfügung, die im Einvernehmen mit der Ärztekammer entwickelt worden war, umzuarbeiten oder aufzugeben, da sie in der französischen Fassung von »disposition de fin de vie« spricht, was im internationalen Vergleich durchaus richtig ist, innerhalb der neuen gesetzlich festgelegten Luxemburger Sprachregelung aber nicht mehr möglich ist.
- ²⁴ Es wurde in Luxemburg bis jetzt kein Prozess wegen »unterlassener Hilfeleistung« im hier gemeinten Sinn eingeleitet.
- ²⁵ Article 41 (CDM05): »Face aux cas de malades proches du terme de leur vie, le médecin doit récuser tout traitement ou tout acte qui s'avérerait inadapté dans la mesure où il ne procurerait aucun soulagement mais aurait à l'opposé pour seul but de prolonger la vie dans des conditions qui pourraient être considérées comme contraires à la dignité humaine (acharnement thérapeutique)«.
- ²⁶ Artikel 1: Sous réserve des dispositions prévues aux articles 2, 4, 53 et 54 de la présente loi, l'accès aux activités de médecin et l'exercice de celles-ci au Luxembourg sont subordonnés à une autorisation du ministre de la santé qui est délivrée aux conditions suivantes: [...]. Loi du 31 juillet 1995 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin vétérinaire, Mém. A - 72 du 6 septembre 1995.
- ²⁷ Loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, Article 2: »Le Collège médical est chargé:
1. de veiller à la sauvegarde de l'honneur, de maintenir et de défendre les principes de dignité, de probité, de délicatesse et de compétence devant régir les professions de médecin, de médecin-dentiste et de pharmacien;
 2. de veiller à l'observation des règles déontologiques s'appliquant aux médecins, aux médecins-dentistes et aux pharmaciens;« in: <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/1999/0084/a084.pdf?SID=52932594d54047e8a38a3d05cd1020b5>; (03.04.2009).
- ²⁸ ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE (AMM), *World Medical Association International Code of Medical Ethics*, in: <http://www.wma.net/e/policy/c8.htm>, (03.04.2009)